

Universitat de Vic
Programa de doctorat
Comprensivitat i Educació
(Bienni 2003-2004)
Tercera edició

**PROGRAMA “VELLESA, ACTIVITAT FÍSICA I
DEPENDÈNCIA” (VAFiD): JUSTIFICACIÓ I BASES
PER A LA SISTEMATITZACIÓ**

Treball de recerca proposat per a l'obtenció del títol de Diploma d'Estudis
Avançats

Presentat per **Isabel Carrera i Blancafort**

Dirigit per **Pere Pujolàs i Maset**

Vic, març de 2007

RECORDO

Recordo aquelles tardes d'estiu,
Al pis de baix,
Quan tu i jo jugàvem a nines.
Nines d'abans...
I jo les tirava amunt,
I de tant en tant, a alguna se li trencava el cap.
Recordo que, tu no em renyaves,
Només reies...

Recordo que, al cap d'un temps,
Em vas veure,
I no vas saber qui era jo...

Recordo que, cap al migdia
Encara feia més temps,
Em vas tornar a veure,
Et vaig dir una cosa
I no em vas sentir...

Recordo que, fa poc,
Ja a l'hospital,
Ni em vas sentir arribar,
Ni tan sols em devies recordar...

Per a la "iaia" Carme.
C.M.C

AGRAÏMENTS

Aquesta recerca no és només el resultat del meu treball personal. És un estudi que ha estat possible gràcies als coneixements, a les experiències i a la relació que m'han proporcionat persones i organitzacions al llarg dels meus anys de treball en l'àmbit de l'activitat física per a la gent gran. I, per sobre de tot, és un estudi que està construït sobre els fonaments que sempre apunten les persones estimades. A tots moltes mercès.

Vull fer constar especialment el meu agraïment:

A en Josep M., per tot el què hem compartit i per tots els dies que has anat a dormir tard. A la Clara, per les estones compartides a l'estudi i pels teus consells. A en Marc, per la teva discreció i per totes les pilotes que no t'he tirat.

A en Pere Pujolàs i Maset, pel seu seguiment de l'estudi i per creure en aquest projecte.

A la Carme Ginovart i Garriga, per la teva ajuda, els teus consells, les teves opinions i, sobretot, pel teu suport. Han estat molt valuosos.

A la Montse Soldevila i Llagostera, a en Joan Manel Pérez Castejón, a la Maria Josep Caldés i Canela i a la Teia Romero i Mas, per les vostres orientacions i consells que han contribuït a millorar el treball.

A l'Elisabet Monteys i Castro, per les teves orientacions informàtiques.

Totes les persones grans i als professionals d'Esport-3 i de l'Hospital de la Santa Creu, per la vostra contribució decisiva en la construcció de l'experiència que es reflecteix en aquest treball de recerca.

A l'equip de treball dels programes de formació de l'INEFC de Barcelona: en Joan Carles Burriel i Paloma, en Jesús Fortuño i Godes, la Pilar Pont i Geis i l'Àngels Soler i Vila, per tantes hores de reflexió, de discussió, de treball, de formació i d'amistat compartides.

Us agraixo sincerament les vostres aportacions i el vostre suport sense els quals aquest estudi no hagués estat possible.

ÍNDIX GENERAL

ÍNDIX DE FIGURES	11
ÍNDIX DE QUADRES	13
INTRODUCCIÓ	15

I. PLANTEJAMENT GENERAL DE LA RECERCA

1. Presentació.....	19
2. Estat de la qüestió i oportunitat del tema objecte d'estudi.	22
3. El punt de referència: una mirada holística de la persona i la seva relació amb l'entorn.	25
4. El problema de recerca.....	26
5. Objectius de la recerca.	28
5.1. Conèixer les bases teòriques.	28
5.2. Elaborar les línies directrius.....	29
6. Estructura de l'estudi.	30

II. MARC CONCEPTUAL

1. L'envelliment	33
1.1. Fer-se gran un procés individual i col·lectiu.....	33
1.2. La persona: una unitat bio-psico-social.	37
1.3. Teories sobre l'envelliment.	39
1.3.1. El vessant biològic.	39
1.3.2. Els aspectes psicosocials.	40
1.4. La salut i la malaltia.	42
1.4.1. Condicionants de la salut.....	45
1.4.2. La prevenció: un factor clau.....	47
1.4.3. La malaltia.	48

2. La dependència	50
2.1. Apreciacions sobre la dependència.....	50
2.2. La dependència a la vel·lesa.	56
2.2.1. La prevalença de la dependència.....	57
2.2.2. On viuen les persones grans amb dependència i qui en té cura?.....	59
2.2.3. Tipus de discapacitats i causes de la dependència.....	61
2.3. Anàlisi de les deficiències que contribueixen a la dependència.	64
2.3.1. Deficiències sensorials.	65
2.3.2. Deficiències neuro-músculo-esquelètiques i relacionades amb el moviment.....	69
2.3.3. Deficiències relacionades amb les funcions mentals.....	76
2.3.4. Deficiències del sistema cardío-vascular.....	88
2.3.5. Deficiències del sistema respiratori.	92
2.4. Factors psicosocials de la dependència.	94
3. L'atenció a les persones grans	99
3.1. Centres d'atenció.....	99
3.2. Models d'atenció.....	101
3.3. L'acció dels professionals de l'atenció.....	105
4. L'activitat física	108
4.1. Apreciacions terminològiques.....	110
4.2. El paper de l'activitat física durant la vel·lesa.	111
4.3. El programa d'activitat física com a eina.	114
4.4. L'activitat física per a persones grans amb dependència.	115
4.4.1. Interès i estudis sobre el tema.....	116
4.4.2. Efectes de l'activitat i l'exercici físics en la capacitat funcional.	119
4.4.3. Un tema especial: les caigudes i l'activitat física.	120
4.4.4. La relació entre l'activitat física i els aspectes cognitius.	123
4.4.5. L'activitat física com a font de benestar i de qualitat de vida.	124
4.4.6. El valor de l'activitat física per a la predicció de la dependència.	126
5. A manera de síntesi	129

III. LÍNIES DIRECTRIUS PER AL PROGRAMA “VELLESA, ACTIVITAT FÍSICA I DEPENDÈNCIA” (VAFiD)

1. Presentació del capítol	135
2. Consideracions prèvies a la proposta del programa VAFiD	136
2.1. Referents per al programa.....	136
2.1.1. Enfocament del cicle vital	137
2.1.2. La retrogènesi psicomotora	139
2.1.3. El model de Claudia K. Allen	142

2.1.4.	La referència d'altres programes d'activitat física per a persones grans.....	145
2.1.5.	El ritme de les estacions.....	148
2.2.	Importància i necessitat d'elaborar un programa.....	151
2.2.1.	Condicionants del programa.....	153
3.	Les persones que participen en el programa: l'heterogeneïtat del grup	157
4.	Declaració d'intencions: finalitats i objectius del programa	160
4.1.	Les finalitats.....	160
4.2.	Els objectius.	163
5.	Aspectes a treballar	166
5.1.	Resistència a l'esforç.....	167
5.2.	Funció respiratòria.....	168
5.3.	Tonificació.	170
5.4.	Mobilitat articular.	171
5.5.	Flexibilitat.....	173
5.6.	Coordinació de moviments.	174
5.7.	Equilibri.....	176
5.8.	Percepció del propi cos.	178
5.9.	Percepció de l'espai.	180
5.10.	Percepció temporal.	182
5.11.	Percepció sensorial.....	184
5.12.	Relació amb sí mateix/a.....	185
5.13.	Relacions interpersonals.....	186
5.14.	Relació amb l'entorn.	187
5.15.	Concentració i atenció.....	188
5.16.	Funcions executives.....	189
5.17.	Memòria.....	190
5.18.	Llenguatge.	191
6.	Recursos disponibles per poder treballar aquests aspectes: les activitats, el material i la música	193
6.1.	Les activitats.....	193
6.1.1.	Activitats gimnàstiques.	194
6.1.2.	Activitats rítmiques.....	198
6.1.3.	Activitats lúdiques.....	202
6.1.4.	Activitats d'expressió.	204
6.1.5.	Activitats a l'aire lliure.	206
6.2.	El paper del material i la música.....	208
6.2.1.	Especificitats sobre el material.	210
6.2.2.	Especificitats sobre la música.....	213
7.	L'organització del treball	215
7.1.	Ordre i proporció dels aspectes a treballar.....	215
7.2.	Distribució temporal dels aspectes a treballar.	218
7.3.	Organització de la sessió.	222
7.3.1.	Estructura general de la sessió.	222

7.3.2. Criteris per a l'organització de les tasques durant la sessió.....	229
7.3.3. Criteris per a l'organització del grup.	234
7.3.4. Criteris per a l'organització de l'espai, del material i del temps.	236
8. Aspectes metodològics en l'aplicació del programa.....	238
8.1. Mètodes que guien l'acció pedagògica.....	238
8.1.1. Pedagogia del model.	239
8.1.2. Pedagogia de la situació.....	241
8.2. La comunicació en les relacions interactives.....	243
8.2.1. Sobre la comunicació verbal.....	244
8.2.2. Sobre la comunicació no verbal.....	245
8.3. El paper de l'educador/a.....	249
8.3.1. La preparació.....	250
8.3.2. La relació.....	251
8.3.3. L'actitud.	253
8.3.4. La funció.	255
8.4. Les tasques: la construcció i l'adaptació.	257
8.5. L'avaluació.....	262
8.5.1. Avaluació inicial.....	263
8.5.2. Avaluació reguladora.....	266
8.5.3. Avaluació final.	267
8.5.4. Avaluació integradora.....	269
9. Condicions per a la implementació del programa: orientacions organitzatives.....	271
9.1. Sobre el grup.....	271
9.2. Sobre el contacte de l'educador/a amb l'equip.....	272
9.3. Sobre els desplaçaments.	272
9.4. Sobre l'horari i la durada de les sessions.....	273
9.5. Sobre l'espai.....	274
10. A manera de síntesi.....	275

IV. CONCLUSIONS I LÍNIES DE FUTUR

1. Conclusions	283
2. Línies de futur	289
EPÍLEG	295
REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	297

ÍNDIX DE FIGURES

Figura 1: Estructura general de la recerca	31
Figura 2: Estructura per edat i gènere de la població amb discapacitat a Espanya 1999	45
Figura 3: Itinerari cap a la dependència	63
Figura 4: L'enfocament del cicle vital i el programa VAFiD	138
Figura 5: De l'ontogènesi a la retrogènesi	141
Figura 6: Estructura general de la sessió.	228
Figura 7: Dispersió	234
Figura 8: Cercle.....	235
Figura 9: Files o columnes	235
Figura 10: Altres agrupacions.....	236
Figura 11: El paper de l'educador/a	250
Figura 12: Competència professional de l'educador/a	258
Figura 13: Procés d'avaluació responent	292

ÍNDEX DE QUADRES

Quadre 1: Determinants de la salut.....	46
Quadre 2: Definicions de referència	54
Quadre 3: Tipus de discapacitats de l'EDDES 99	62
Quadre 4: Deficiències seleccionades per a aquest estudi.	65
Quadre 5: Categories d'activitats principals de la vida	93
Quadre 6: Característiques generals dels diferents tipus de centres	105
Quadre 7: Efectes de l'activitat i l'exercici físics en les persones grans ..	113
Quadre 8: Característiques generals del ritme de les estacions segons el mètode " <i>Cos i consciència</i> "	150
Quadre 9: Continguts del programa VAFiD.....	166
Quadre 10: Model de programació.....	217
Quadre 11: Distribució del treball en el temps.....	221
Quadre 12: Moments, fases i parts de la sessió.....	223
Quadre 13: Distàncies i ubicació de les persones en les interaccions	246
Quadre 14: L'avaluació en el programa VAFiD	263
Quadre 15: Observació qualitativa global de la participació.....	265

INTRODUCCIÓ

Aquest treball de recerca s'emmarca dins els cursos de doctorat que desenvolupa la Facultat d'Educació de la Universitat de Vic. M'agrada prendre aquest punt de referència inicial per dues raons: la primera perquè em serveix per situar-lo; i la segona perquè, tractant-se d'un projecte que té per principal àmbit d'estudi les persones grans, és oportú, coherent i innovador que sigui acollit per una facultat d'educació. Cada vegada és més corrent i més utilitzat el terme "*educació durant tota la vida*". Sembla que la idea d'educació reservada a les primeres etapes de la vida i restringida a les institucions formals (escoles, instituts, universitats) ha fet un tomb i ha donat pas a un concepte més obert, molt més ampli i amb moltes més possibilitats. Això suposa una molt bona oportunitat per créixer i per crear un coneixement que abasti els diferents aspectes d'una realitat i d'un món complexos, en continua interacció, i on l'aspecte educatiu és sempre present. Però a l'altra cara de la moneda hi ha el repte de saber dotar aquesta educació permanent, constant i que es fa arreu, del coneixement necessari per a una pràctica sistematitzada, coherent, professional i responsable.

El desenvolupament de programes d'activitat física per a persones grans és cada vegada més habitual en el nostre entorn. És àmpliament acceptat que fer

exercici físic comporta beneficis per a les persones de totes les edats, també a la vellesa. Aquesta màxima també val per a aquelles persones grans –o molt grans– amb discapacitats i que no poden valdre's per elles mateixes en algunes activitats de la vida diària, que necessiten ajuda i que –per les raons que sigui– han de ser ateses en centres especialitzats (centres de dia, residències, centres socio-sanitaris).

La meua activitat professional en l'àmbit de l'activitat física per a persones grans data de l'any 1982 i ha continuat ininterrompudament fins a l'actualitat. En els primers anys la meua preocupació es va centrar en aprendre sobre les persones grans, a conèixer el procés d'envelliment al mateix temps que adquirir, aplicar i experimentar sobre els recursos que proporciona l'activitat física per poder aplicar el programa. En una segona fase d'aquesta activitat professional, descobreixo –una mica per casualitat– l'aplicació d'aquest tipus de programes en persones grans que estan ingressades en un centre socio-sanitari; és una aplicació del programa encara una mica més especialitzada.

A mida que han anat passant els anys he anat sentint la necessitat de fonamentar tota l'experiència pràctica. És per això que, ja treballant amb persones grans amb dependència, arriba un moment en que decideixo posar-me la fita del doctorat perquè m'ajudi a avançar en la línia de la sistematització, la fonamentació i la justificació de la necessitat i l'interès d'un programa d'activitat física adreçat a persones grans amb dependència. Així doncs, aquest és el punt de partida d'aquest estudi, que vol ser la primera part d'una recerca més àmplia sobre l'aplicació i l'avaluació del programa.

Els objectius d'aquesta primera fase són elaborar un marc teòric de referència, i definir àmpliament i sistemàtica el programa d'activitat física per a persones grans amb dependència: "*Vellesa, Activitat Física i Dependència*" (VAFiD).

El treball de recerca es divideix en tres grans capítols. En el primer capítol hi ha la descripció del plantejament general de la recerca. És on hi consten la justificació i l'oportunitat del tema d'estudi, la perspectiva des d'on parteix la recerca, el problema de recerca, els objectius i l'estructura general.

El segon capítol correspon al marc conceptual de referència per al programa VAFiD. S'hi analitzen les quatre dimensions d'estudi que constitueixen la base de la recerca: l'envelliment, la dependència, l'atenció a les persones grans amb dependència i l'activitat física. En aquest capítol s'analitza el procés d'envelliment, la seva relació amb la dependència, les característiques i les repercussions que la situació de dependència té en les persones. Finalment, es relacionen tots aquest aspectes amb l'activitat física.

En el tercer capítol hi ha una descripció del programa VAFiD, amb els objectius, els aspectes a treballar durant les sessions, els recursos que es poden utilitzar, i orientacions per a l'organització del treball en el temps, així com les orientacions metodològiques per a l'aplicació del programa i les organitzatives lligades a la seva implementació.

Les conclusions constitueixen l'última part de l'estudi, i reflecteixen el resultat de la feina feta en tot el procés. El treball finalitza amb algunes idees sobre la continuació de la investigació i un epíleg amb una reflexió sobre el procés seguit en l'elaboració de la recerca.

Capítol I

PLANTEJAMENT GENERAL DE LA RECERCA

1 Presentació

Aquest estudi es centra en els programes d'activitat física dirigits a persones grans que es troben en situació de dependència. Podem dir que fa referència a la interacció entre tres grans termes: les persones grans, l'activitat física i la dependència. Són tres conceptes que es poden relacionar entre ells amb diferents combinacions. Podem pensar en la relació que hi pot haver entre el fet de fer exercici físic i la dependència, podem analitzar el tipus d'activitat física que poden practicar les persones grans o podem veure quina relació hi ha entre les persones grans i la situació de dependència. Efectivament, de línies de reflexió, d'anàlisi i d'estudi n'hi ha moltes, però la que presento en aquest treball de recerca es situa en la línia de combinar els tres conceptes esmentats.

La idea és la d'avançar en la construcció d'un coneixement que vagi més enllà de les idees generals i que ens ajudi a posar en pràctica tot allò que respongui a les necessitats, als interessos i a les possibilitats de les persones grans a qui van dirigides les nostres accions i intervencions. Aquesta és la raó principal que

m'impulsa a analitzar la relació entre aquests tres termes –els programes d'activitat física dirigits a persones grans amb dependència–, veure les seves implicacions, les interaccions, les raons, les conseqüències. En definitiva, em proposo fer una aportació a aquest àmbit tan ple d'experiència pràctica però mancat de reflexió i d'estudi profunds en la línia que presentaré.

Quan l'activitat professional, o sigui la pràctica, et permet observar que aquesta mateixa pràctica és útil, recomanable, positiva,... apareix la necessitat de posar-hi una base més sòlida que la pròpia observació i que l'apreciació subjectiva de la importància dels efectes d'aquest tipus de programes. Aquest és el motor que m'impulsa a plantejar l'estudi.

L'experiència de vint-i-sis anys treballant en l'àmbit de l'activitat física amb persones grans (primer autònomes i posteriorment amb dependència) m'ha proporcionat moltes oportunitats per observar, experimentar i descobrir, però al mateix temps m'ha servit per constatar que fa falta una reflexió teòrica que vagi al fons, precisament per fer possible que l'instant de la praxi tingui una transcendència en l'àmbit del coneixement, amb l'objectiu de facilitar una “circulació bidireccional” i un enriquiment constant entre la pràctica i la teoria.

El desenvolupament de programes d'activitat física per a persones grans és cada vegada més habitual en els centres d'atenció a la vellesa (casals, residències, centres de dia, centres sociosanitaris) i, de fet, la idea que l'exercici físic és recomanable i necessari a totes les edats és àmpliament acceptada en tots els àmbits. Però una cosa és reconèixer els efectes positius de l'exercici físic i una altra és planificar, dur a la pràctica i avaluar programes adequats, coherents i d'acord amb les necessitats, les característiques i les possibilitats dels seus usuaris.

En aquest darrer aspecte és on pren importància l'estudi i la sistematització d'aquest tipus de programes. Ens fa falta trobar elements que ens ajudin a establir criteris –per exemple– per organitzar la distribució de continguts. Ens fa falta aprendre a “llegir” les respostes dels vells a determinats estímuls. Ens fa falta saber quina és la mesura de referència que hem de prendre per poder

avaluar l'eficàcia del programa. En definitiva, ens fa falta posar paraules sàvies a un procés i a un sistema d'interacció que està clar que aporten beneficis i aspectes positius, però que estan guiats exclusivament i en moltes ocasions per la intuïció, pel "*savoir faire*", per l'interès i per l'experiència diària amb els vells. Aquests aspectes són molt importants, jo diria primordials, però sempre que vagin acompanyats del coneixement.

L'estudi que presento respon –a més de la motivació personal per anar més enllà de la pràctica del dia a dia– a un interès per aprendre en la tasca d'investigació i amb la mirada posada en la futura tesi doctoral. El faig amb la intenció que constitueixi el marc teòric d'una investigació més àmplia sobre els programes d'activitat física per a persones grans amb dependència.

2 L'estat de la qüestió i oportunitat del tema objecte d'estudi

L'envelliment de les persones ha estat i és un tema que històricament ha interessat i preocupat a científics, pensadors i al conjunt de la població en general. És per això que se n'ha parlat molt, s'ha escrit, estudiat i opinat àmpliament sobre aquest procés que es manifesta en tots els éssers vius. Des del primer llibre teòric sobre la vellesa (Marc Tuli Ciceró: *Cato Maior. De Senectute*, datat al segle I abans de Crist) fins l'actualitat, hi ha hagut diferents maneres d'entendre la vellesa, diferents teories que han intentat explicar-la i comprendre aquest procés. Però encara actualment, malgrat que és possible identificar fàcilment senyals d'envelliment (cabells blancs, arrugues, menys rapidesa en el caminar...), no es pot dir que s'hagin pogut quantificar sistemàticament i científica tots aquests senyals de manera que poguem mesurar la nostra edat biològica (Kirkwood, 2000). Com tampoc és possible –i al meu entendre tampoc desitjable– fer una única “radiografia” que expliqui i defineixi la realitat psicosocial dels vells. De moment hom està d'acord en què el procés d'envelliment és un procés natural que està lligat al cicle de la vida, global (afecta a la persona en la seva unitat), i diferencial (no tothom envelleix igual), i per tant, aquests hauran de ser punts de referència.

També és veritat que l'estudi científic de tot allò relacionat amb la vellesa està en fase de creixement i és necessari no només per comprendre el procés d'envelliment sinó també, entre d'altres aspectes, per “*poder desenvolupar polítiques d'actuació i posar-les en pràctica*” (Departament de les Nacions Unides sobre l'Envelliment i Associació Internacional de Gerontologia, 2002).

Anant una mica més enllà i si a aquest concepte global d'envelliment hi associem el de dependència, trobem un altre gran àmbit d'interès emergent. Amb l'augment de l'esperança de vida hi ha un major nombre de persones molt grans amb necessitats d'atenció social i/o sanitària i amb nivells diversos de dependència. És per aquesta raó que hi ha una necessitat d'avançar en el

coneixement d'aquesta relació envelliment/dependència. Fent una primera revisió bibliogràfica, he observat que principalment hi ha documentació sobre dos grans temes: el de la protecció social (ajuts, pensions, serveis d'atenció,...) a persones grans amb dependència, i els relacionats amb les atencions mèdiques (geriatria).

L'últim terme que ens queda per afegir als d'envelliment i de dependència és el de l'activitat física. Per ara –més endavant haurem de filar més prim– podem considerar que “exercici físic”, “gimnàstica”, “moviment”, “psicomotricitat” i “activitat física”, encara que diferents en els seus plantejaments i significats, fan referència a una mateixa idea, que és el treball amb el moviment del propi cos. També, quan parlo de programes d'activitat física per a persones grans, estic pensant en aquells que es desenvolupen en grup, amb certa periodicitat i amb finalitats estimulatives, de manteniment de capacitats, activadores, de sociabilització, d'ocupació del temps. Contràriament, no penso en programes de moviment que suposen un tractament individual i únic amb finalitats rehabilitadores.

És molt habitual trobar referències a la importància del manteniment d'un cert nivell d'activitat física durant la vellesa, o llistats dels seus beneficis; també estudis que analitzen i demostren els seus efectes sobre la força, la funció del sistema cardiovascular, l'equilibri (Requena, 2001), o sobre aspectes més generals com és el benestar de la persona gran (Soler, 2003). Tot això, si es parla de la vellesa en general i sobretot pensant en persones grans autònomes i/o amb poques dificultats per valer-se per elles mateixes. Si posem l'atenció en les persones que depenen –en major o menor grau– d'altres per poder desenvolupar-se, les investigacions i la literatura de referència o bé parlen de temes mèdics encaminats a tractaments rehabilitadors, o bé fan breus comentaris sobre la conveniència de mantenir aquell nivell d'activitat física de què parlava més amunt.

En la tasca de revisió bibliogràfica inicial he observat que en els últims anys també hi ha alguns treballs que comencen a destacar l'aspecte educatiu

d'algunes intervencions en gent gran (Martínez de Miguel, 2003), de programes i de plans d'actuació, i que inclouen algunes referències a l'activitat física.

Aquest conjunt d'informacions em diuen que l'àmbit d'estudi on es podria ubicar la meua proposta té interès, però que està en una fase inicial de la construcció de coneixement. Sobre els programes d'activitat física dirigits a persones grans amb dependència hi ha experiència pràctica, però no hi ha sistematització. Durant la meua activitat professional he tingut l'oportunitat d'obtenir algunes referències de professionals o de centres que duen a terme programes de "gimnàstica", "psicomotricitat" o "manteniment". Això em fa pensar que hi ha moltes institucions i professionals que intenten treballar –i de fet, treballen– , en aquest àmbit. Però aquesta tasca no es reflecteix en programes, estudis o treballs que li donin una sistematització.

3 El punt de referència: una mirada holística de la persona i la seva relació amb l'entorn

El punt de referència per a l'estudi dels programes d'activitat física per a persones grans dependents és una concepció holística de la persona i dels fenòmens que es manifesten en la seva interrelació amb l'entorn. Si considerem l'ésser humà com una unitat indivisible en què els aspectes biològics, psicològics i socials no es poden entendre desvinculats els uns dels altres, quan fem referència al cos i al moviment no és possible pensar únicament amb criteris de funcionalitat o de rendiment, perquè estan lligats necessàriament a components afectius i de relació. Autors com Wallon, J. Le Boulch, Ajuriaguerra o P. Vayer han treballat a partir d'aquesta concepció de la persona (Coutier, Camus, Sarkar, 1990) i del cos d'un "ésser-situat-corporalment-en-el-món" (Le Boulch, 1978), destacant així la importància del concepte d'unitat.

D'aquesta manera, entenc que tant el procés d'envelliment de la persona que participa en el programa d'activitat física, com el seu nivell de dependència, com el moviment del propi cos, cal analitzar-los partint de la idea que configuren una realitat complexa en interacció.

La pregunta que plantejaré en el següent apartat la faig amb l'objectiu d'iniciar el camí que condueix a la sistematització i a l'argumentació de programes d'activitat física dirigits a persones grans amb dependència. Per això, en el futur caldrà, a més d'articular les grans línies del programa i definir el col·lectiu a qui va dirigit, observar la realitat per trobar una orientació que em permeti, més endavant, aprofundir en aquells aspectes més interessants i que puguin aportar llum al procés d'implantació de programes d'aquest tipus.

4 El problema de recerca

El fet de conèixer cada dia amb la pràctica d'aquest tipus de programes em genera moltes preguntes. En aquest primer moment de l'estudi¹ plantejo dues qüestions que han de servir per poder construir una base teòrica coherent i sòlida. Pensant que cal afegir-hi, en un futur, l'aspecte més pràctic d'aplicació i d'anàlisi de la realitat. És la recerca de l'equilibri entre els plantejaments conceptuals i la pràctica del dia a dia. De fet, un vessant sense l'altre donarien lloc a un programa incomplet i, per tant, seran el punt de partida i l'objectiu final del present estudi i de la seva continuació.

La primera pregunta és:

- **Quines són les raons que justifiquen la importància i la necessitat de desenvolupar programes d'activitat física per a persones grans i en situació de dependència que viuen, assisteixen o estan ingressades – de forma permanent o transitòria– en centres d'atenció per a gent gran?**

La segona pregunta és:

- **Quines característiques han de tenir els programes d'activitat física que s'apliquin i es desenvolupin en grups de persones grans en situació de dependència, per tal de ser coherents amb la seva realitat?**

Per donar resposta a aquestes preguntes caldrà fer una recerca de totes les fonts documentals útils per justificar, construir i reconstruir les bases d'un model de programa que ja té alguns referents aplicats en l'àmbit de les persones grans autònomes (Coutier, Camus, Sarkar, 1990; De Febrer, Soler, 1989; García, 1995; Pont, 1994 i 2004; Soler, 2003) i el referent de més de deu anys

¹ Tal com he esmentat anteriorment, aquest estudi vol ser el marc teòric d'una futura tesi centrada en l'aplicació de programes d'activitat física amb persones grans en situació de dependència.

de pràctica personal en l'àmbit de l'activitat física i les persones grans amb dependència.

Entenc que ambdues preguntes responen als criteris de claredat, de viabilitat i de pertinència que proposen Quivh i Campenhouđí (1995) ja que concreten clarament els aspectes clau (tipus de programa, usuaris i àmbit), plantegen un problema que té punts de referència accessibles, i tenen la intenció d'analitzar per després poder comprendre millor tot allò relacionat amb els programes d'activitat física. De moment, la resposta és desconeguda i està per construir. La conjunció de les dues preguntes ha de formar la resolució final de la primera part de la recerca.

5 Objectius de la recerca

Les intencions d'aquest estudi es concreten en:

- Conèixer les **bases teòriques** que puguin avalar la importància del desenvolupament de programes d'activitat física adreçats a persones grans dependents, basats en el treball en grup i en el moviment actiu.
- Elaborar les **línies directrius** d'aquest tipus de programes que siguin coherents i adaptables a diferents realitats dels vells participants i de les institucions que els desenvolupen.

5.1 Conèixer les bases teòriques

Per assolir aquest objectiu serà necessari aprofundir en diversos conceptes clau i estudiar les aportacions conceptuals ja existents que constitueixin el marc de referència sobre el qual es pugui recolzar el model de programa resultant. Així, serà important delimitar conceptes com “dependència” i “programa d'activitat física”.

Caldrà, també, recollir les aportacions de diferents disciplines (psicologia, pedagogia, educació física, sociologia,...) que puguin emmarcar el prisma des del qual faig el meu estudi i la meva proposta. Les preguntes que se'm plantegen en aquest punt són:

- Què significa envellir satisfactòriament?
- Què suposa no tenir plena autonomia per desenvolupar-se personalment?
- Quan les persones necessiten atenció, on i com la reben?
- Quin paper hi jugen el cos i el seu moviment?

5.2 Elaborar les línies directrius

Per poder establir quins són els punts clau dels programes d'activitat física, caldrà pensar, estudiar i fer propostes sobre:

- Característiques principals dels seus usuaris i criteris de participació.
 - Es pot treballar amb persones amb molt poca mobilitat?
 - I amb persones amb dèficits cognitius molt importants?
 - De la necessitat de moviment al dret a no participar.
 - Què passa quan en el grup hi ha diferents nivells de dependència?

- Finalitats i objectius dels programes.
 - Què ens podem proposar aconseguir?
 - A quins terminis?
 - Podem tenir expectatives de millora? Quin tipus de millora?

- Principis per a l'aplicació.
 - Aspectes a treballar. En quin ordre?
 - Quins tipus d'activitats es poden fer?

- Principis metodològics fonamentals.
 - Procés d'ensenyament i d'aprenentatge.
 - Aprenentatge o vivència?
 - La comunicació i la dinàmica del grup. I si la comunicació és molt difícil?

- Condicions per a la implantació.
 - Què fa falta per tirar endavant?
 - Com cal organitzar-se?

6 Estructura de l'estudi

La definició del problema i dels objectius em permeten organitzar l'estudi en dues parts. La primera ha de ser el referent teòric que doni suport a la segona, que és la tasca de construcció de les línies directrius dels programes d'activitat física per a persones grans en situació de dependència. Per a la realització de la recerca em proposo:

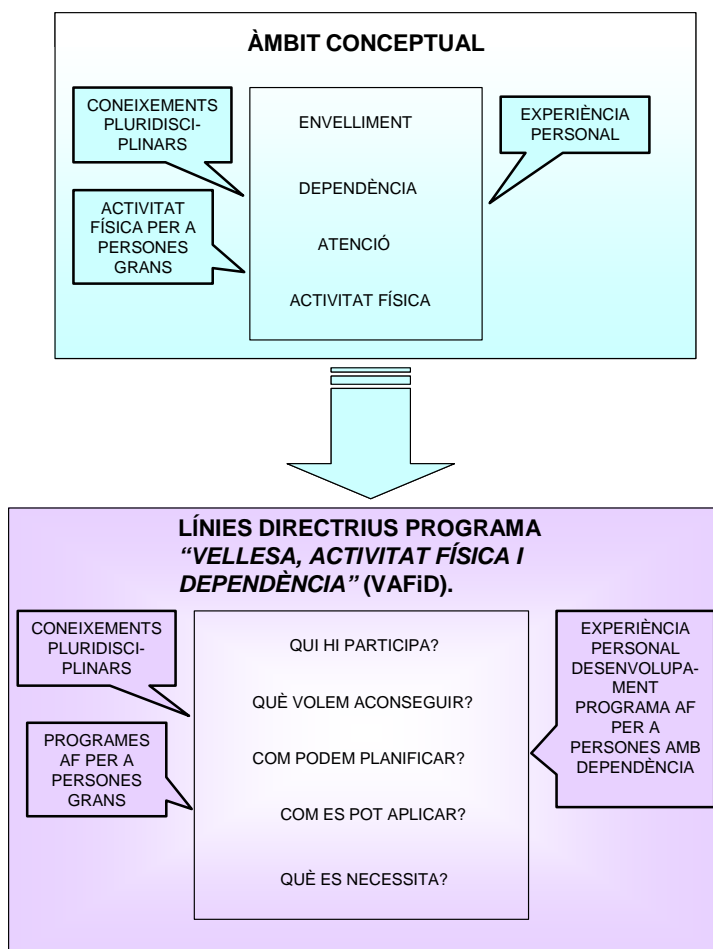
a) Buscar, a partir dels referents existents (camps de coneixement pluridisciplinars i programes d'activitat física per a persones grans autònomes), els punts clau per a la justificació de la importància d'aquests programes d'activitat física per a persones grans en situació de dependència. Caldrà tenir en compte els següents aspectes:

- Procés d'envelliment
- El concepte i les implicacions de la dependència de les persones grans
- L'atenció a les persones grans amb dependència
- L'activitat física durant la vellesa

b) Construir les línies directrius bàsiques d'un programa d'activitat física per a persones grans en situació de dependència, servint-me de la recerca realitzada en el punt anterior, dels referents relatius a l'elaboració, el plantejament i el desenvolupament de programes d'intervenció, i de l'experiència personal. Caldrà treballar sobre els següents aspectes:

- Les persones que hi poden participar
- Les finalitats i els objectius del programa
- La planificació del treball a desenvolupar
- L'aplicació del programa:
 - Aspectes metodològics
 - Aspectes organitzatius
- Condicions per a la implantació del programa

Figura 1: Estructura general de la recerca.



La recerca de la informació per fonamentar aquests dos grans blocs de l'estudi i que es concreten en els aspectes que acabo d'esmentar, és la base – juntament amb l'experiència personal– per anar teixint la proposta de programa i elaborar aquest estudi. Per fer tot això més intel·ligible i resumir l'estructura de la recerca, sintetitzo tot el que he exposat fins ara en la figura 1.

Tal com es pot veure en la figura, l'àmbit conceptual és la base que serveix per elaborar una proposta amb les línies directrius d'un programa d'activitat física per desenvolupar en persones grans en situació de dependència. Un programa que s'anomena: "*Vellesa Activitat Física i Dependència*" (VAFiD).

Capítol II

MARC CONCEPTUAL

La recerca que he exposat en el primer capítol s'estructura a partir de quatre grans dimensions d'anàlisi: les persones grans, la dependència, l'atenció a aquestes persones i l'activitat física. És per aquesta raó que a continuació hi ha una descripció i una anàlisi de cadascun d'aquests aspectes, fetes a partir de la recerca bibliogràfica. En segon terme, aquests aspectes s'expliquen partint de la seva combinació i de les múltiples interaccions que s'estableixen entre ells. D'aquesta anàlisi se'n desprèn –al tercer capítol– una proposta concreta i justificada de les línies directrius del programa *Vellesa, Activitat Física i Dependència* (VAFiD).

1 L'envelliment

1.1 Fer-se gran: un procés individual i col·lectiu

El fenomen de l'envelliment va lligat al cicle de la vida. No hi ha dubte que el procés que conformen els fets de néixer, créixer, desenvolupar-se i morir és inherent a la vida. L'envelliment s'inscriu en aquest recorregut pel cicle vital i

constitueix un procés transformador que inclou els aspectes biològics, psicològics i socials de la persona. És en aquests tres àmbits principals que s'han desenvolupat diverses teories que tenen la intenció d'ajudar-nos a comprendre aquest procés d'envelliment i a conèixer-ne les seves característiques principals però, fins l'actualitat, no n'hi ha cap que permeti delimitar-ne clarament les causes d'origen biològic (Ruíz, 2001). De la mateixa manera, des de les teories psicològiques, no és possible atribuir patrons de comportament o trets de personalitat exclusius a les persones grans. Ni tampoc, des de les teories sociològiques, justificar determinades formes de comportament social pel fet d'estar immers en un procés d'envelliment.

Aquest és un procés complex en qual intervenen factors intrínsecs –els relacionats amb els mecanismes de regulació i funcionament d'òrgans i sistemes– i factors extrínsecs –les influències que provenen del medi–. Ambdós tipus de factors conflueixen en un únic punt: la persona. Aquesta relació complexa fa que envellir no sigui igual per a tothom.

El fet de fer-se gran té significacions diferents segons si una persona envelleix en un marc cultural o un altre, segons l'època que li toca viure, segons si està sola o acompanyada, sana o malalta. Cap d'aquestes circumstàncies i situacions expliquen l'envelliment però totes condicionen maneres particulars de percebre, d'entendre, de valorar i de considerar l'envelliment. Tal com diu Eva Muchnik (1998: 318) “hi ha moltes velleses possibles”.

Per a uns, fer-se gran és l'oportunitat per deslliurar-se d'obligacions i fer allò que no havien pogut fer anteriorment per manca de temps o de poder adquisitiu... Per a altres, suposa experimentar un seguit de pèrdues difícils de pair. Per a un adolescent, fer-se gran és tota una experiència i envellir quelcom que està molt lluny. Per a alguns avis i àvies és l'ocasió per gaudir de la vitalitat que transmeten els néts, per a altres és una feina a què no es pot dir mai “no”. Per a aquelles persones que han dedicat tota una vida al treball, jubilar-se pot ser un buit difícil d'omplir. Per als qui han perdut la parella i/o la família, envellir pot ser sinònim de soledat o una nova oportunitat per viure la vida d'una manera diferent. Hi ha tantes percepcions i maneres de viure el

propi procés d'envelliment com persones. Per tant, això ens indica que envellir és més, molt més, que un fenomen que es mesura per l'edat cronològica, o per les capacitats i la funcionalitat dels nostres òrgans i sistemes, o pels signes d'envelliment externs plenament visibles i identificables (cabells blancs, arrugues...).

Per altra banda, és un fenomen que ens afecta col·lectivament perquè, a nivell demogràfic, estem experimentant una dinàmica que no té precedents en la història de la humanitat, i perquè, a nivell social, té repercussions en tots els seus àmbits i, alhora, és producte del seu procés evolutiu. Que el nostre planeta experimenti un creixement important de la població de persones més grans i que n'augmenti, també, la proporció en relació a la població de joves, és el resultat d'avenços en el coneixement, de canvis polítics i econòmics, d'aspectes culturals, en definitiva: producte de l'evolució de la mateixa societat. Per a l'estudi de l'envelliment –des de la perspectiva demogràfica– i segons Pérez, (2002), la clau del procés està en l'augment de la longevitat –aquest autor parla de la “democratització de la supervivència fins a la vellesa” i de “maduresa de masses” –. Si es tenen pocs fills és perquè es té la seguretat que els pocs que es tenen duraran molts anys, que duraran majoritàriament fins al final de seva edat reproductiva. Tot i que aquesta “maduresa de masses” no és present als països més pobres, on la supervivència massiva encara no ha arribat a totes les edats –per les condicions de vida, el HIV/SIDA i altres malalties, conflictes bèl·lics– *“a nivell mundial, la població de persones d'edat augmenta a raó d'un 2% per any, considerablement més depressa que la població total”*¹. Així, sembla que l'envelliment del planeta està assegurat.

Que aquesta circumstància no sigui una catàstrofe i representi una oportunitat, només depèn de la manera com tots siguem capaços d'entendre aquest procés natural (forma part del cicle vital), diferencial (cadascú envelleix d'una manera diferent) i global (envellim en la nostra unitat bio-psico-social).

¹ POPULATION DIVISION, DESA, UNITED NATIONS. World Population Ageing 1950-2050. Resumen Ejecutivo. Pág. xlvii. Consultat el 21/3/05. disponible a: www.un.org/esa/population/publications/publications.htm

En la nostra societat occidental sembla que envellir és un problema, és un fenomen que ens condueix cap una situació insostenible. En els textos, escrits, imatges i missatges que fan referència a l'envelliment (tant els divulgatius com els científics), es fàcil trobar expressions que neguen l'envelliment exaltant la joventut, o bé en parlen en clau de problema. Com ho farem quan la generació del *baby boom* arribi a l'edat de jubilació i les generacions en edat de treballar no siguin prou nombroses per finançar les necessitats de protecció social que hi haurà?, com ho farem si hi ha tantes persones grans que arriben a edats tan avançades?, què serà de nosaltres si no tenim fills que ens puguin atendre? Aquestes són algunes de les preocupacions del nostre entorn.

L'envelliment de les persones i de la societat en general és un aspecte important que cal prendre en consideració per la repercussió que té en les nostres vides i en la nostra societat. Suposa, també, un repte individual i col·lectiu que passa per superar estereotips, concepcions negatives i problemàtiques entorn a la vellesa. Una mirada més positiva i sobretot més compromesa, ens ajudaria a pensar, sentir i viure d'una manera diferent aquest envelliment col·lectiu i individual.

M'agrada destacar el component individual del fet de fer-se gran perquè la individualitat és el punt de partida de les actituds, de les concepcions i de les accions. Díficilment es pot veure o escoltar quelcom de positiu en una persona vella si el meu propi envelliment em desagrada i el sento com un esdeveniment desastrós que s'està apropiant del meu cos i de les meves capacitats. De la mateixa manera, difícilment es poden estudiar, planificar i desenvolupar programes de recerca, polítiques d'actuació, programes d'atenció o sessions d'activitat física que siguin coherents, adequades i respectuoses amb les persones grans.

Amb el benentès que la individualitat és el punt de partida, la seva relació amb l'entorn n'és la continuació. Som éssers de relació i comunicació, éssers dialògics (Boff, 2001), que necessitem del contacte amb l'entorn per desenvolupar-nos i créixer. La societat que ens envolta és alhora el nostre mirall, la que ens parla de nosaltres mateixos i el nostre reflex, la que

s'alimenta i creix de les nostres aportacions. Quan qui s'emmiralla en la nostra societat és una persona vella, succeeix que el missatge que retorna és un recordatori de les pèrdues, de les dificultats i dels canvis tan importants i nous que estem experimentant perquè les aportacions dels vells puguin ser útils.

D'aquesta manera, fer-se gran en la societat actual requereix una dosi d'autoestima i de voluntat força importants. Sortosament, cada vegada hi ha més persones que arriben a velles amb la capacitat de fer-se sentir, de fer valdre els seus interessos i de vetllar per les seves necessitats.

1.2 La persona: una unitat bio-psico-social

Per analitzar el procés d'envelliment, les seves implicacions i les possibles accions, és imprescindible situar la perspectiva des de la que es desenvolupa l'estudi. La seva mirada parteix d'una concepció integral de la persona, entenent que els aspectes biològics, els psicològics i emocionals i els socials estan relacionats els uns amb els altres. A l'hora d'analitzar-los és útil observar parcialment cada un d'aquests aspectes –l'especialització permet avançar en el coneixement de les parts– però, acte seguit, cal integrar aquests coneixements en el tot, en la persona com a unitat. Es tracta, també, d'una relació dialògica entre les parts i el tot. En aquest sentit, Edgar Morin acull la frase de Pascal en què recorda que *el tot és més que la suma de les parts*, però la continua dient:

Afegim-hi que el tot és igualment menys que la suma de les parts, algunes qualitats de les quals s'inhibeixen en l'organització del conjunt. (Morin, 2001:119).

És doncs una visió holística, que vol comprendre “les relacions i les dependències recíproques i essencials que hi ha en tots els fenòmens, siguin físics, biològics, psicològics, socials o mediambientals” (Cuadrat, 1997), lligada a una idea de complexitat que contempla, també, la bidireccionalitat de les relacions entre les parts i el tot, entre el tot i les parts:

La perspectiva holística no consisteix en la suma de tots els punts de vista (que sempre són la vista d'un punt), sinó en la capacitat de veure la transversalitat, és a dir, la capacitat de detectar les inter-retro-relacions del tot amb el tot (...). Res no existeix en juxtaposició o desvinculat del tot. Les parts estan en el tot, i el tot, com en un holograma, es reflexa en cada part. (Boff, 2001: 86)

Retornant al tema de l'envelliment, és fàcil identificar aquesta relació dialògica entre els aspectes més parcials de la persona, alhora que configura una realitat complexa.

Si una persona pateix, posem per cas, una disminució de la força a les cames que li dificulta el fet de caminar, és fàcil que tendeixi a caminar menys, també a reduir el seu cercle d'acció, les seves relacions, de manera que pot ser que tingui menys oportunitats per expressar-se, per comunicar-se amb l'entorn i les altres persones, alimentant, d'aquesta manera, un sentiment de solitud, una passivitat o un sentiment d'inutilitat.

Malgrat que aquest és un supòsit portat a un extrem d'una manera molt simple, vol il·lustrar la connexió indiscutible entre un aspecte biològic (pèrdua de força muscular), aspectes socials (disminució de la relació amb l'entorn) i aspectes psicològics (sentiment d'inutilitat). Davant d'aquesta situació la pregunta clau seria: si es resol el problema de la força a les cames, es resoldran els aspectes relacionals i també la passivitat o el sentiment d'inutilitat? Seguint la idea de l'holograma la resolució del conflicte no és tant lineal i, probablement, calgui prendre en consideració el conjunt de la situació per posar-hi llum. Una circumstància aparentment senzilla reverteix a un nivell d'anàlisi més complex basat en les múltiples interaccions entre diversos factors que estan inscrits tant en la pròpia persona que pateix la disminució (causes i característiques del problema, la seva personalitat), com en l'entorn (situació familiar, ubicació geogràfica, situació econòmica...). Per tant, per conèixer, valorar i entendre la situació, tan importants són les parts, els aspectes concrets, com el tot.

1.3 Teories sobre l'envelliment

Els estudis sobre l'envelliment han generat diverses teories però, fins ara, només poden explicar com s'envelleix, no el per què. Podem dir que, a mida que ens anem fent grans, experimentem un seguit de canvis que poden ser més o menys comuns a l'ésser humà, però encara desconeixem els mecanismes que ens hi porten. Biològicament, és possible observar que el nostre cos és diferent, psicològicament i emocional ens mouen motius i preocupacions diferents, resolem els conflictes de manera diferent que quan érem més joves, la nostra manera d'estar en relació amb els altres també canvia, el nostre rol es modifica a mida que van passant els anys, fem activitats i coses noves...

En el transcurs de la història, l'envelliment humà ha estat i és un centre d'interès important. Sempre hem estat interessats en saber el per què d'aquest procés que s'experimenta progressivament a mida que passen els anys. La ciència, des de diferents vessants, ha procurat buscar evidències que permetin adquirir coneixement sobre aquest fenomen.

1.3.1 El vessant biològic

En l'estudi de l'envelliment des del punt de vista biològic, hi ha diverses teories que intenten explicar els mecanismes que succeeixen en l'organisme al llarg de la vida, sobretot per conèixer quin o quins són els desencadenants d'aquest procés. Podem considerar dos grans grups de teories:

- a. Les que pensen que l'envelliment està condicionat per una programació preestablerta. Des d'aquesta perspectiva les persones, des del moment que naixem tenim programat, en els nostres gens, el propi procés d'envelliment. És per això que les investigacions estan en la línia d'intervenir sobre els gens per tal de modificar-lo. Aquesta és una concepció basada en la idea que l'envelliment és degut a factors intrínsecs. Les teories d'aquest

grup posen la seva atenció a la cèl·lula (J. Miquel, 2006 en fa una revisió i una anàlisi exhaustives). Entre les teories cel·lulars hi ha la dels telòmers i telomerassa, la de l'apoptosi, les endocrines i immunològiques.

- b. Les que entenen que l'envelliment es produeix perquè hi ha un procés de desgast, que es va acumulant amb el pas del temps de manera que els sistemes perden l'equilibri natural i la capacitat de regeneració. Dins d'aquest grup s'hi poden considerar la teoria de l'error catastròfic, la del "*soma perecedero*" i la dels radicals lliures. Segons Ruíz (2001: 29) "les teories anomenades del desgast són complementàries entre elles en l'explicació de processos regressius que condueixen al definitiu esfondrament de l'organisme".

S'ha de dir que hi ha una gran diversitat de teories que es complementen entre elles aportant i acollint principis i idees les unes a les altres, essent aquesta classificació en dos grans grups, un recurs per sintetitzar les idees principals entorn al fenomen de l'envelliment.

1.3.2 Els aspectes psicosocials

Des de les disciplines de la psicologia i la sociologia s'han fet diverses aproximacions² a la millor manera d'envellir i a com s'envelleix. Les principals teories són:

- a. Teoria de l'activitat (formulada per Harvighurst). Els seguidors d'aquesta teoria parteixen de la idea que la persona només és feliç i està satisfeta

² Hi ha alguns autors que consideren que, malgrat és habitual en els textos, no és del tot correcte utilitzar la denominació de "teoria" per a aquests plantejaments. En aquest sentit Maria Pia Barenys, (1990: 22) diu: "(...)alguns dels enfocaments de la sociologia i la psicologia social al procés d'envelliment són bastant trivials i decebedors. Amb dificultat es podrien qualificar de teories encara que apareixen sota aquest epígraf en els llibres i articles de gerontologia social. No constitueixen un cos de proposicions, ni tan sols mitjanament articulat, sobre el què és envellir en la nostra societat industrial. (...) s'hauria de dir que les <<teories>> que reclamen de la sociologia o de la psicologia social són només abordatges descriptius, caracteritzacions parcials de la vellesa".

quan es manté activa, quan produeix algun rendiment i és útil a d'altres persones (Leher, 1980).

- b. Teoria de la desvinculació o "*Disengagement theory*" (formulada per Cumming i Henry). Aquesta teoria defensa la idea que l'envelliment comporta una disminució de la interacció de la persona gran amb l'entorn social que l'envolta. És un procés d'aïllament gradual que tant pot ser que parteixi del propi vell com de la societat. Aquest distanciament progressiu és satisfactori per ambdues parts (la persona gran i la societat). (Bazo, 1990).
- c. Teoria de la continuïtat d' Atchley. Està formulada sobre la idea que en el procés d'envelliment es desenvolupa una "gran estratègia adaptativa" que es basa en la història individual de les preferències d'una persona i en les seves expectatives passades (Atchely, citat per Risteen, 1998: 737). D'aquesta manera, l'adaptació i l'estil de vida de la persona gran responen a una continuïtat dels que s'ha anat construint durant tota la vida.
- d. Teoria del desenvolupament o les etapes de la personalitat i del desenvolupament de l'ego, d'Erikson. Aquest autor fa una aportació a l'estudi del procés d'envelliment descrivint les etapes del desenvolupament de la personalitat en tot el cicle vital i assignant a cada una d'elles una actitud dicotòmica útil per afrontar les crisis de cada etapa. A la vellesa li correspon la integritat del jo vs la desesperança.
- e. Enfocament del cicle vital. Des de l'àmbit de la psicologia evolutiva, hi ha diversos autors que han desenvolupat la idea que l'envelliment no s'ha de lligar únicament a un procés exclusivament involutiu. Segons explica Feliciano Villar (2005) amb les aportacions d'Erikson, autors com Baltes, Thomae, Scahine o Nesselroade han desenvolupat i treballat a partir de diversos principis de l'enfocament del cicle vital. Els tres bàsics i fonamentals són:
 - Visió complexa del desenvolupament. Cal entendre'l com un procés que dura tota la vida i que sempre –també a la vellesa– inclou guanys i

pèrdues. És acceptat que la distribució entre uns i altres és diferent en cada etapa del cicle. A aquesta idea inicial s'afegeix la d'entendre que el desenvolupament pot incloure tant un procés de *creixement* (adquirir nivells més elevats de funcionament), com un de *manteniment* (sostenir el nivell de funcionament) o un de *regulació de la pèrdua* (reorganització del funcionament a nivells més baixos).

- El marc cultural i la història juguen el seu paper en el dibuix de la trajectòria evolutiva de cadascú.
- La capacitat d'adaptació de la persona forma part del procés de desenvolupament i, de manera més o menys volguda, cadascú va construir la seva trajectòria evolutiva mitjançant tres processos adaptatius: la selecció, l'optimització i la compensació dels recursos disponibles per anar avançant en el transcurs de la vida. Això vol dir que la persona té un cert marge per poder fer canvis, té *plasticitat*, també en la vellesa. Cal tenir en compte, però, que aquesta plasticitat és possible dins el marge de les capacitats que conserva la persona.

- f. Els vells com a subcultura, de Rose. Aquesta teoria es basa en el principi que les persones grans formen un grup social apart (Mishara i Ridel, 1986: 68), amb el supòsit que les persones tendeixen a ajuntar-se per grups d'edat. Això els permet mantenir la seva identitat, compartir experiències o situacions semblants o tenir capacitat per fer reivindicacions com a col·lectiu.

1.4 La salut i la malaltia

És corrent que aquests dos mots apareguin associats al terme vellesa. Entre altres aspectes, perquè actualment està força estesa la idea que la vellesa està directament relacionada amb el nivell de salut. I efectivament ho està, però aquesta relació no és pas diferent a la d'altres etapes de la vida. De fet, la preocupació i l'interès per la salut es fan paleses en el transcurs de tota la vida ja que és un aspecte que condiciona el desenvolupament, l'activitat i l'afectivitat de les persones. Si, a més d'això, ampliem la mirada al conjunt de la societat

actual, podem observar com tot allò que té relació directa o indirecta amb la salut (productes, serveis, professionals, estudis...) constitueix un gran centre d'interès.

Actualment, el concepte de salut, a més de fer referència al benestar físic, mental i social, també inclou la capacitat de la persona per vetllar, de manera activa, pel manteniment d'aquest estat de benestar.

La vellesa es relaciona no només amb el concepte general de salut sinó que, més concretament, es lliga amb el de malaltia. Aquesta relació és tan habitual com falsa i respon a una imatge social de la vellesa que es construeix sobre estereotips com els que destaca Andrés Losada (2004) (les persones velles són totes semblants, estan malaltes, són fràgils i depenen d'altres persones, estan socialment aïllades, deprimides...) i que no tenen una correspondència amb la realitat.

Aquesta relació vellesa-malaltia té conseqüències importants tant per a l'autopercepció de les persones grans, com pel tracte que reben del seu entorn. És una relació que fa que a tota aquella persona que està envellint se li apliqui la condició de malalta. I, en certa manera, també a la inversa: quan una persona adulta o gran pateix una malaltia també se li atribueix part del seu origen al procés d'envelliment. D'aquesta manera és fàcil de medicalitzar, en excés, un procés que és absolutament natural i que no necessàriament ha d'incloure trets patològics.

Feta aquesta apreciació, que és importantíssima per situar el fet de fer-se gran en el seu punt just, es fa imprescindible –sobretot per a aquesta recerca– prendre en consideració un tema que podria semblar contradictori amb la idea desenvolupada anteriorment: les probabilitats d'emmalaltir i d'experimentar un increment de la discapacitat, augmenten amb l'edat. Vegem algunes referències d'altres autors sobre aquest aspecte:

El grau de discapacitat augmenta amb l'edat i les persones de 85 anys o més tenen una probabilitat de quatre a sis vegades major d'estar

discapacitades que les persones de 65 a 74 anys, i de necessitar ajuda en les activitats diàries. (Risteen, 1998 a: 738)

La vellesa no és una malaltia en si mateixa, però la probabilitat d'emmalaltir durant la vellesa i que la malaltia origini conseqüències negatives en l'organisme és molt més gran que en altres etapes de la vida. (Moragas, 1991: 57).

Moltes persones desenvolupen discapacitats en èpoques tardanes de la vida relacionades amb el deteriorament de l'envelliment (per exemple artritis) o per l'aparició d'una malaltia crònica que es podria haver previngut en els seus inicis (càncer de pulmó, diabetis i malaltia vascular perifèrica) o una malaltia degenerativa (per exemple, demència). La probabilitat d'experimentar greus discapacitats cognitives i físiques augmenta de manera espectacular en edats molt avançades. (OMS, 2002:91).

També és veritat que una part substancial de les persones grans pateix, en algun grau, problemes de salut i experimenta alguns canvis deguts a l'envelliment normal. (Montorio i Carrobes, 2000: 18).

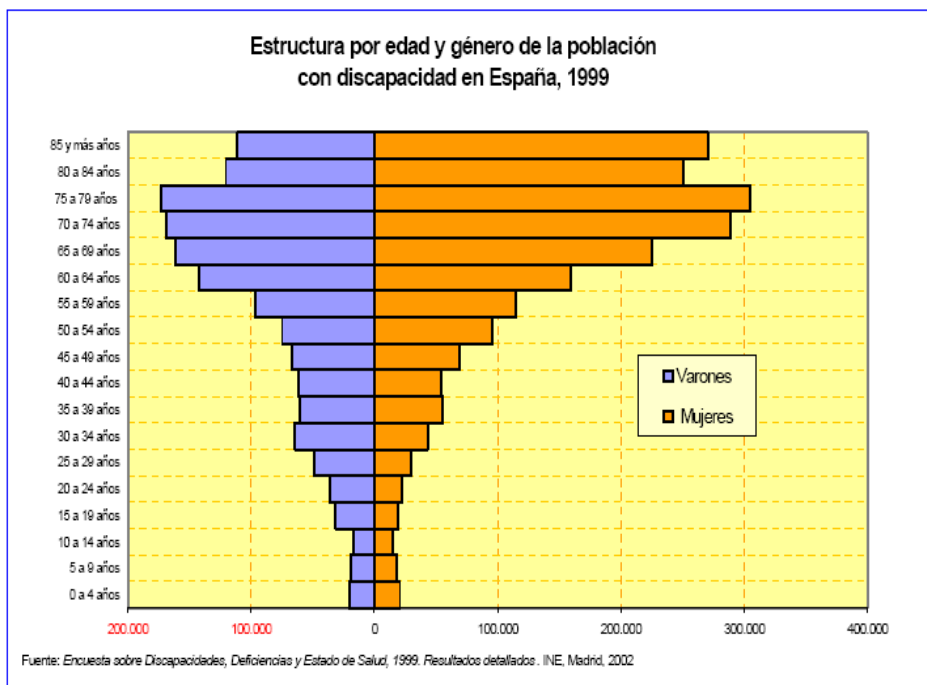
Les estadístiques reafirmen aquesta circumstància. La prevalença de malalties i de dependència en la població és més alta a mida que augmenta l'edat, tal com es pot observar en la figura 2.

En l'àmbit de la salut es pot parlar d'*envelliment normal* i d'*envelliment patològic* per distingir el que respon a un procés natural, del que és conseqüència de factors ambientals que afecten la salut de la persona. Però, arribats a aquest punt, la dificultat està en delimitar fins on arriba la "normalitat" dels canvis que es manifesten a mida que passen els anys i quan comença la situació patològica. Entre d'altres raons perquè:

"Salut i malaltia queden qualificades per una circumstància històrica, geogràfica, cultural i social, i és difícil definir què constitueix una vellesa normal des del punt de vista físic, ja que el que per a uns constitueix una malaltia i una limitació, per a d'altres suposa només una molèstia que no impedeix desenvolupar els mateixos rols que en la vida adulta. Amb el pas dels anys, l'estructura física de la persona experimenta decreixences en la seva capacitat funcional, disminucions en la velocitat de reacció i en la seva

capacitat d'enfrontar-se als estímuls externs, però aquesta reducció general dels ritmes orgànics no suposa ineptitud per a la majoria de les funcions de la maduresa". (Moragas, 1991: 55).

Figura 2: Estructura per edat i gènere de la població amb discapacitat a Espanya, 1999.



Font: Imsero, 2004: 18.

Davant d'aquesta dificultat per delimitar un procés que, efectivament, és multidimensional i molt complex, és apropiat enfocar el tema de la salut i la vellesa des de la perspectiva de les conseqüències i les repercussions que té sobre la persona, el seu desenvolupament i la seva interacció amb l'entorn.

1.4.1 Condicionants de la salut

El nivell de salut de la població no està condicionat únicament per factors biològics (factors genètics, gènere...) sinó que també hi intervenen factors ambientals (geografia, nivells de contaminació...), socials (educació, recolzament social, cultura...) i econòmics (nivell d'ocupació, recursos disponibles...). Malgrat cap d'aquests aspectes n'és un determinant exclusiu,

tots tenen el seu paper en l'assoliment d'un *envelliment actiu*³ i, per tant, també en la salut de les persones. L'OMS (2002) parla dels següents determinants:

Quadre 1: Determinants de la salut.

- Determinants transversals:
 - la cultura.
 - el gènere.
- Determinants relacionats amb els sistemes sanitari i de serveis socials:
 - Promoció de la salut i prevenció de malalties.
 - Serveis curatius.
 - Assistència de llarga durada.
 - Serveis de salut mental.
- Determinants conductuals:
 - Tabaquisme.
 - Activitat física.
 - Alimentació sana.
 - Salut bucal.
 - Alcohol.
 - Els medicaments.
 - Acompliment terapèutic.
- Determinants relacionats amb els factors personals:
 - Biologia i genètica.
 - Factors psicològics
- Determinants relacionats amb l'entorn físic:
 - Entorns físics.
 - La seguretat de l'habitatge.
 - Les caigudes.
 - Aigua neta, aire pur i aliments sans.
- Determinants relacionats amb l'entorn social:
 - El recolzament social.
 - Violència i abús.
 - Educació i alfabetització.
- Determinants econòmics:
 - Els ingressos.
 - La protecció social.
 - El treball.

Font: OMS, 2002.

D'a

questa llista se'n desprèn la idea que la salut –com l'envelliment– és una qüestió individual i col·lectiva. Una qüestió que requereix compromisos individuals i compromisos col·lectius. En aquest sentit, tothom està d'acord en que el primer i el més important dels compromisos a adquirir és el de la prevenció.

³ L'OMS defineix aquest concepte de la següent manera: "El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen". (OMS, 2002: 79)

1.4.2 La prevenció: un factor clau

Una de les claus de la prevenció està precisament en l'edat. És important que l'aprenentatge i la integració d'hàbits i estils de vida saludables s'estableixin durant la infància i la joventut. D'aquesta manera, és més fàcil que es mantinguin fins a la vellesa. De totes maneres, sigui des de la infància o des de la vellesa, sempre és possible millorar o fer petits canvis en la direcció d'un estil de vida més saludable i de l'autocura.

Segons expliquen Montorio i Carrobles, (2000) hi ha diversos estudis que aporten proves convincentes de la relació positiva entre hàbits saludables i longevitat. Una mostra n'és un estudi longitudinal, realitzat sobre 9.000 persones, en què es constata que el manteniment regular de tres conductes saludables senzilles (no fumar, fer exercici i control del pes) es poden associar a la longevitat.

Els principals eixos de la prevenció es centren en hàbits relacionats amb:

- L'alimentació: tant pel que fa a l'equilibri en els nutrients, com a la quantitat (desnutrició/sobrepès).
- L'exercici físic: el manteniment d'una vida activa –en contraposició a la sedentària– contribueix a reduir el risc de malalties i a mantenir la capacitat funcional, al mateix temps que té repercussions positives en la salut mental i social.
- El consum de substàncies tòxiques: el tabac, els medicaments mal administrats o l'alcohol –entre d'altres– són substàncies que afecten negativament i de manera significativa en la salut de les persones.

Per tal de consolidar aquests hàbits saludables no només són necessàries predisposició i voluntat personals, sinó que també cal una acció comunitària. Cal que la societat i les polítiques que s'hi desenvolupen facilitin i promocionin l'adopció d'aquest estil de vida saludable durant tot el cicle vital i tant si es parteix d'un estat de salut satisfactori com no. Perquè tant si s'està sa com si

es pateix una malaltia, els hàbits saludables no només poden contribuir que la malaltia no empitjori, sinó també a la seva millora.

1.4.3 La malaltia

En el nostre entorn, el tipus de malalties més freqüents entre les persones grans són les cròniques. Risteen, (1998a) explica que es solen caracteritzar per:

- Ser de llarga durada,
- No tenir una causa coneguda.
- Ser progressives.
- Conduir a canvis irreversibles.
- Necessitar d'un tractament simptomàtic (no curatiu) dirigit al control i a la rehabilitació.

Malgrat que les malalties agudes són menys freqüents en les persones grans que en les joves, tenen una repercussió molt més debilitant en les primeres que en les segones. Generalment, la persona jove tarda menys a recuperar-se d'una situació aguda i sovint les repercussions en els aspectes bio-psico-socials de la persona i el seu entorn són més lleus (per exemple els llargs períodes de repòs al llit que sovint requereix la convalescència d'una malaltia aguda, tenen una incidència molt diferent segons si s'és més jove o més gran).

Una de les conseqüències més importants de patir una malaltia –crònica o aguda– durant la vellesa, és la de la dependència temporal o establerta que generen en la persona. Aquesta circumstància suposa, d'una banda, afrontar la situació i de l'altra, haver de rebre cures.

1.4.3.1 Afrontament de la malaltia

Per descomptat que la manera d'afrontar una situació com la de la malaltia depèn de factors relacionats amb la personalitat de cadascú, però aspectes

com la intensitat i la gravetat de la malaltia, la forma en què apareix o la seva durada, també influeixen en la capacitat, en la predisposició de la persona per superar més o menys satisfactòriament i depressa la situació.

És per aquestes raons que serà molt important pensar en un procés d'aprenentatge i anticipació d'estratègies per tal d'evitar l'augment d'incapacitat associada a la malaltia, i facilitar l'adaptació física i psicològica que requereix la situació de malaltia. D'aquesta manera la persona gran pot adquirir recursos individuals –transformats en accions concretes– per tal d'intentar controlar o reduir l'impacte de la malaltia sobre la salut. (Montorio i Carrobles, 2000).

1.4.3.2 La cura

Quan hi ha una situació de dependència vol dir que, en més o menys mesura, es fa necessari un sistema de cures que –a banda de l'autocura que també és possible– es classifica de la següent manera:

- Cures informals. Són les que provenen de persones no professionals. Generalment les dispensen persones properes al cercle de relació de la persona gran (família, veïns, amics, coneguts). En tot el món, aquestes persones són les que proporcionen la major part de la cura a persones grans que ho necessiten (OMS, 2002). Però en el nostre entorn i actualment, la família té serioses dificultats per seguir desenvolupant aquesta tasca que tradicionalment ha fet (Vizcaíno, 2000).
- Cures professionals o formals. Son les que desenvolupen professionals especialitzats, ja sigui en el marc d'una institució o en el marc comunitari.

La capacitat per rebre i donar l'assistència necessària a la situació de dependència o de discapacitat influeix, també, en el nivell de salut (tant el percebut com l'objectiu) de la persona gran.

2 La dependència

2.1 Apreciacions sobre la dependència

El concepte de dependència està relacionat amb les condicions de salut, amb les característiques personals i amb les condicions ambientals en què ens desenvolupem les persones. Així, tant la presència d'una malaltia, com la dificultat per adaptar-se o resoldre una situació difícil, o les característiques de l'entorn en què viu la persona, condicionen i influeixen en el seu grau de dependència per poder realitzar una o diverses activitats. És per això que es tracta d'una situació que cal estudiar –com el procés d'envelliment– des d'una concepció integral de la persona i en relació al seu entorn.

La presència de malaltia, de discapacitat o el mateix envelliment, efectivament, influencien en les característiques i en el grau de dependència, però no en són els únics responsables. Tal com diu Federico Alonso (2004: 790) “l'envelliment no fa dependents a les persones, sinó les malalties i les lesions que pateixen”. Les condicions de l'entorn físic en què es desenvolupa la persona, el tipus de cura que rebí, la freqüència o la forma –per posar alguns exemples– són aspectes que poden fer que la persona tingui més o menys necessitat d'ajut. Si entenem la dependència com un terme que explica que la persona necessita de l'ajut d'una altra, d'un objecte o d'una situació per poder realitzar una activitat concreta, podem observar que tots –en més o menys grau y en algun moment de les nostres vides– som dependents de persones, d'objectes o de situacions. En aquest sentit, Miguel Querejeta (2004) diu que tant la dependència com la discapacitat s'han d'entendre des d'una perspectiva universal, perquè totes les persones podem tenir alguna limitació per fer alguna activitat i, en certes situacions, totes les persones també som dependents.

Par tal de ser respectuosos amb les persones, també és important entendre la dependència com una situació:

- Adscrita a activitats concretes (per sortir al carrer, per dutxar-se).
- Que pot canviar en funció de diferents situacions i circumstàncies personals o de l'entorn. No és una condició a la qual necessàriament s'accedeixi de per vida.

D'aquesta manera s'eviten, actituds estigmatitzadores que podrien contribuir a generar expectatives desajustades sobre les persones que, per diverses raons, son dependents de tercers per desenvolupar-se en una o més activitats.

El concepte de dependència està relacionat amb el de discapacitat. Tal com diu Miguel Querejeta (2004: 26-27) ambdós termes estan directament relacionats perquè la dependència (la relacionada amb les condicions de salut alterades, no l'econòmica, política o religiosa...) sempre és conseqüència d'un grau sever de discapacitat. Per tant, es pot dir que la "discapacitat és un atribut inseparable de la dependència". Però al mateix temps, "poden existir diferents graus de discapacitat sense que hi hagi dependència". D'aquesta manera, la dependència seria una concreció de la discapacitat constituïda per dos elements:

- La limitació de la persona per realitzar una o més activitats.
- La interacció amb l'entorn relacionada amb la necessitat d'ajuda (d'elements tècnics o de persones).

Així, el mateix autor, resumeix aquesta idea amb la següent fórmula:

Dependència = limitació en l'activitat + ajuda.

Sobre el concepte de dependència cal destacar, també, que no és exactament el contrari del terme "autonomia". Segons M. Le Gall i JL Ruet citats per Querejeta (2004: 35), la dependència està relacionada amb la necessitat d'ajuda d'una altra persona i és un fet observable lligat a comportaments potencialment mesurables. En canvi l'autonomia es relaciona amb la capacitat per administrar i gestionar la dependència, essent d'una dimensió totalment individual, més subjectiva i vinculada amb la capacitat i la voluntat de decidir,

d'escollir sobre les circumstàncies o les situacions que afecten al desenvolupament personal.

Com que són dos termes que se situen en plans diferents, no seria adequat pensar en l'autonomia com a absència de dependència, ni a la inversa. Una persona pot necessitar ajuda per caminar (dependència d'una persona per caminar) i alhora pot tenir capacitat per decidir on vol anar, quan hi vol anar i per què (autonomia per governar-se). Contràriament, es pot donar la circumstància d'una persona que pot caminar lliurement sense ajut de ningú (independència per caminar) però no es capaç d'orientar-se o de saber on ha d'anar, ni per què (sense autonomia per governar-se).

Malgrat les dues paraules no són antònimes i, per tant, no es potencien ni s'exclouen l'una a l'altra, la no capacitat per governar-se a si mateix/a (la manca d'autonomia) genera dependència d'una altra persona, posem per exemple el cas dels nens petits o de les persones amb demència.

Sovint es posa de manifest la dificultat que suposa unificar criteris en la utilització de la terminologia. L'Organització Mundial de la Salut elabora i revisa periòdicament classificacions internacionals relacionades amb l'àmbit de la salut. Els objectius són els de proporcionar bases per a l'estudi i el coneixement, unificar criteris, facilitar la codificació i la comparació –a nivell mundial– de totes les dades que fan referència a la salut. Les que són vigents en l'actualitat són:

- Classificació Internacional de Malalties, Desena revisió (CIE-10). Fa referència als estats de salut (malalties, trastorns...) i és una classificació d'aquests estats de salut que parteix de les causes (etiologia) de les malalties.
- Classificació Internacional del Funcionament, de la Discapacitat i de la Salut (CIF). Fa referència a la funcionalitat i a la discapacitat associades a les condicions de salut.

Ambdues classificacions són complementàries, perquè la primera proporciona un ordre sobre les malalties i altres estats de salut i la segona associa el funcionament i la discapacitat a aquests estats de salut.

De la CIF (aprovada l'any 2001) destaca la concepció global de la discapacitat que es centra en la interacció de la persona amb l'entorn. D'aquesta manera, no s'associa la discapacitat únicament ni a la malaltia, ni a les possibilitats de la persona per realitzar determinades accions, sinó que es tenen en compte, també, les condicions de l'entorn en què es desenvolupa i la relació que la persona hi estableix. Així, la discapacitat s'entén com un terme "paraigües" que acull la perspectiva corporal, la individual i la social (Querejeta, 2004).

Per a aquest estudi prendré de referència les definicions que apareixen a la CIF i que es resumeixen en el quadre 2.

Entendré aquests termes en la mesura que es relacionen o es poden relacionar amb la vellesa i la dependència els quals, junt amb l'activitat física, són els puntals de la recerca.

Tal com ja he exposat anteriorment, el terme de dependència és ampli i pot tenir diverses implicacions. És difícil delimitar quan es pot considerar que una persona és dependent i en quin grau. En els diferents estudis es pren com a referència la presència de discapacitat per realitzar una o més activitats de la vida diària (AVD). Aquestes activitats es divideixen en dos grups:

- Les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), que estan relacionades amb la cura personal (menjar, beure, vestir-se, rentar-se...).
- Les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD), que són més complexes i que estan relacionades amb les destreses per viure en la comunitat, tenir cura d'altres persones i de la casa. (Hopkins i Smith, 1998) com per exemple anar a comprar, fer gestions fora de casa, cuinar, fer la neteja de la casa.

Quadre 2: Definicions de referència.

Activitat: És la realització d'una tasca o d'una acció per part d'una persona. Representa la perspectiva de l'individu respecte al funcionament.

Benestar: És un terme general que engloba tot l'univers de dominis de la vida humana, incloent els aspectes físics, mentals i socials que componen el que es considera com tenir una "bona vida". Els dominis de salut són un subgrup (veure, parlar, recordar...) dins dels dominis que componen tot l'univers de la vida humana (educació, treball, Ambient...).

Capacitat: Indica el màxim nivell possible de funcionament que pot assolir una persona en un determinat moment. La capacitat es mesura en un context /entorn uniforme i normalitzat, i per això, reflexa l'habilitat de l'individu ajustada en funció de l'ambient.

Condicció de salut: És un terme genèric que inclou malaltia (aguda o crònica), trastorn, traumatisme i lesió. Una condició de salut pot incloure altres circumstàncies com embaràs, envelliment, estrès, anomalies congènites o predisposicions genètiques. Les condicions de salut es codifiquen utilitzant el CIE-10.

Deficiència: És l'anormalitat o pèrdua d'una estructura corporal o d'una funció fisiològica. Les funcions fisiològiques inclouen les funcions mentals.

Discapacitat: És un terme genèric que inclou dèficits, limitacions en l'activitat i restriccions en la participació. Indica els aspectes negatius de la interacció entre l'individu (amb una condició de salut) i els seus factors contextuals (factors ambientals i personals).

Estructures corporals: Són les parts anatòmiques o estructurals del cos com òrgans o membres, i els seus components classificats en relació amb els sistemes corporals.

Execució/Realització: És el que les persones fan en el seu ambient/entorn real i, d'aquesta manera, comporta l'aspecte de la participació de la persona en situacions vitals.

Facilitadors: Són tots aquells factors de l'entorn de la persona que, quan hi són presents o absents, milloren el funcionament i redueixen la discapacitat. Entre ells s'hi inclouen aspectes com que l'ambient físic sigui accessible, la disponibilitat de la tecnologia assistencial adequada, les actituds positives de la població respecte a la discapacitat, i també els serveis, sistemes i polítiques que intentin augmentar la participació de les persones amb una condició de salut en totes les àrees de la vida. També l'absència d'un factor pot ser facilitador, per exemple absència d'actituds negatives entre la població.

Factors Contextuals: Són els factors que constitueixen, conjuntament, el context complet de la vida d'un individu. Els factors contextuals tenen dos components: Factors ambientals i factors personals.

Funcionament: És un terme genèric que inclou funcions corporals, estructures corporals, activitats i participació. Indica els aspectes positius de la interacció d'un individu (amb una condició de salut) i els seus factors contextuals (factors ambientals i personals).

Funcions corporals: Són les funcions fisiològiques dels sistemes corporals, incloent les funcions psicològiques. Amb "cos" ens referim a l'organisme humà com un tot, i per tant s'inclou la ment en la definició. Per això, les funcions mentals (o psicològiques) estan incloses dins les funcions corporals.

Limitació en l'activitat: Són les dificultats que un individu pot tenir per realitzar activitats. Una limitació en l'activitat inclou des d'una desviació lleu fins una de greu en termes de quantitat o qualitat, en la realització de l'activitat, comparant-la amb la manera, extensió o intensitat en que s'espera que la realitzaria una persona sense aquesta condició de salut.

Participació: És la implicació de la persona en una situació vital. Representa la perspectiva de la societat respecte al funcionament.

Restriccions en la participació: Són els problemes que pot experimentar un individu per implicar-se en situacions vitals. La presència d'una restricció en la participació ve determinada per la comparació de la participació d'aquesta persona amb la participació que s'espera d'una persona sense discapacitat en aquella cultura o societat.

Malgrat patir discapacitat per realitzar alguna d'aquestes activitats no significa necessàriament que una persona es pugui considerar dependent, la presència de dependència sí que està associada al fet de patir alguna discapacitat en les AVD. D'aquesta manera, es pot dir que dependència i discapacitat estan relacionades però no són equivalents (Fundació Institut Català de l'Envel·liment. UAB, 2004).

Lligats al terme de dependència hi ha tres conceptes que estan relacionats entre ells, que són diferents i que segurament trobarem en parlar del tipus de persones a què fa referència aquest estudi. Els tres termes són:

- Discapacitat. Ja definida anteriorment com un terme genèric que inclou dèficits, limitacions en l'activitat i restriccions en la participació. Indica els aspectes negatius de la interacció entre l'individu (amb una condició de salut) i els seus factors contextuals (factors ambientals i personals) (OMS. 2001).
- Comorbilitat. Que es defineix com la presència de dues o més malalties diagnosticades en una mateixa persona. (Abizanda, Romero i Luengo, 2005). Aquesta situació s'associa a una alta utilització i despesa de l'assistència mèdica (Fried, Ferrucci, Darer, Williamson i Anderson, 2004).
- Fragilitat. Fa referència a un estat d'alta vulnerabilitat. És un estat en què s'experimenta un decreixement de reserves fisiològiques i desregulació de diversos sistemes fisiològics, que es tradueixen en la dificultat per mantenir l'homeòstasi. (Fried, Ferrucci, Darer, Williamson i Anderson, 2004).

Aquests tres conceptes es superposen i es dona el cas que hi ha persones que en pateixen dos o tots tres alhora. Els mateixos autors també expliquen que la comorbilitat i la fragilitat prediuen la discapacitat. Això vol dir que també poden ser causa de dependència.

2.2 La dependència en la vellesa

Els estudis que incorporen dades sobre la dependència coincideixen a constatar que:

- Hi ha una clara relació entre la prevalença de situacions de discapacitat i l'edat. A partir dels 50 anys hi ha un increment notable del nombre de persones que manifesten patir alguna discapacitat.
- Entre les persones més grans de 65 anys, les dones són les que, en comparació als homes, tenen més discapacitats, mentre que en edats inferiors la relació és inversa, hi ha més homes que dones.
- La gran part de les persones grans amb alguna discapacitat en les AVD viuen en un entorn domiciliari.
- Les persones grans que viuen en un entorn residencial acostumen a presentar un elevat grau de discapacitat (diverses AVD) i dependència.
- Qui proporciona les cures necessàries a les persones grans amb alguna discapacitat per a les AVD i/o dependència, és majoritàriament la família.
- Totes les activitats que requereixen sortir de casa i les relacionades amb la neteja i el manteniment de la llar són les més freqüents en el llistat de discapacitats.
- Les causes més freqüents de discapacitat són les deficiències osteoarticulares i les sensorials (vista i oïda).

A banda de les dades estadístiques que ens serveixen per veure, en termes numèrics, quin és l'estat de la qüestió, cal pensar en tots aquells processos que estan lligats a la situació de dependència. Conceptualment, i moltes vegades pràcticament, es defineix un procés que porta a la dependència i que s'explicita mitjançant l'expressió "cascada de la dependència" –utilitzat en el Llibre Blanc de la Gent Gran amb Dependència de la Generalitat de Catalunya (2002: 22)– que segueix els següents passos:

- S'inicia per l'aparició d'un DÈFICIT (pèrdua d'una part del cos o funció), habitualment com a conseqüència d'una malaltia o d'un accident.
- Aquest dèficit comporta una LIMITACIÓ EN L'ACTIVITAT (discapacitat⁴).
- La no compensació d'aquesta discapacitat mitjançant l'adaptació de l'entorn provoca una RESTRICCIÓ EN LA PARTICIPACIÓ (minusvalidesa⁵) que és el que es relaciona amb la DEPENDÈNCIA de l'ajut d'altres per realitzar les activitats de la vida quotidiana. (Generalitat de Catalunya, 2002: 22)

Aquest procés també es manifesta en la realitat –no és només teòric– i és il·lustratiu de la dimensió global del fenomen. El primer nivell de la cascada –el dèficit– es situa en el pla corporal, el segon –limitació en l'activitat– en el pla individual o personal i el tercer –restricció en la participació– en el social, comunitari o de relació amb l'entorn. És per aquesta raó que també hem de considerar les situacions de dependència des d'una perspectiva holística, des de la confluència, en una mateixa situació, d'aspectes bio-psico-socials que es poden analitzar per separat, però que cal valorar i intentar comprendre en el seu conjunt, i a partir de les relacions de complexitat que es puguin establir entre ells. Així doncs, és apropiat dir que la dependència està lligada a una disminució de la funcionalitat de la persona –entesa igual que el terme “funcionament” descrit per l'OMS a la CIF–.

En els següents punts analitzarem aquestes característiques generals de la situació de dependència entre les persones grans.

2.2.1 La prevalença de la dependència

Segons el Llibre Blanc sobre “La atención a las personas en situación de dependencia en Espanya”⁶, i a partir de les dades que ofereix la “Encuesta

⁴ A la CIF el terme “limitació en l'activitat” substitueix el de “discapacitat” utilitzat per l'OMS en la Classificació Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de l'any 1980.

⁵ A la CIF el terme “restricció en la participació” substitueix el de “minusvalidesa” utilitzat per l'OMS en la Classificació Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de l'any 1980.

⁶ Estudi elaborat per l'IMSERSO (2004), que serveix de referència per a la implantació d'un Sistema Nacional de Dependència a l'estat espanyol.

sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud” (EDDES 99)⁷, més del 32% de les persones més grans de 65 anys té alguna discapacitat. D’aquestes persones grans amb discapacitat, el 58,3% són dones. Per altra banda, la discapacitat arriba abans en les dones i, com que tenen una esperança de vida més llarga, sembla que els espera un temps més llarg de viure en situació de dependència. Cal destacar però, que no és el fet de ser dona el que justifica una prevalença més elevada de dependència. Segons Pérez-Ortiz (2003) es tracta de la confluència, en les dones, d’un seguit de característiques que constitueixen un cert risc per a la dependència (l’edat, l’estat civil, els ingressos i el nivell d’estudis). Una altra consideració a tenir en compte sobre aquest tema és el fet que les dones valoren la seva dependència de manera diferent als homes. Històricament i cultural, les dones han desenvolupat tasques relacionades amb la cura de la casa o la cura d’altres persones de la família (fills, néts, persones amb dependència) –les AIVD– Aleshores, és possible que les dones intentin realitzar aquestes activitats el màxim de temps possible malgrat ho facin amb molta dificultat. De la mateixa manera, quan es fa palesa la discapacitat per desenvolupar alguna d’aquestes tasques, és més “preocupant” i menys “comprensible” quan qui la manifesta és una dona. Que un home que no s’ha fet mai en la vida el menjar tingui dificultats per fer-se’l, sembla comprensible, mentre que per a una dona no ho és tant. Un estudi fet per Tomás, C i altres, citat per Pérez-Ortiz (2003), realitzat a Saragossa,

“mostra una prevalença més alta entre els homes que entre les dones i una diferenciació clara en les activitats per a les que són dependents els uns i les altres: les dones no poden realitzar per elles mateixes les activitats que es desenvolupen fora de l’àmbit domèstic (especialment les que tenen relació amb la gestió dels diners i amb la utilització de mitjans de transport), mentre que la dependència dels homes es refereix, sobre tot, a les que es realitzen al interior de la llar (sobretot, la preparació de menjar, el rentar roba i la neteja de la casa). Aquestes activitats estan estretament relacionades amb les corresponents a les funcions masculina i femenina, de

⁷ Es una enquesta feta per l’INI en col·laboració amb l’ IMSERSO i la Fundació ONCE. El treball de camp per recollir dades es va fer durant l’any 1999, recollint informació a 70.500 llars, sobre 218.000 persones de tot l’estat espanyol. És el recull de dades sobre discapacitat a l’estat espanyol més important i actualitzat que hi ha en aquests moments. És la referència de la majoria d’estudis relacionats amb aquest tema.

manera que el què succeeix en la vellesa és continuació del què es feia en etapes anteriors de la vida”. (Pérez-Ortiz, 2003: 308-309).

Podem considerar que la dependència per a les AIVD té un clar component de gènere, mentre que la dependència de les dones en aquest tipus d'activitats està clarament lligada al seu estat de salut, cosa que no passa amb els homes (Tomás, Zunzunegui, Moreno i Germán, 2003).

Segons les estimacions⁸ realitzades per Otero, Zunzunegui, Rodriguez-Laso, Aguilar i Lázaro, P. (2004) en els últims anys, sembla que:

- Es confirma la prevalença de la dependència entre les dones.
- La probabilitat de patir dependència és més gran entre les persones d'un nivell d'instrucció baix.
- Hi ha alguns canvis en la distribució de la dependència entre les persones grans: disminueix el nombre de persones amb dependència entre les edats més joves, i augmenta entre les més grans de 85 anys.

Això vol dir que les persones grans gaudeixen de més anys sense dependència i que les que necessiten més ajut i atencions són les dones amb nivells d'instrucció baixos i molt grans.

2.2.2 On viuen les persones grans amb dependència i qui en té cura?

Segons les dades recollides a l'estudi realitzat per la Fundació Institut Català de l'Envel·liment. UAB, 2004, el 93% de les persones més grans de 65 anys amb

⁸ És un estudi realitzat a partir de les estimacions que es van fer en l'estudi longitudinal "Envejecer en Leganés" realitzat entre el 1993 i el 1999 a la ciutat de Leganés de la comunitat de Madrid. Les mateixes probabilitats pronosticades a la cohort "Envejecer en Leganés" s'han aplicat sobre els censos de població espanyola en els anys 1991 i 2001 per tal de fer una aproximació al nombre de persones amb dependència per a les ABVD entre la població més gran.

discapacitat per a realitzar alguna AVD, viuen a casa i el 6'8% que resta viu en un entorn residencial.

Sobre aquestes dades cal fer dues consideracions:

- Les persones grans manifesten voluntat de mantenir la seva residència en el seu entorn i a la seva llar.
- El nombre de places residencials és reduït i, per tant, l'accés a una atenció residencial és difícil.

Si mirem l'índex de cobertura residencial (IC)⁹ observem que a l'estat espanyol és del 3'5% i a Catalunya del 4'1%. Tenint en compte tant la voluntat de les persones grans, com l'oferta de places, és comprensible que les places residencials estiguin amb més freqüència ocupades per persones molt grans amb un nivell de dependència moderat o greu que no poden mantenir la seva estada al domicili. Per aquesta raó és útil mirar l'IC de les persones més grans de 80 anys que a l'estat espanyol és del 14'3% i a Catalunya del 16,5%.

Qui proporciona les cures necessàries a les persones amb dependència, i atesa la gran proporció de persones que continuen vivint en entorns domiciliaris, és la família. Les cures informals constitueixen la font principal quantitativament més important de la provisió d'atenció a les persones grans amb discapacitats.

Segons dades del mateix estudi (Fundació Institut Català de l'Envel·liment. UAB, 2004) les famílies proporcionen cures personals al 76.8% de les persones grans amb discapacitat en les AVD. D'aquestes mateixes persones, prop de la meitat de les que reben cures d'un sol vetllador principal, ho fan durant més de 40 hores setmanals. Això dona compte de la gran dependència que és atesa amb cures informals.

⁹ Índex de cobertura residencial és la relació proporcional que existeix entre el nombre de places a residències i la població de persones grans.

- Si observem qui proporciona aquestes ajudes que provenen de la família, veiem que majoritàriament són dones (cònjuge o filla) que estan entre els 45 i 69 anys (IMSERSO, 2004). Malgrat en les últimes dècades s'estan experimentant canvis en aquesta situació (accés de la dona al treball, diferents models familiars, mobilitat geogràfica, posició social de les dones...) i que sembla que disminueix lleugerament la seva capacitat per proporcionar cures informals als familiars, aquest model encara continua essent el principal puntal de la cura a les persones amb dependència.

Cal destacar el paper de les dones immigrants, sobretot les llatinoamericanes, perquè contribueixen amb la seva feina a alleugerir la càrrega que suposa tenir cura d'una persona gran amb dependència a casa (Gil, 2003).

2.2.3 Tipus de discapacitats i causes de la dependència

Segons l'estudi realitzat per Alustiza i Pérez, (2005) les discapacitats més freqüents en l'enquesta de referència (EDDES 99)¹⁰, són les relacionades amb la mobilitat, tant a fora com a dins de casa.

Si es fa distinció dels tipus de discapacitats que afecten als diferents grans grups d'edat es pot comprovar que les més freqüents són les relacionades amb la mobilitat (sobretot els desplaçaments fora de casa i també els desplaçaments o moviments del propi cos), i al mateix temps aquestes són les més característiques de les persones grans. Hi ha més de dos milions de persones, el 60% de tots els que declaren patir alguna discapacitat, que presenten dificultats per desplaçar-se fora de casa, bàsicament per poder utilitzar algun mitjà de transport públic i per desplaçar-se per compte propi. A voltant de dos terços d'aquestes persones són d'edat avançada i la proporció és molt elevada en els grups de més grans. Així, el 35% dels que superen els 80 anys presenta dificultats per caminar i el 38% per viatjar en transport públic. Dins de casa, més d'un milió de persones tenen problemes

¹⁰ Encuesta sobre Discapacidad, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Es tracta d'una macro-enquesta realitzada a 220.000 persones de l'estat espanyol, durant el segon trimestre de 1999, residents a casa seva. No es recullen dades de persones que en aquell moment estan institucionalitzades.

per aixecar-se, ficar-se al llit i, especialment important, mantenir-se drets, situació que generalment implica gravetat i que afecta a persones molt grans. (Alustiza i Pérez, 2005: 11)

De les diferents tipologies de discapacitats establertes a l'EDDES 99 (Vegeu quadre 3), també són molt nombroses –sobretot entre les persones de 80 anys i més– les relacionades amb la cura personal (vestir-se, control de necessitats, menjar...). És important tenir en compte aquests tipus de discapacitats ja que generen un alt grau de dependència.

Les deficiències més comunes que acompanyen aquestes discapacitats per a realitzar AVD són les sensorials (vista i oïda) que representen el 32% de totes les deficiències, i les osteoarticulares (cap, columna vertebral i extremitats) que representen el 30%. Aquests dos grans grups de deficiències en el funcionament poden generar un alt grau de dependència ja que dificulten tant la mobilitat de la persona (dins i fora de casa), com la realització de tasques de tipus domèstic, o de la cura personal.

Quadre 3: Tipus de discapacitats de la EDDES 99

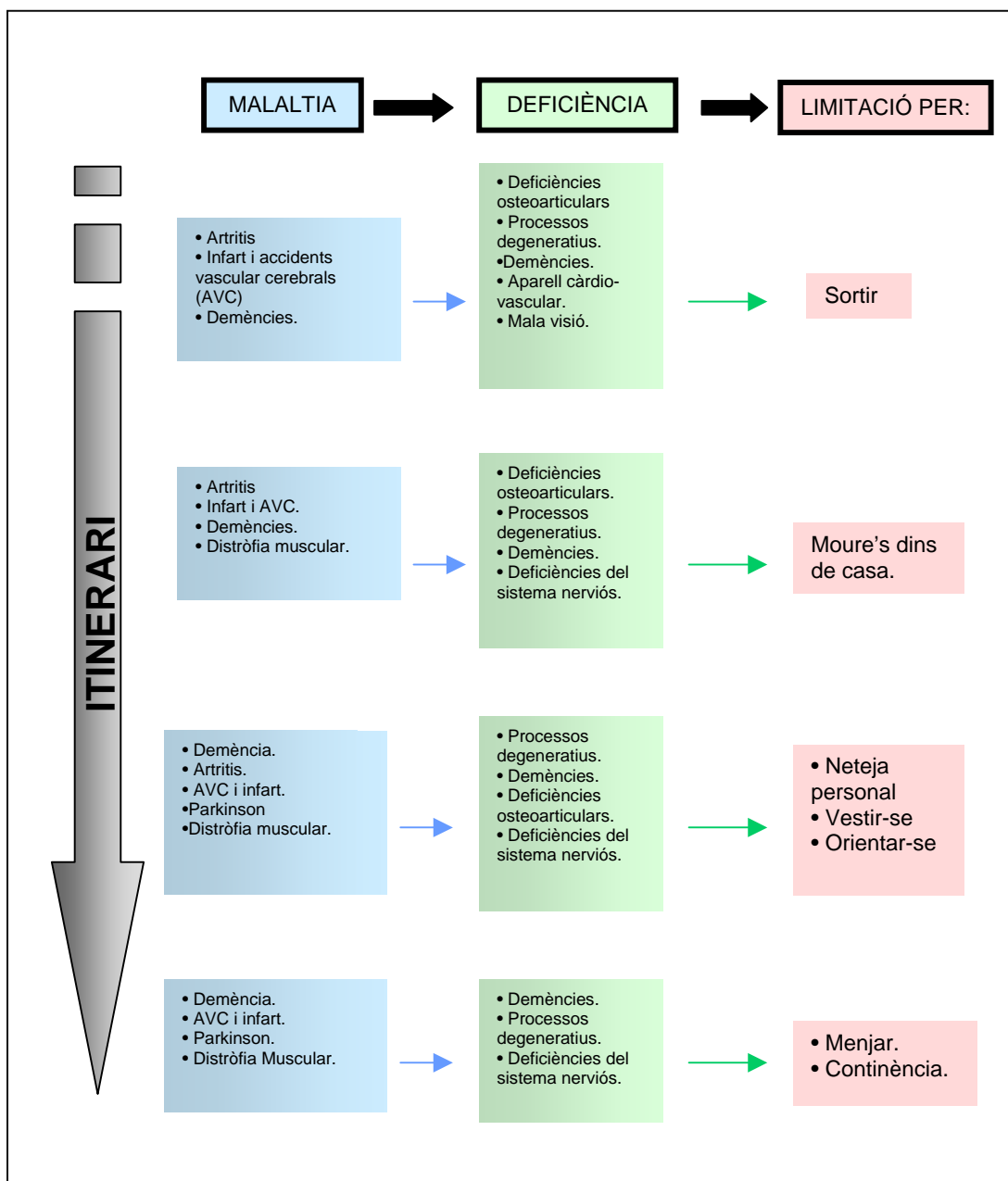
TIPUS DE DISCAPACITATS
Veure
Escoltar
Comunicar-se
Aprendre, aplicar coneixements i desenvolupar tasques.
Desplaçar-se.
Utilitzar braços i mans.
Desplaçar-se fora de casa.
Tenir cura d'un mateix.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de Alustiza i Pérez, (2005)

Pel que fa al procés d'entrada en discapacitat de les persones grans, és de tipus progressiu –entre les persones joves és més corrent a partir d'un procés més sobtat– i el seu origen es situa principalment en les deficiències osteoarticulares. La trajectòria més habitual en direcció a la discapacitat s'origina en una malaltia que dona lloc a un seguit de deficiències que, al seu torn,

causen una limitació en l'activitat i/o restricció en la participació. L'itinerari que descriu l'"Informe 2004. Las personas mayores en España" (IMSERSO, 2005) és força il·lustratiu. S'inicia a la maduresa i a mida que s'avança en l'edat es van modificant l'ordre d'importància de les malalties que inicien el procés, així com les limitacions –cada vegada més importants– que comporten les diferents deficiències. La trajectòria més habitual és la que es mostra en la figura 3.

Figura 3 : Itinerari cap a la dependència



Font: Adaptada d' IMSERSO, 2005: 807

L'aspecte més significatiu d'aquest itinerari és que progressivament van guanyant posicions les demències, al mateix temps que es va incrementant – també amb l'edat– la major dependència per a activitats primordials com són les que tenen per objectiu satisfer les necessitats bàsiques de la persona.

Amb tot, sigui el tipus de dependència que sigui, no podem dir que una persona es troba en una situació de dependència degut a l'edat que té. Els processos que fan que la persona gran necessiti de les atencions d'altres estan lligats o bé a una malaltia o bé a un accident que ha generat una deficiència que, al seu torn, pot fer que la persona pateixi una limitació en l'activitat i/o una restricció en la participació. Aquests dos últims aspectes condicionats, també, per factors ambientals i/o personals.

2.3 Anàlisi de les deficiències que contribueixen a la dependència

Partint de la premissa que la situació de dependència és una de les característiques principals i definitòries de les persones a qui fa referència aquest estudi, analitzaré la situació de dependència:

- Partint de l'anàlisi de les deficiències que contribueixen a desenvolupar els processos de discapacitat més freqüents entre les persones grans.
- Posant atenció a aquelles deficiències i discapacitats que puguin tenir una relació més directa amb el desenvolupament de programes d'activitat física.

La selecció de deficiències que faré seguint aquests dos criteris anteriors, l'ordenaré segons l'esquema que proposa l'OMS mitjançant la CIF (OMS, 2001).

Tal com apuntava més amunt, les deficiències sensorials i les osteoarticulars són les més corrents i les que generen situacions de dependència amb més

freqüència. Les demències, els processos degeneratius i les deficiències del sistema nerviós també formen part de la cascada de la dependència. És per aquesta raó que descriuré les característiques generals d'aquestes deficiències, amb l'objectiu d'emmarcar el perfil de les persones participants en el programa d'activitat física dirigit a les persones grans en situació de dependència. Els aspectes seleccionats són els del quadre número 4.

Quadre 4: Deficiències seleccionades per a aquest estudi.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Deficiències sensorials: <ul style="list-style-type: none"> o De la visió o De l'audició - Deficiències neuromusculoesquelètiques i relacionades amb el moviment: <ul style="list-style-type: none"> o De la mobilitat i l'estabilitat de les articulacions i els ossos o De la força, el to i la resistència musculars o Altres components del moviment - Deficiències mentals: <ul style="list-style-type: none"> o Globals <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'orientació ▪ La demència o Específiques <ul style="list-style-type: none"> ▪ De l'atenció ▪ De la memòria ▪ Cognitives superiors ▪ Del llenguatge ▪ De l'encadenament de moviments complexos ▪ De les experiències del jo, de la imatge corporal i del temps - Deficiències del sistema cardío-vascular - Deficiències del sistema respiratori |
|---|

Elaboració pròpia.

2.3.1 Les deficiències sensorials

La correcta recepció de cadascun dels estímuls de l'entorn és imprescindible per poder-s'hi desenvolupar i respondre-hi adequadament. Les deficiències sensorials –sobretot en la vista i l'oïda– són corrents entre les persones grans i són responsables de les limitacions en les activitats que requereixen de la interacció amb l'entorn, els altres o els objectes.

2.3.1.1 La visió

Segons dades de l'EDDES 99, més del 18% de les persones de 65 i més anys que pateixen discapacitats tenen deficiències visuals (Alustiza i Pérez, 2005). Això significa que hi ha un nombre important de persones grans en situació de dependència que pateixen limitacions i restriccions en la participació, degudes, segurament entre d'altres, a les seves deficiències en la visió.

Ja sigui pel procés d'envelliment normal, ja sigui a causa d'una malaltia, diversos canvis estructurals o processos patològics en l'òrgan de la visió, poden generar les següents conseqüències:

- Disminució de l'agudesia visual de manera que la visió no és tan precisa i la capacitat de discriminar detalls disminueix, amb la qual cosa la percepció dels objectes tendeix a ser més global i menys clara. Per aquesta raó és important treballar en espais ben enllumenats.
- Disminució de la capacitat de reacció de l'ull als estímuls lluminosos. Els reflexos, canvis d'il·luminació sobtats, solen ésser molestos per a aquestes persones.
- Els canvis en el cristal·lí fan que també disminueixi la capacitat per a enfocar distàncies curtes i distingir els colors (les persones grans solen distingir millor els colors calents –vermells, taronges, grocs– que els freds –blaus, verds–). La creació d'un entorn de treball amb colors contrastats (per exemple en la utilització i la manipulació d'objectes propis de la sessió d'activitat física) i dimensions adequades, serà fonamental per minimitzar el grau de dependència de la persona.
- Disminució del camp visual de manera que l'angle de visió sense moure el cap es redueix. És per això que hi ha dificultats per percebre els estímuls que provenen dels extrems d'aquest camp de visió, per exemple, veure una persona que s'apropa pel costat o haver de manipular (agafar o deixar) un objecte que està situat en un lateral.
- Processos patològics com les cataractes, la degeneració macular o el glaucoma també són força corrents entre les persones grans. Tenen

conseqüències importants ja que poden afectar de manera considerable la visió (disminució de l'agudesesa visual, del camp de visió i/o ceguesa).

Patir deficiències en la visió pot tenir conseqüències importants en el desenvolupament de la persona, perquè genera inseguretat i aïllament. Una mala visió pot propiciar caigudes, contusions i interferències amb la comunicació i amb la interacció social, sobretot si van associades a deficiències de l'audició. “Els senyals visuals poden representar el 50% dels elements que necessiten els vells amb problemes d'audició per comprendre el discurs” (Vega i Bueno, 1996: 118).

Aquestes característiques relacionades amb les deficiències visuals que poden patir les persones grans que participin en el programa d'activitat física, condicionaran tant la intervenció de la persona que dirigeixi la sessió, com les respostes i l'acceptació dels propis participants. Tenir-les en compte i fer una intervenció que estigui d'acord amb les particularitats de cadascú contribuirà a la coherència i a l'adequació del programa.

2.3.1.2 L'audició

Segons dades de l'EDDES 99, més del 17% de les persones de 65 i més anys que pateixen discapacitats, són degudes a deficiències de l'oïda (Alustiza i Pérez, 2005). El deteriorament de l'audició és progressiu amb l'edat i afecta de manera especialment important les relacions i l'adaptació a l'entorn perquè gran part de la informació que ens arriba de l'ambient és de caràcter sonor, sobretot en el nostre entorn cultural. Aquesta pèrdua progressiva de l'audició lligada a l'edat s'anomena presbiacúcia. Les principals característiques de les alteracions auditives durant la vellesa són les següents:

- Dificultat per percebre sons de freqüències altes, sons aguts. Tenint en compte que una tercera part dels sons del discurs són de freqüència alta (Vega i Bueno, B. 1996) és comprensible que algunes vegades les

persones que pateixen presbiacúsia no ens entenguin, encara que ens escoltin. Cal tenir en compte que moltes vegades aquestes persones també pateixen una hipersensibilitat als sons (algiacúsia) que fa que els resultin molestos els crits. És per aquesta raó que és millor parlar clar, amb bona vocalització i de cara, que parlar cridant.

- Dificultat en la discriminació de sons, de manera que en un ambient sonor no resulta fàcil distingir entre diferents sons que s'emeten al mateix temps. És per aquesta raó que la “contaminació” sonora és un inconvenient per a la correcta comprensió dels missatges que dona la persona que condueix la sessió d'activitat física. Un clar exemple de contaminació sonora seria el fet de donar una consigna al grup al mateix temps que sona una música o que dues persones del grup parlin baixet.
- Disminució de la capacitat de percepció dels tons més baixos a totes les freqüències.
- L'aparició d'un brunzit continuat a l'oïda que és molest.

Està clar que patir una deficiència en l'audició és una situació que dificulta en gran mesura la comunicació amb els altres. La conversa, el parlar –i en conseqüència escoltar i ser escoltats– amb les persones que ens envolten constitueix una eina molt important per desenvolupar-nos en el dia a dia. És per això que afecta tant als aspectes socials –aïllament, disminució dels contactes– com als aspectes emocionals –inseguretat, desconfiança–, sense deixar de banda l'aspecte més “pràctic” i immediat de l'audició que és la comprensió del missatge, que sovint pot portar a confusions i situacions no desitjades, la resolució de les quals estarà en funció de cada circumstància i dels patrons d'afrontament de tots els que hi estiguin implicats.

En el desenvolupament de sessions d'activitat física en grups on hi hagin persones amb dèficits auditius importants serà fonamental mesurar i aplicar adequadament les consignes i les expressions verbals per tal de garantir que arriben a la persona i que són compreses. Per això també tindran un paper important la comunicació gestual i la proxèmia. Aquesta serà una condició

imprescindible a fi d'assegurar la integració –en contrapartida a l'aïllament– en el grup i en l'activitat.

Si a la deficiència auditiva hi afegim la visual, la comunicació es fa encara més difícil i les possibilitats d'una relació fluïda són menors. Davant la pèrdua d'un canal de comunicació, és possible buscar compensacions mitjançant els que queden –considerant també que les capacitats cognitives estan conservades–. Sense canal visual podem procurar arribar mitjançant l'auditiu i a la inversa, ajudant-nos amb el gest o amb el contacte corporal i, en definitiva, amb una actitud de predisposició i confiança en la comunicació i en la persona. Si la persona amb qui interactuem és sorda i cega ens resten pocs recursos per a una bona comunicació, només el del canal tàtil.

D'altra banda, també cal tenir en compte la incidència que tenen tant les deficiències del sistema vestibular de l'oïda interna, com del visual en l'equilibri. Ambdues generen dificultats per mantenir o recuperar l'equilibri (estàtic i dinàmic), de manera que el risc de caiguda és elevat.

Les deficiències sensorials esdevindran molt importants a l'hora de desenvolupar el programa VAFiD per tractar-se d'una proposta que es realitza en grup i en què la comunicació i la relació entre les persones hi juguen un paper molt important.

2.3.2 Les deficiències neuro-músculo-esquelètiques i relacionades amb el moviment

Per a aquest estudi, aquest grup de deficiències ens interessa especialment. Tractant-se d'una intervenció en què el treball corporal és l'eina principal, és clar que qualsevol alteració en el funcionament de totes aquelles estructures i funcions relacionades amb el moviment, ha de ser contemplada per tal de preveure i conèixer les possibilitats i limitacions de la persona que les pateix. Les característiques que es desprenguin de la situació particular de cada persona influiran en tots els aspectes relacionats amb el desenvolupament del

programa d'activitat física (continguts, estratègies, activitats, ...). D'altra banda, és el tipus de deficiència més important pel nombre de persones grans a qui afecta. Segons les últimes dades presentades per l'IMSERSO, *"la meitat de les persones grans declara problemes osteomusculars que, a més, són els principals causants del major nombre de discapacitats"* (IMSERSO, 2005: 100).

Seguint la classificació (CIF) que fa l'OMS, dins d'aquest apartat hi consideraré les funcions:

- Dels ossos i de les articulacions: mobilitat i estabilitat
- Les musculars: força, to i resistència
- Relacionades amb el moviment:
 - Actitud postural i equilibri
 - Coordinació de moviments
 - Moviments involuntaris
 - La marxa

2.3.2.1 Ossos i articulacions

Les deficiències en ossos i articulacions constitueixen el segon grup en importància entre les deficiències que pateixen les persones grans. Segons les dades extretes de l'EDDES 99 (Alustiza i Pérez, 2005), de totes les deficiències, les de tipus osteoarticular les pateixen el 28,5% de les persones de 65 i més anys. I també són un tipus de deficiència que augmenta clarament a mida que s'avança en edat; més del 61% són persones grans (65 i més anys).

En el procés d'envelliment hi ha dos processos que tenen molt a veure amb les deficiències d'aquesta estructura d'ossos i articulacions que és l'esquelet:

- La disminució i la major fragilitat de la massa òssia
- El desgast de les articulacions

La major fragilitat dels ossos fa que el risc de fractura sigui força elevat, essent els ossos que suporten més pes (fèmur, maluc i vèrtebres) o els més sensibles a contusions per accidents o caigudes (canell i costelles), els que més sovint es fracturen les persones grans.

Les articulacions, que són les encarregades d'unir els ossos entre ells per tal de facilitar-ne el moviment, tendeixen a experimentar un desgast del cartílag que recobreix les superfícies articulars de manera que el fregament entre elles pot produir dolor i una limitació de moviment. Les propietats lubricants del líquid sinovial que hi ha dins la càpsula articular disminueixen i també és habitual la formació de fixacions òssies i calcificacions a la zona de l'articulació. Les malalties relacionades amb el sistema osteoarticular més corrents durant la maduresa i la vellesa i que contribueixen a la situació de dependència són l'osteoporosi, l'artrosi i l'artritis, així com d'altres problemes de la columna vertebral (ciàtica, hèrnia discal, aixafaments vertebrals...). Les conseqüències d'aquestes situacions es poden resumir com segueix:

- Disminució de la mobilitat articular, bé sigui per dolor, bé per una limitació mecànica o bé per deficiències musculars, comportant compressió i rigidesa articulars. Aquests aspectes són importants i cal tenir-los en compte en el programa d'activitat física, tant en els aspectes de continguts a desenvolupar en el programa –perquè mantenir la mobilitat de les articulacions facilita la participació de la persona en les seves activitats de la vida diària– com en els metodològics –evitant proposar moviments bruscos i compressius, així com manipulacions també brusques–.
- Tendència a la immobilitat o al desús de les articulacions. En aquest sentit el programa d'activitat física pot fer una bona aportació: la mobilització de les articulacions de manera periòdica, constant i intencionada per tal de contrarestar aquesta tendència.
- Fragilitat òssia amb un major risc de fractures. Aquest fet pot tenir conseqüències molt importants per a la persona que, per exemple, ha sofert una caiguda i s'ha fracturat un os. La situació sol anar associada a intervencions quirúrgiques i períodes llargs d'hospitalització, a més de

comportar un procés lent en la consolidació de la fractura i la recuperació del nivell funcional previ a l'accident.

En general, les deficiències osteoarticulares de membres superiors comporten limitacions en les activitats domèstiques i en la manipulació d'objectes, mentre que les de membres inferiors poden limitar els desplaçaments i les activitats extradomiciliàries, i les de la columna vertebral ambdós tipus d'activitats. Tot això es tradueix en una clara tendència al sedentarisme, en una reducció important del camp d'acció de la persona, de les relacions socials, i de la independència per satisfer les pròpies necessitats.

2.3.2.2 Músculs

Les deficiències musculars i tendinoses estan en estreta relació amb les anteriors, ja que els músculs constitueixen la força que mou les palanques formades pels ossos i les articulacions. D'aquesta manera, si els músculs no tenen força ni elasticitat per fer moure els segments corporals, les articulacions i els ossos se'n ressenteixen i a la inversa. Els músculs també compleixen les funcions de mantenir el cos en una posició equilibrada i la de protecció mantenint o fent de coixí a parts més sensibles. És per això que podem relacionar les deficiències musculars amb aquestes tres funcions bàsiques: moure, equilibrar i protegir.

El procés d'envelliment a nivell muscular es caracteritza per un progressiu declivi del to, de la força i de la resistència musculars, que poden fer que els moviments de la persona siguin més lents, menys precisos, més inestables i amb menys capacitat de ser mantinguts durant un període llarg de temps (fatiga). En una situació causada per un accident o per una malaltia, aquestes característiques poden ser agreujades fins al punt que la persona tingui molt limitades les seves possibilitats de fer diverses activitats:

- Una alteració (hipertonia, hipotonia o espasticitat muscular) en el to muscular –el que mantenen els músculs quan estan en repòs– pot

comportar dificultats tant en el manteniment d'una postura estable i equilibrada en la posició de drets o asseguts, com una excessiva rigidesa que dificulti el moviment natural i harmònic dels segments corporals així com la seva correcta alineació.

- La pèrdua de força i d'elasticitat muscular, sigui localitzada en una zona concreta del cos o bé generalitzada, dificulta la realització de moviments més precisos com agafar, deixar, empènyer, estirar, prémer o més globals com caminar.
- De la mateixa manera, la fatiga muscular repercuteix en el manteniment d'aquests moviments durant un període de temps (el que cal per poder realitzar una activitat) més o menys llarg, essent necessari que la persona hagi de fer pauses.

Les deficiències en els ossos, les articulacions i els músculs es relacionen les unes amb les altres. Per posar un exemple: una persona té dolor en mobilitzar una espatlla, això fa que la mogui menys, que els músculs que la mobilitzen perdin força i que l'articulació perdi mobilitat i, com el peix que es mossega la cua, hi haurà un progressiu deteriorament de tot l'engrenatge osteoarticular i muscular que limitarà, en primer lloc, la funcionalitat de l'espatlla i, en segon lloc i més significativament, les possibilitats de realitzar activitats i participar.

2.3.2.3 Altres components del moviment

Anant més enllà dels aspectes mecànics del moviment, ens trobem amb què, a banda de les funcions que exerceixen les estructures corporals que li fan de suport (ossos, articulacions i músculs), la producció, l'eficàcia i l'harmonia d'aquest moviment són més complexes i enriquides per factors com la *postura*, *l'equilibri* o *la coordinació*.

Amb el procés d'envelliment, arran d'una malaltia, d'un accident o d'un procés degeneratiu, les persones grans que pateixen deficiències en les funcions relacionades amb el moviment, com són el manteniment de la postura, l'equilibri, la coordinació o la marxa, responen a les següents característiques:

- Tendència a perdre l'alineació considerada normal dels diferents segments i blocs corporals (cap, tòrax, maluc i extremitats) de manera que la posició del centre de gravetat del cos es modifica. Això té tres repercussions importants: la primera és la disminució de la talla, la segona és la presència de dolors articulars i musculars, i la tercera, l'augment del risc de caigudes.
- Inestabilitat en la marxa i/o patrons de marxa que es caracteritzen per una tendència a fer passes curtes, lentes, amb una ampliació de la base de recolzament i major rigidesa en les articulacions del turmell, del genoll i del maluc. Si a questa tendència general s'hi associa un altre procés patològic (fractura, amputació, fixació articular, vertigen...) o deformació, es pot donar el cas de persones amb patrons de marxa irregulars, asimètrics o molt inestables. Per a la participació en programes d'activitat física, aquest és un dels aspectes més importants a tenir en compte, ja que cal buscar l'equilibri entre el benefici que pot comportar el fet de mantenir la capacitat de caminar i la seguretat de la persona, sense menystenir cap dels dos aspectes.
- La coordinació de moviments durant la vellesa també tendeix a ser més lenta i menys precisa. El sistema nerviós hi té una paper cabdal. Qualsevol dels moviments que realitzem en la vida diària requereix d'un procés de coordinació, tant si es tracta d'un moviment senzill i precís (obrir la mà, cordar un botó) com un de més complex i global (ballar); en ambdós casos uns músculs s'han de contraure, mentre els altres es relaxen. Ho han de fer, també, en el moment adequat i amb la mínima despesa d'energia necessària. De la manera com totes aquestes accions es coordinin en sortirà un moviment més o menys harmònic, més o menys precís.
- Es poden produir moviments involuntaris (tics, tremolors, moviments coreics...) que, segons la seva intensitat, poden dificultar des de les accions i les activitats més analítiques, fins a les més globals.

Totes aquestes deficiències cal relacionar-les també amb els processos neurològics implicats en el moviment. La velocitat de transmissió d'impulsos

nerviosos, les capacitats perceptives i processadores de la informació provinent de músculs i articulacions, faran que la persona gran pugui prendre consciència del seu propi cos, i presenti una resposta a l'estímul més lenta o més ràpida. Cal tenir en compte que, excepte en processos degeneratius molt avançats o en lesions del tot irreversibles, tant la velocitat de resposta a l'estímul com la percepció i el control del propi cos poden millorar amb la pràctica i l'entrenament.

En el conjunt de deficiències neuro-músculo-esquelètiques i relacionades amb el moviment, cal destacar de forma especial l'alta incidència de caigudes i els seus efectes, que en general hi ha entre les persones grans. Segons un estudi fet sobre 448 persones grans de Mataró que viuen a la comunitat, en el període d'un any el 32,1% van caure com a mínim una vegada, i de totes les caigudes, (203) el 21,7% van necessitar atencions mèdiques. (Salvà, Bolíbar, Pera i Arias, 2004).

A banda del tema de les caigudes –que és un aspecte concret però molt important per les seves conseqüències– i des d'una perspectiva més global, aquest tipus de deficiències afectaran principalment:

- Al camp d'acció de la persona, perquè limiten les seves possibilitats de desplaçar-se i moure's.
- Al desenvolupament de tasques d'autocura.
- I a les que requereixen manipulació d'objectes.

És del tot comprensible que aquest gran grup de deficiències siguin les responsables de la majoria de les situacions de dependència que pateixen algunes persones grans. Tot això, considerant que el grau de dependència no només depèn dels factors explicats en aquest punt, sinó que els aspectes ambientals i personals també hi juguen un paper molt important. El nivell de dependència per moure's a dins de casa o per accedir a serveis que pot suposar una alteració de la marxa, són ben diferents per a una persona que viu en una casa de pagès (amb terres irregulars i escales) o per a una altra que viu en una casa de planta baixa, moderna i situada al bell mig del poble.

2.3.3 Deficiències relacionades amb les funcions mentals

Les funcions mentals regeixen la nostra forma d'actuar, la nostra capacitat per intervenir, ésser inclosos i adaptar-nos a l'entorn. Gràcies a elles podem parlar, pensar, moure'ns, estimar, estar alerta, escriure, tenir cura de nosaltres mateixos, recordar, aprendre, fer judicis, decidir, orientar-nos... La disminució o l'alteració de capacitats com aquestes implica, també, un camí cap a un procés de dependència. Seguint amb les dades de l'EDDES 99 (Alustiza i Pérez, 2005), de totes les persones que pateixen deficiències mentals, el 25'8% són persones de 65 anys i més, i és en aquest percentatge on destaquen especialment les demències que són pràcticament exclusives d'aquest grup d'edat.

Aquest grup de deficiències també té interès pel que fa a aquest estudi perquè entre les persones "receptores" i participants en el programa VAFiD que proposarem en el següent capítol, és freqüent que n'hi hagi amb dèficits més o menys importants en aquest terreny, i sobretot amb demència. És per això que caldrà preveure i tenir en compte formes de comunicació, respostes, estratègies i propostes adequades per poder treballar amb elles.

Seguint l'esquema que proposa l'OMS mitjançant la CIF, en les funcions mentals podem distingir entre les globals (la consciència, l'energia i el impuls) i les específiques (la memòria, el llenguatge i el càlcul) (OMS, 2001).

2.3.3.1 Funcions mentals globals

Dintre d'aquest bloc s'inclouen, entre d'altres, les funcions d'orientació, intel·lectuals, les psicosocials, del temperament i la personalitat, i de l'energia i l'impuls.

Les deficiències que afecten les funcions relacionades amb els aspectes psicosocials estarien relacionades amb la capacitat i l'habilitat de la persona per establir interacció social. Les del temperament i la personalitat, amb les

formes de comportament i resposta a les situacions que presenta la vida, i les de l'energia i l'impuls es refereixen als mecanismes que empenyen la persona a vetllar pels seus interessos i necessitats (motivació, vigor, energia). La dificultat per establir relacions socials, trastorns de personalitat que no permeten comportaments (desconfiança, inhibició, preocupació, inseguretat, curiositat...) competents per a la resposta a diferents situacions, o per mantenir una actitud de "lluita" per aconseguir allò que hom vol, impliquen una manera determinada de respondre a propostes com la que proposem en aquest estudi. És força habitual que les persones grans institucionalitzades i amb dependència per a diverses activitats, es mostrin apàtiques i sense interès per aquelles coses que els envolten, de manera que serà necessari utilitzar estratègies (aspecte metodològic) que ens permetin apropar-nos a la persona – sempre amb respecte i preservant la seva dignitat– i veure si és possible despertar el seu interès o col·laboració.

L'orientació

Les deficiències relacionades amb la capacitat d'orientació, que permeten situar-nos en relació a un temps, un espai i a la persona (un mateix i als altres), poden comportar limitacions importants per a la realització de les activitats que ens són habituals. Saber si som al matí o a la tarda ens és fonamental per a realitzar les activitats pròpies d'aquestes hores; conèixer i reconèixer els carrers del nostre poble ens és fonamental per poder gaudir dels serveis que ens ofereix (anar a comprar, visitar una amista) i conèixer la nostra identitat i la de les persones que ens envolten ens és imprescindible per al creixement i el desenvolupament personal. És per això que les persones que pateixen desorientació es poden sentir desconcertades, angoixades o intranquil·les i la nostra intervenció ha d'estar en la línia de reorientar (informar del lloc on es troba, de l'hora que és, de què fem, qui som, ...) i tranquil·litzar per donar seguretat a la persona. Aquest tipus de deficiències formen part dels trastorns que apareixen en la demència.

La demència

De les deficiències de tipus intel·lectual que proposa la CIF i que inclouen totes les funcions cognitives, escullo la demència perquè és una síndrome que afecta una gran part del tipus de persones a qui fa referència d'aquest estudi.

Les causes (l'etiologia) de la demència poden ser molt diverses i tenir el seu origen en diferents tipus de malalties (la més freqüent és la malaltia d'Alzheimer) i les persones que les pateixen poden presentar símptomes molt diversos. En qualsevol cas, una persona amb demència experimenta un seguit de canvis que es caracteritzen per:

un empobriment generalment progressiu de les capacitats mentals, que va afectant de manera gradual la memòria, el llenguatge, i la capacitat de reconèixer i actuar, i que arriba fins i tot a alterar les capacitats més bàsiques de l'individu, com ara vestir-se, controlar les deposicions o caminar. El pacient va perdent la independència, no pot desenvolupar una vida autònoma i finalment requereix ajuda constant i supervisió d'altres persones. (Peña-Casanova, 1999a: 9)

Una altra de les característiques de la demència és que, en la majoria dels casos, és d'instauració progressiva i segueix un procés evolutiu en què cada vegada hi ha més deficiències i, per tant, menys capacitats i més dependència per desenvolupar-se. Un dels aspectes més importants a tenir en compte a l'hora de plantejar una intervenció adreçada a aquest tipus de persones, és el fet de fer propostes que siguin adequades a l'estadi evolutiu de la malaltia, procurant no demanar més –ni menys– del què la persona és capaç de fer.

En un procés de demència hi ha alteracions de tipus:

- Cognitiu: memòria, orientació, llenguatge, capacitat de planificació, gestualitat...
- Funcional: activitats bàsiques de la vida diària (AVD) i activitats instrumentals de la vida diària (AIVD).
- Psicològic i afectiu: depressió, labilitat emocional, eufòria...

- Del comportament: canvis d'humor, apatia, alteracions en el son, deambulació erràtica, conductes inapropiades...

Aquests àmbits no es deterioren necessàriament al mateix temps ni es manifesten de la mateixa manera en totes les persones. Això vol dir que per a les intervencions sobre aquest grup de persones caldrà:

- Personalitzar.
- Ajustar les expectatives a les característiques i a la situació de la persona. Sabent que “els problemes de comportament són una expressió directa del procés degeneratiu”. (Teri, Montorio i Izal, 2000:187).
- Promoure la rutina.
- No demanar ni més ni menys del què pot fer, segons les possibilitats de la persona.
- Evitar situacions que puguin causar frustració, enuig o posar en evidència davant d'altres persones.
- Oferir un tracte apropiat a l'edat.

2.3.3.2 Funcions mentals específiques

En aquest bloc s'inclouen, entre d'altres, aspectes com l'atenció, la memòria, el pensament, funcions cognitives superiors –també anomenades funcions executives–, llenguatge, càlcul, emocions, moviments complexos, imatge corporal, funcions del temps.

Igual que en el punt anterior, em centraré en aquelles funcions que considero més significatives tant pel tipus de proposta que faig en aquest estudi, com per la revisió bibliogràfica que he fet sobre el tema. Tot això en el benentès que totes les funcions mentals s'inclouen en una unitat que és la persona i essent totes elles necessàries i importants per al desenvolupament personal.

L'atenció

L'atenció ens fa de suport i permet el processament de la informació que ens arriba per després elaborar-la. Segons Vega i Bueno, (1996) podem considerar quatre tipus d'atenció:

- Sostinguda: que ens permet mantenir l'atenció en una tasca o en una situació. Està relacionada amb la vigilància.
- Selectiva: que ens permet seleccionar els aspectes importants de tot un conjunt.
- Canvi d'atenció (o alternant): que ens permet canviar el focus d'atenció alternativament entre diverses fonts d'informació.
- Dividida: que ens permet fer més d'una cosa alhora.

Amb el procés d'envelliment normal, sembla que només hi ha modificacions importants en alguns aspectes parcials dels diferents tipus d'atenció. Tal com diuen els mateixos autors, es pot considerar que, en general, les persones grans només necessiten la preparació adequada per poder resoldre satisfactòriament les tasques d'atenció. Ara bé, si hi ha deficiències en l'atenció –com és el cas de les persones amb demència– per a la intervenció serà important:

- Reduir la durada de la tasca proposada.
- Proposar una sola tasca o, si n'hi ha més d'una, que sigui molt senzilla i coneguda per la persona.
- Simplificar i abreujar les tasques, les propostes o les consignes conservant només les coses més importants.
- Evitar la presència d'estímul que puguin fer canviar el focus d'atenció de manera innecessària.

La memòria

La memòria ens permet recollir i identificar les nostres experiències per poder-les utilitzar en totes les situacions de la nostra vida. És un procés cognitiu complex en què intervenen diferents components i diferents àrees del cervell –òrgan que acull aquesta capacitat–. El procés de la memòria consta de tres

fases: 1) la recepció i el registre de la informació, 2) l'emmagatzematge d'aquesta informació que requereix ser codificada i consolidada i 3) la seva recuperació per tal de ser utilitzada. En funció de factors com què, quan, com o bé on es produeixen les diferents fases de la memòria, se'n distingeixen diferents tipus:

- Memòria sensorial: que estaria en la primera fase del procés. És el punt d'entrada –per la porta dels sentits– de la informació. És un tipus de memòria de molt curta durada, que està molt lligada a l'atenció i és fàcil d'oblidar. (Moreno i Tarradellas, 2004).
- Memòria a curt termini: emmagatzema la informació per un període molt curt de temps (entre 15 i 30 segons). Per exemple el temps de retenir un número de telèfon i marcar-lo.
 - La memòria de treball (o operativa, o working memory) està inclosa en la memòria a curt termini i fa referència a “*la capacitat de mantenir temporalment la informació en la ment i manipular-la mentre es duen a terme tasques mentals*” (Peña-Casanova, 1999 a: 33) de manera que està més relacionada amb el processament que amb l'emmagatzematge.
- Memòria a llarg termini (o permanent): que s'encarrega de guardar informació durant llargs períodes de temps per ser recuperada més endavant. És la que acull els nostres records, el coneixement del món o els aprenentatges. Es subdivideix en memòria episòdica, semàntica i procedimental. Les dues primeres són de memòria explícita –basada en el record conscient i intencionat d'experiències prèvies– i l'última, una forma de memòria implícita, inconscient o no intencionada (Kolb, 2006).
 - Memòria episòdica: acull els records d'esdeveniments relacionats amb un context espai-temporal (l'aniversari d'un conegut, la participació en una festa...).
 - Memòria semàntica: acull els coneixements que hem adquirit al llarg de la vida i està molt relacionada amb el llenguatge (com utilitzar una cullera, conèixer les paraules, saber que el gos és un animal...).

- Memòria procedimental: responsable d'aquells aprenentatges que s'adquireixen de manera no conscient, de les habilitats apreses, com per exemple, anar en bicicleta, tocar un instrument musical o conduir. (Peña-Casanova, 1999 a)

Tal com es pot deduir d'aquesta exposició, les deficiències relacionades amb la memòria poden arribar a afectar de manera considerable el nivell de independència de la persona. En general, i en el procés d'envelliment normal, el tipus de memòria que està més preservada és la de llarg termini. En les demències pot estar afectat qualsevol dels diferents tipus, en funció de les zones cerebrals més lesionades i de l'estadi evolutiu de la malaltia.

A banda dels aspectes que ja he esmentat en els punts anteriors, per a la intervenció i la planificació d'activitats per a grups de persones amb dèficits de memòria, caldrà tenir en compte la importància d'una vivència positiva, agradable i gratificant del present. Quan no és possible accedir a la informació que ha arribat fa uns minuts, dies, mesos o anys, només queda el present per sentir-se viu i competent.

Les funcions cognitives superiors o executives

Aquestes funcions són les que ens permeten fer conductes complexes encaminades a una finalitat, com per exemple prendre decisions, planificar, organitzar, conèixer-nos a nosaltres mateixos, resoldre problemes, abstreure, canviar estratègies o fer judicis. De fet són les que diferencien els humans de la resta dels éssers vius.

“Els lòbuls frontals realitzen les funcions més avançades i complexes del cervell, les anomenades funcions executives. Estan lligades a la intencionalitat, al propòsit i a la presa de decisions complexes. Només en els humans assoleixen un desenvolupament significatiu; presumiblement, són les que ens fan humans”. (Goldberg, 2002: 20)

“(…) el còrtex prefrontal representa en els éssers humans aproximadament el 30% de l'escorça cerebral, essent la regió cerebral amb un desenvolupament filogenètic i ontogenètic més recent (...) i l'estructura que

millor revela la nostra especificitat enfront d'altres éssers vius. Des d'un punt de vista funcional es pot afirmar que en aquesta regió cerebral hi ha les funcions cognitives més complexes, per la qual cosa se li adjudica un paper essencial en activitats tan importants com la creativitat, l'execució d'activitats complexes, el desenvolupament de les operacions formals del pensament, la conducta social, la presa de decisions i el judici ètic i moral. Els tipus d'alteracions que tant en la clínica com en la investigació s'atribueixen a lesions del lòbul frontal inclouen una interacció d'alteracions emocionals i de la conducta (apatia, desinhibició, resposta afectiva, indiferència, etc.) i problemes cognitius, entre els que destaquen els anomenats "dèficits executius". (Muñoz i Tirapu, 2001: 133)

La deficiència en aquestes funcions afecta de manera considerable l'autonomia¹¹ de la persona i és la raó per la qual es troba en una situació de dependència per a adoptar decisions que afecten a la seva pròpia vida. És també el cas de persones amb demència en estadis moderats i avançats.

Per a la intervenció adreçada a persones que es trobin en aquesta situació serà necessari acompanyar –i potser conduir– de manera molt directa les seves decisions, activitats o accions utilitzant mètodes que tendeixin a la directivitat però, això sí, i en la mesura del que sigui possible, preservant i reforçant sempre el punt d'autonomia que encara conservi.

El llenguatge

Les funcions mentals relacionades amb el llenguatge ens permeten rebre, reconèixer i utilitzar els signes i els símbols que tenen un significat i que utilitzem per a la comunicació (orals, escrits o gestuals). Les deficiències en aquest aspecte poden afectar tant a la recepció del missatge, com a la producció significativa o a la capacitat d'establir interaccions mitjançant el llenguatge. Això es tradueix en una dificultat de la persona per entendre els missatges que li arriben i/o expressar-se (explicar, demanar, mostrar...). Aquest tipus de deficiències es pot donar en la demència o en altres malalties amb lesions cerebrals.

¹¹ Entenc aquesta paraula, tal com explica molt bé Querejeta (2004), no com a antònima de dependència, sinó com la facultat de governar-se a si mateix, d'autodeterminació de la pròpia vida.

En la intervenció amb persones amb deficiències en el llenguatge haurem de vetllar especialment:

- Per a l'emissió dels missatges (orals, escrits o gestuals) en la forma o formes més adequades a cada situació.
- Per a la correcta interpretació de missatges que puguin ser incomplets, erronis o desestructurats.

Les emocions

El funcionament de la ment inclou, també, la regulació de les emocions i la seva expressió d'acord amb les situacions i el propi sentiment o afecte. La deficiència en aquest àmbit pot comportar l'expressió inadequada a la situació (plor, riure...) o la "no expressió" de sentiments com la por, l'odi, l'amor, la joia, la pena...

Així doncs, per a la intervenció i en aquestes circumstàncies, també caldrà fer una tasca d'interpretació, de contenció, d'ajuda o d'estimulació –segons les necessitats de la persona i la seva situació–. En aquest sentit, vull remarcar de manera especial que en el treball en grup, aquestes són deficiències –no les úniques– que poden generar situacions conflictives, impactants o indignes tant per a la persona que les pateix, com per a la resta del grup. Això vol dir que és important saber conduir la situació de manera adequada per al grup i per a totes les persones que el constitueixen.

Els moviments complexos

La funció mental que ens permet realitzar moviments complexos i voluntaris que requereixen l'encadenament de diferents accions ens és útil per fer la majoria dels moviments que tenen una intenció. És el cas de les accions necessàries per vestir-nos, per retallar, per llençar o rebre...

Aquesta deficiència pot fer que la persona que participa en el programa d'activitat física manifesti dificultats per manipular objectes, realitzar seqüències de moviments o que faci moviments mal dirigits o descoordinats. És per això

que caldrà tendir a simplificar i/o acompanyar aquells moviments que representin una dificultat massa gran.

Imatge corporal

Les funcions mentals que ens permeten tenir una representació i consciència del nostre propi cos, ens són fonamentals per poder-lo moure i utilitzar-lo en la direcció, forma i circumstàncies adequades. Gràcies a aquestes funcions podem saber on i com tenim situades les diferents parts del cos. Patir deficiències en aquesta funció pot fer que els moviments esdevinguin imprecisos, que la persona no sigui prou conscient de la seva actitud postural o que es faci una representació del propi cos desajustada a la realitat.

Funcions del temps

En aquest apartat s'inclouen aquelles deficiències relatives a la percepció de la longitud i el pas del temps. És per això que aquestes funcions estan relacionades amb la percepció dels ritmes i la integració de conceptes com lent/ràpid, curt/llarg, simultaneïtat/successió. La deficiència en aquest aspecte comporta una dificultat en el desenvolupament d'accions relacionades amb aquests conceptes.

Per al desenvolupament del programa VAFiD que exposaré en el proper capítol, aquest és un aspecte important, perquè la utilització de música i elements rítmics és força habitual. I això respon a dos criteris:

- Plantejament teòric del programa sobre els aspectes a treballar durant el seu desenvolupament.
- Recurs estratègic. La música i els elements rítmics són una bona eina per a la dinamització, l'estimulació i la motivació.

En el conjunt de deficiències específiques relacionades amb les funcions mentals, hi ha diversos termes que fan referència a algunes de les alteracions adquirides per lesió cerebral que he descrit en aquest punt però que és difícil

situar en un punt concret de la classificació que he utilitzat com a referència. És per aquesta raó que els descriu a continuació –seguint les definicions que fa Peña-Casanova, 1999a– perquè parlen de deficiències que poden crear dependència i perquè també ens seran útils en les properes pàgines de l'estudi:

- Agnòsia: Alteració adquirida del reconeixement visual, auditiu o tàctil dels objectes. Això vol dir no ser capaç (tot i percebent l'estímul i estant familiaritzat amb l'objecte) d'extreure el significat de la percepció. Exemple: La persona és capaç de veure la cullera però no sap que és una cullera.
- Afàsia: Es una alteració del llenguatge i es caracteritza per trastorns de l'expressió i de la comprensió del llenguatge. Exemple: La persona té dificultat per trobar la paraula que necessita o es capaç d'escoltar una ordre però no la comprèn.
- Alèxia: Es l'alteració de la capacitat de llegir en una persona que anteriorment dominava bé la lectura.
- Agrafia: Es l'alteració de la capacitat d'escriure en una persona que anteriorment dominava bé l'escriptura.
- Apràxia: Es l'alteració de la capacitat d'executar gestos (actes motors amb intenció) com per exemple els de la comunicació (Exemple: saludar), de manipulació (Exemple: agafar, deixar), de tipus seqüencial (Exemple: dibuixar, menjar, vestir-se).

2.3.3.3 Nivells cognitius descrits per Claudia K. Allen

Arribats a aquest punt, abans de continuar amb altres deficiències i per concloure el tema de les relacionades amb les funcions mentals, és interessant tenir en compte el *marc de referència de la discapacitat cognitiva* elaborat per Claudia K. Allen, en l'àmbit de la teràpia ocupacional. Linda L. Levy (1998) explica que Allen, després de vint anys d'observació i d'investigacions, va establir aquest marc de referència per tal de facilitar la comprensió i l'elaboració de les estratègies d'intervenció dirigides a persones amb discapacitats cognitives. També explica que és un model que parteix d'un seguit d'idees

generals, d'entre les quals n'hi ha tres que, al meu entendre, són interessants per a aquest estudi:

- La cognició condiona tots els comportaments, això vol dir que sempre que les persones que participin en el programa VAFiD pateixin un deteriorament cognitiu –més o menys important– caldrà fer adaptacions i tenir en compte que, a vegades, la funcionalitat física i la cognitiva s'influeixen però no es corresponen.
- El processament de la informació inclou tres passos que són els que cal avaluar per saber si una persona pot desenvolupar una activitat. Aquests tres passos són:
 - Recepció dels senyals sensorials que poden venir de la part interna (propioceptiu) o externa (senyals tàctils, visuals...) de la persona, que són les que poden arribar a cridar-li l'atenció.
 - La interpretació dels senyals mitjançant associacions sensomotores, que donarà lloc a l'últim pas que és el de l'acció.
 - Les accions motores, producte dels dos passos anteriors i que es tradueixen en la realització de les activitats. Les accions motores poden ser espontànies i imitades. Aquest és l'aspecte que haurem de tenir més present per al VAFiD.
- En les malalties on es produeix un deteriorament progressiu i irreversible (per exemple les demències), la pèrdua de capacitats cognitives generalment segueix una seqüència previsible i inversa a l'evolució ontogenètica. Malgrat l'autora no ho expressa amb aquesta paraula, es correspondria al concepte de retrogènesi explicat per Vítor Da Fonseca (1987).

El model que proposa Allen descriu sis nivells cognitius amb les següents característiques (Levy, 1998) :

- Nivell cognitiu 1: **Reflex**. L'atenció es dirigeix a senyals interns i no respon a estímuls externs. Les accions motores pràcticament estan limitades als reflexos. Molt poques possibilitats d'intervenció.

- Nivell cognitiu 2: **Moviment**. L'atenció es dirigeix a senyals propioceptius provinents de moviments familiars i destinats a reduir dolor o incomoditat. És possible que la persona tingui capacitat per imitar accions motores de grans moviments corporals de manera aproximada i repetitiva. Moviments familiars i senzills.
- Nivell cognitiu 3: **Accions repetitives**. L'atenció es dirigeix a senyals tàctils i a objectes familiars. Les accions motores es basen en la relació entre l'acció d'un sol pas i els seus efectes. Normalment són accions repetitives.
- Nivell cognitiu 4: **Producte final**. L'atenció es dirigeix a senyals tàctils i visuals. Les accions motores poden ser de dos o tres passos, han de ser familiars i es pot establir una relació més directa causa-efecte entre un senyal i allò que la persona espera. Tasques que conduïxin a un producte final clar (Exemple: dansa). Això permet treballar i assolir objectius familiars mitjançant activitats senzilles, concretes i amb poques possibilitats d'error. És difícil que la persona sigui capaç de retenir ordres i indicacions fora del context, que pugui planificar en el futur o que transfereixi aprenentatges a d'altres situacions.
- Nivell cognitiu 5: **Variacions**. L'atenció es pot dirigir a dos o més objectes i, a nivell d'accions motores, la persona és capaç d'explorar, de resoldre problemes senzills, de buscar diferents respostes i seguir un procés de quatre o cinc passos.
- Nivell cognitiu 6: **Pensament abstracte**. En aquest nivell no hi ha discapacitat cognitiva. Criden l'atenció els senyals abstractes i simbòlics. La persona és capaç de planificar i elaborar respostes complexes. Els aprenentatges es poden transferir a d'altres situacions.

2.3.4 Deficiències del sistema cardío-vascular

Les deficiències relacionades amb les funcions dels sistema cardío-vascular constitueixen, també, una part important del conjunt de deficiències que afecten les persones grans. Segons les dades de l'EDDES 99 (Alustiza i Pérez, 2005) de totes les persones que pateixen deficiències cardío-vasculars, el 66,7 %

són persones de 65 anys i més. Això significa que es tracta d'un grup de deficiències amb una incidència important entre les persones grans.

Ja sigui per canvis produïts pel procés d'envelliment normal o pels efectes d'una malaltia, podem valorar la funció d'aquest sistema a dos nivells: el cor i els vasos sanguinis.

2.3.4.1 El cor

La seva funció consisteix en bombejar la sang en la quantitat i pressió necessàries per satisfer les necessitats del cos en les activitats que estigui realitzant en cada moment. El múscul cardíac és de contracció involuntària i amb les seves contraccions constants i rítmiques impulsa la sang oxigenada o arterial per les artèries cap als capil·lars –on es produeix el intercanvi de gasos, nutrients i altres productes de degradació del metabolisme– i rep la sang carbonada o venosa per enviar-la al circuit pulmonar, on hi ha un nou intercanvi de gasos per reiniciar de nou el cicle complet.

La quantitat de sang que sigui capaç d'impulsar el múscul cardíac (volum sistòlic) i la freqüència i el ritme amb què ho faci determinen la seva eficàcia. Amb el procés d'envelliment normal hi ha una tendència a la disminució de la massa muscular, a modificacions en el ritme cardíac i a una disminució de la quantitat de sang expulsada per minut (VMC).

D'altra banda, aquest múscul cardíac necessita del seu propi sistema d'irrigació sanguínia (vasos coronaris) per tal de poder realitzar la seva funció. És en aquest sistema on majoritàriament es manifesten les patologies del cor ¹² que són les responsables de la disminució de la seva eficàcia. Pot ser que aquests vasos coronaris tinguin un estrenyiment (isquèmia), una obstrucció parcial i temporal (angina de pit), o una obstrucció total i perllongada (infart de miocardi) que lesionen part del múscul cardíac. Aquestes lesions tradueixen en una

¹² La malaltia cardíaca coronària és la principal causa de mort i la més freqüent en un gran nombre de països de la Unió Europea. També té una clara relació amb l'edat avançada, on hi ha una major prevalença. (Cano, De Teresa i Hermenegildo, 2004).

disminució –més o menys important en funció de la gravetat de la lesió– de la capacitat de resistència a l'esforç i en un augment de la fatiga.

La participació de persones que pateixin aquestes patologies en programes d'activitat física està condicionada al consell mèdic i a les característiques del propi programa pel que fa a la intensitat de l'esforç físic que requereix.

2.3.4.2 Els vasos sanguinis

Les venes i les artèries són les encarregades de conduir la sang i tots els nutrients que transporta fins a tots els racons del cos. Les deficiències a aquest nivell són conseqüència del procés d'envelliment i, sobre tot de processos patològics.

Les artèries, que des del cor s'encarreguen d'irrigar tots els òrgans i sistemes, amb l'edat tendeixen a:

- Adherir, a la seva part interna, substàncies en forma de placa que dificulten el pas de la sang.
- Tornar-se més rígides, amb menys elasticitat degut a l'acumulació de calci.

L'agreujament i l'evolució d'ambdues característiques condueixen a l'aterosclerosi en el primer cas, i a l'arteriosclerosi en el segon. Juntament amb la tendència de les persones grans a tenir una major densitat sanguínia, aquestes característiques són les responsables de la hipertensió arterial i de malalties que tenen repercussions –i poden deixar seqüeles importants– sobre les capacitats de la persona. Les adherències (bé perquè es van acumulant en un punt concret o bé perquè es desprenen i circulen pel corrent sanguini) poden arribar a obstruir les artèries, arterioles o capil·lars, deixant sense irrigació els teixits corresponents. També poden ser el desencadenant d'una ruptura del conducte arterial produint una hemorràgia. Quan l'obstrucció o la lesió és a la cama, es parla d'embòlia; al pulmó, d'embòlia pulmonar, i al

cervell, d'accident vascular cerebral (AVC), que pot comportar hemiplegia i altres lesions neurològiques importants.

Referent a aquest aspecte, la majoria d'autors remarquen la importància de mantenir hàbits de vida saludables com la pràctica d'exercici físic, una dieta equilibrada i la reducció de l'estrès, com a eines preventives i de tractament (Cano, De Teresa i Hermenegildo, 2004).

Les venes, que s'encarreguen de conduir la sang de retorn cap al cor, amb l'envelliment també tendeixen a perdre part de les característiques que faciliten aquest retorn sanguini que ha de vèncer la força de la gravetat.

Un sistema de vàlvules internes de les venes que eviten que la sang torni enrere i el massatge que fan els músculs durant el moviment constitueixen els principals mecanismes que faciliten la circulació venosa. El sedentarisme, la incompetència de les vàlvules i l'obstrucció venosa en nivells importants condueixen a la insuficiència venosa –també influenciada per factors hormonals i ambientals– que es sol caracteritzar per la formació de varices, edemes i/o úlceres (Boné, 2004). La zona habitualment més afectada per aquestes deficiències són les extremitats inferiors, on hi pot haver dolor i/o sensació de pesadesa.

Participar en un programa d'activitat física és una bona manera de contrarestar aquesta situació, però durant el desenvolupament del programa serà important:

- Evitar els cops i les contusions.
- Tenir en compte que la deambulació pot ser pesada.

El conjunt de deficiències que afecten el sistema càrdio-vascular poden afectar principalment a la capacitat de resistència a l'esforç, aspecte que limita pràcticament totes les activitats que requereixen moviment i despesa energètica. Per tant, per a la posada en pràctica del programa d'activitat física, un dels aspectes més importants a considerar, planificar i controlar serà el nivell d'intensitat de les propostes concretes i del conjunt de la sessió.

2.3.5 Deficiències del sistema respiratori

Les deficiències del sistema respiratori també són força freqüents entre les persones grans. Segons les dades extretes de l'EDDES 99 (Alustiza i Pérez, 2005) el 67'1% de les persones que pateixen aquest tipus de deficiències, són persones de 65 anys i més.

La funció del sistema respiratori consisteix a facilitar l'adquisició d'oxigen de l'exterior i l'expulsió del diòxid de carboni generat en els processos metabòlics del cos, tot això mitjançant un ritme constant i alternatiu entre la inspiració i l'expiració. En aquest procés hi estan implicades les vies respiratòries, els pulmons i la caixa toràcica.

Pel que fa a les vies respiratòries, la característica més corrent entre les persones grans és la tendència al ressecament de les mucoses que les recobreixen, de manera que es perd capacitat per humidificar i escalfar l'aire que ve de l'exterior.

Els pulmons tendeixen a perdre elasticitat amb l'edat, cosa que disminueix l'eficàcia en la seva tasca d'intercanvi gasós. Però aquesta pèrdua d'elasticitat també està influenciada per la forma de la caixa toràcica i la força dels músculs respiratoris.

Aquest conjunt de factors contribueix a una disminució de la capacitat vital (màxima quantitat d'aire que pot ser espirada després d'una inspiració forçada), del volum de reserva inspiratòria (aire suplementari que penetrarà en una inspiració forçada després d'una de normal), del volum de reserva espiratori (aire que s'extreu en una espiració forçada després d'una de normal) i augmenta el volum residual (aire que queda als pulmons després d'una espiració màxima) (Fortuño, 2002). És per aquesta última raó que durant la realització d'exercici físic serà més important "practicar" i reforçar –en el cicle respiratori– l'expiració que la inspiració. Totes aquestes característiques es poden resumir en una conseqüència: disminució de la capacitat de

proporcionar oxigen a la sang i eliminar el diòxid de carboni o insuficiència respiratòria.

Si les deficiències en aquestes funcions són més importants a causa d'un procés patològic, com per exemple una infecció (bronquitis), una distensió i obstrucció alveolar (emfisema) o una acumulació excessiva de plasma als pulmons (edema pulmonar) –que és conseqüència d'una insuficiència cardíaca– es pot arribar a desaconsellar la participació de la persona gran en el programa d'activitat física, perquè sol comportar una dificultat respiratòria (dispnea) quan es fa alguna mena d'esforç.

Igual que en el cas de les deficiències càrdio-vasculars, l'aspecte més important a considerar en el desenvolupament de les sessions d'activitat física serà la intensitat de treball.

Quadre 5. Categories d'activitats principals de la vida

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Aprenentatge i aplicació del coneixement: <ul style="list-style-type: none"> o Experiències sensorials intencionades o Aprenentatge bàsic o Aplicació del coneixement - Tasques i comandes generals (fer tasques simples, diverses, dur rutines...) - Comunicació: <ul style="list-style-type: none"> o Comunicació- recepció o Comunicació- producció de missatges o Conversa i utilització d'aparells i tècniques de comunicació - Mobilitat: <ul style="list-style-type: none"> o Canviar i mantenir la posició del cos o Portar, moure i usar objectes o Caminar i desplaçar-se o Desplaçar-se utilitzant transport. - Cura personal (Rentar-se, vestir-se, menjar,..) - Vida domèstica: <ul style="list-style-type: none"> o Adquisició del que és necessari o Tasques de la llar o Tenir cura de les pertinences i ajudar els altres - Interaccions i relacions interpersonals: <ul style="list-style-type: none"> o Interaccions interpersonals generals o Interaccions interpersonals particulars - Àrees principals de la vida: <ul style="list-style-type: none"> o Educació o Treball i ocupació o Vida econòmica - Vida comunitària, social i cívica (Oci, religió i espiritualitat, drets humans...) |
|---|

Font: OMS 2001.

Com que l'edat no és el que crea dependència, sinó les deficiències conseqüència de malalties, accidents o processos degeneratius, podem concloure que totes les deficiències que hem descrit en aquest punt –també tenint en compte factors ambientals i personals– poden contribuir a generar dependència en alguna de les nou categories d'activitats principals de la vida que estableix l'OMS a la CIF (OMS, 2001) (Vegeu quadre 5). En revisar la llista, és fàcil reconèixer les limitacions en l'activitat o les restriccions en la participació que han anat sorgint durant el desenvolupament d'aquest punt de l'estudi.

2.4 Factors psicosocials de la dependència

Fins ara hem descrit les deficiències que poden generar un procés de dependència, hem vist la freqüència amb què afecten les persones grans, n'hem apuntat les característiques principals i hem parlat de les conseqüències més immediates que poden comportar. Però més enllà de les dades que ens serveixen de referència per situar el tema des d'un punt de vista estadístic, i de la definició dels aspectes que poden contribuir a crear dependència, es fa necessària una reflexió sobre altres implicacions que té una situació de dependència. Em refereixo a les conseqüències més intangibles, menys “mesurables”, més íntimes i personals que afecten tant a la persona en situació de dependència com a les persones i institucions del seu voltant.

El procés que genera una instauració més o menys permanent de la dependència d'altres persones, els sentiments, les conductes o les vivències que es poden desprendre d'aquesta situació, tenen un pes important en les respostes de tots els agents que, més directament o indirecta, hi estan implicats.

Queda lluny de la meva intenció –i de les meves possibilitats– l'estudiar amb profunditat els processos psicològics i de comportament que acompanyen la situació de dependència. Però sí que considero necessari fer una aproximació

a aquells aspectes que hi tenen a veure, que apareixen a la literatura referida al tema de la dependència i que també s'han fet palesos en la meua experiència professional.

Entenc que és una reflexió que ha de ser present en el procés d'elaboració d'un programa d'atenció dirigit a persones grans amb dependència, perquè són aspectes que, amb tota seguretat influeixen en la forma d'acollir, vivenciar i valorar l'atenció que rep la mateixa persona gran.

Si partim de la idea que a la dependència hi va lligada una relació entre la persona que té necessitat d'ajut i la que li proporciona, entre la persona i el seu entorn, aquí tenim un altre camp d'anàlisi fonamental que ens permetrà completar l'estudi del fenomen. En d'aquesta relació hi ha diversos factors que també interaccionen entre ells i que donen lloc a descriure diferents tipus de conducta dependent. Segons Verdugo i Gutiérrez-Bermejo, (2000) hi ha dos paradigmes teòrics per explicar aquesta relació entre l'entorn i la persona que mostra una conducta dependent. Són els següents:

- 1) *La inutilitat apresada*. Aquesta expressió ve a significar que quan la persona – independentment de si és vella o no– observa i experimenta, de manera sistemàtica, que la seva actuació no genera una resposta de l'entorn, tendeix a no actuar, a estar menys motivada, a experimentar dèficits cognitius i emocionals. La manca de control i d'influència sobre l'entorn en què hom es desenvolupa, alimenta tots aquests dèficits. Es tracta d'una espiral que condueix a la dependència. És allò que “quant menys fas, menys ganes tens de fer”. De fet, en la realitat diària de les institucions que acullen persones grans, és veritat que com més actiu i participatiu és l'ambient, més freqüent és la participació activa de les persones que hi ha –i això fa referència tant als vells com als professionals–.
- 2) *La dependència apresada*. Aquest paradigma parteix de la idea que efectivament, la poca capacitat d'influir en l'entorn genera una conducta dependent, però aquesta conducta suposa alhora una pèrdua i un guany. La pèrdua és la que suposa deixar de fer una cosa que es podria fer i, per

tant, necessitar l'ajut d'una altra persona. I el guany és el fet d'aconseguir contacte i atenció d'altres persones. És una manera de preservar aquest ésser social que som tots.

Respecte a aquest mateix paradigma, Baltes –citad per Risteen, (1998)– va descriure tres tipus de dependència:

- *Dependència per veritable incompetència física i/o mental.* Aquesta és la dependència conseqüència d'una limitació de la persona per a realitzar alguna activitat.
- *Dependència per una optimització selectiva.* En aquest cas la persona gran es mostra dependent en un aspecte de la seva vida diària, mentre que es reserva energia per poder ser independent en altres activitats que li són prioritàries. Aquest tipus de dependència respondria a una estratègia adaptativa al procés d'envelliment.
- *Dependència per estereotipificació social i subestimació de la competència.* Aquest tercer tipus de dependència és una resposta als estereotips socials que hi ha entorn de la vel·lesa. Un dels més habituals és considerar que és normal que les persones grans siguin dependents d'altres persones, fràgils i malaltes (Losada, 2004). Està demostrat que les expectatives –d'altres persones o d'un entorn social determinat– que es situen sobre una persona, alimenten la conducta esperada. Així, la persona gran tendeix a adoptar-la encara que en realitat no es correspongui ni amb la seva intenció, ni amb les seves necessitats. Aquesta situació condueix a dos tipus de comportaments:
 - La persona gran mostra una conducta dependent.
 - La persona vetlladora li proporciona més ajuda de la que li és necessària.

Al meu entendre, el segon dels paradigmes permet una anàlisi més completa, real i plural de la situació de dependència. De fet, la diversitat de persones, de situacions, de personalitats i d'entorns genera també diversitat de respostes

davant la situació de dependència. Els tres tipus de conducta dependent que proposa Baltes permeten recollir aquesta diversitat, que es pot traduir en diferents maneres d'actuar davant d'una situació de dependència:

- La dependència per veritable incompetència física i/o mental és la que es correspondria amb les limitacions descrites en el punt anterior (2.3) arran de patir una o més deficiències. Quan la persona pateix una limitació en l'activitat o una restricció en la participació pot optar per renunciar a aquestes activitats o compensar les pèrdues mitjançant estratègies per poder-les mantenir. Això vol dir que l'actitud davant d'un programa d'intervenció (en el nostre cas el d'activitat física) ens podem trobar amb persones que participin només en aquelles activitats per a les quals no tinguin limitació i que es mantinguin passives o al marge en les que sí que en tenen. O bé amb persones que malgrat tenir limitacions, participen activament en totes les activitats buscant estratègies compensatòries per a aquelles en les quals estan limitades. Malgrat aquí no desenvoluparé la idea –correspondrà fer-ho en el capítol dedicat al programa– he de dir que amb referència a aquest aspecte hi té un paper molt important l'actitud i la destresa metodològica del professional que fa la intervenció.
- La dependència per optimització selectiva està del tot lligada als interessos, les necessitats i la voluntat de la persona. D'aquesta manera, davant la impossibilitat o la limitació per a realitzar una o més activitats, la persona escull allò que més li interessa i desestima aquelles que considera menys importants o significatives per a ella, amb l'objectiu de reservar-se energia i/o temps per a allò que de veritat és del seu interès. D'aquí ve que tant ens podem trobar persones amb un alt nivell de dependència i limitacions molt importants, però amb bona disposició per participar en el programa d'activitat física perquè forma part dels seus interessos, com persones en la situació contrària, amb moltes possibilitats però poc interès. Per descomptat que la resposta professional davant l'opció personal de la persona gran ha de ser sempre des del respecte.

- La dependència per estereotipificació i subestimació de la competència està directament lligada al fet social, a les expectatives que es posin en les persones grans amb situació de dependència. Per una banda, els valors de la nostra societat van en direcció contrària a la dependència i, per tant, el fet de necessitar ajuda comporta una càrrega negativa important. Això suposa creure poc –o gens– en les possibilitats que encara es tenen i un “aliment” massa bo per a un autoconcepte negatiu que no acompanya gens a la recerca d'estratègies adaptatives a la situació de dependència.

Per altra banda, en els entorns d'atenció (a casa, a la residència, a l'hospital...) al voltant de les persones grans amb dependència ens podem trobar dues situacions: una, que es proporcioni més ajuda de la necessària i, l'altra, que la persona gran utilitzi la conducta dependent per controlar l'ambient, per controlar els contactes socials amb la persona vetlladora (Verdugo i Gutierrez-Bermejo, 2000).

La resposta a aquest tipus de dependència sol ser una actitud passiva amb tendència a l'aïllament i a la no participació.

En definitiva, la situació de dependència també té un component psicosocial que cal tenir present a l'hora de proposar programes d'atenció i que ens pot ajudar a comprendre actituds i respostes.

3 L'atenció a les persones grans

Entenent que l'atenció a les persones grans en situació de dependència inclou una gran diversitat de temes relacionats, en aquest estudi em centraré en els tipus de centres que els ofereixen serveis, als seus models d'atenció i a l'acció dels professionals que hi treballen per atendre les seves necessitats.

La descripció d'aquests tres elements ens permetrà emmarcar les característiques de l'entorn en què es poden desenvolupar els programes d'activitat física per a persones grans amb dependència.

3.1 Centres d'atenció

En el nostre entorn, a Catalunya, quan una persona gran necessita atenció especialitzada de tipus social o sanitari, pot ser que utilitzi i que sigui acollida de forma permanent o transitòria, en diferents tipus de centres. La normativa de la Generalitat de Catalunya els defineix i en fixa les normes de funcionament tal com segueix:

- **Residències**¹³: són centres que acullen a persones grans de manera permanent o transitòria. Són institucions de tipus social i ofereixen atenció global a les persones que hi resideixen. Quan aquestes persones necessiten atencions sanitàries s'adrecen al sistema sanitari de la comunitat.

Existeixen dos tipus de residències:

- Les “Llar residència”, que atenen persones amb un grau d'autonomia suficient per realitzar per elles mateixes les activitats de la vida diària (AVD).
- Les residències assistides, que atenen persones grans amb dependència per a les activitats de la vida diària (AVD), que

¹³ Decret 284/1996., de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials. Modificat pel Decret 176/2000 de 15 de maig.

necessiten atenció i supervisió constants i/o que la seva situació sociofamiliar requereix la substitució de la llar.

Segons aquesta mateixa normativa, totes les residències han de disposar d'un programa d'activitats encaminat a complir –entre d'altres– les funcions de manteniment físic i cognitiu de les persones que hi resideixen. Així doncs, tant per raons relacionades amb la normativa vigent com per raons de qualitat i coherència de l'atenció a les persones grans amb dependència, els programes d'activitat física que presentarem en aquest estudi són del tot pertinents.

- **Centres de dia**¹⁴: són centres que ofereixen un servei d'acolliment diürn per a persones grans que necessiten organització, supervisió i assistència en les activitats de la vida diària i que complementen l'atenció pròpia de l'entorn familiar. Les persones que utilitzen el servei de centre de dia, viuen a la seva pròpia llar i reben el suport durant la jornada. D'aquesta manera, es facilita el manteniment de la persona gran amb discapacitats en el seu entorn sociofamiliar i que disposi d'un entorn compensatori a la llar.

Aquests centres han de vetllar també pel manteniment de l'autonomia personal i social de les persones que acull, així com per la seva dinamització i suport personal.

- **Centres socio-sanitaris**¹⁵: són centres que ofereixen atenció geriàtrica especialitzada i que atenen les necessitats sanitàries i socials de les persones grans malaltes o que, independentment de la seva edat, pateixen malalties cròniques, invalidants, deteriorament cognitiu o que necessiten cures o tractaments continuats.

En els centres socio-sanitaris hi ha diferents unitats d'atenció (llarga durada, convalsència, cures pal·liatives, unitat de dia) que

¹⁴ DECRET 182/2003, de 22 de juliol, de regulació dels serveis d'acolliment diürn de centres de dia per a gent gran. (Pàg. 15843). DOGC núm 3840 - 5/8/2003. Departament de Benestar i Família.

¹⁵ Decret 92/2002, de 5 de març, pel qual s'estableixen la tipologia i les condicions funcionals dels centres i serveis socio-sanitaris i se'n fixen les normes d'autorització. DOGC núm 3597. Departament de Sanitat i Seguretat Social

permeten organitzar l'atenció i atendre les persones d'acord amb les diferents situacions de malaltia i socials.

Es pot dir que l'atenció que s'ofereix en aquest tipus de centres és molt especialitzada i, per tant, tenen prioritats totes aquelles accions que, de manera específica, contribueixen a la rehabilitació integral, a l'estabilització clínica, al confort i a la qualitat de vida. Ara bé, les intervencions de caràcter més global (programa d'activitat física, activitats de lleure, tallers d'estimulació cognitiva...), en són un bon complement, i permeten que la persona pugui fer un procés d'adaptació a la seva situació, en una dinàmica més propera a la vida normalitzada fora de la institució.

L'atenció a les persones grans amb dependències també inclou altres modalitats i serveis prou importants i significatius com per exemple la cura informal que ofereixen les famílies o els serveis d'atenció a domicili –entre d'altres–. Per a aquest estudi tinc en compte aquests tres tipus de centres (residències, centres de dia i centres socio-sanitaris) perquè el programa que presentaré més endavant està pensat per ser aplicat de forma organitzada i en grup. Així doncs, per participar en programes d'activitat física d'aquestes característiques és pràcticament imprescindible que les persones grans amb un baix nivell d'autonomia o amb discapacitats (físiques, socials o cognitives) estiguin “reunides” en algun tipus d'institució. En aquests tres tipus de centres és on hi ha persones grans d'aquestes característiques.

3.2 Models d'atenció

Els models d'atenció dels diferents tipus de centres estan condicionats –en les seves línies generals– pel què dicta la normativa vigent, per les línies directrius de cada centre i, en última instància, per l'acció dels diferents professionals en el dia a dia de la seva activitat laboral.

Per poder explicar els models d'atenció, entenc que hi ha dos aspectes fonamentals que ens poden ajudar a visualitzar la seva essència:

- El protagonisme i la implicació de la persona atesa en la presa de decisions.
- La concepció de la persona com a unitat bio-psico-social.

Partir d'unes idees o d'unes altres configura una determinada manera d'organitzar els serveis, d'atendre les necessitats de les persones i prioritzar uns aspectes sobre d'altres.

Fernando Santos, (2005) explica –des del punt de vista jurídic– que els valors de l'atenció i l'assistència a les persones en situació de dependència han anat canviant en el transcurs dels últims anys i en defineix tres models:

- Model *Tutela de família*. L'atenció i la protecció a les persones necessitades ha estat centrada durant segles en l'entorn familiar; és en la família on la persona ha de trobar la cura i el suport.
- Model *Tutela d'autoritat*. Amb la modificació del Codi Civil de l'any 1983 es va “encarregar” a l'Administració de Justícia que vetllés i controlés les funcions de cura que continuava exercint la pròpia família.
- Model *La autotutela*. En vistes a les dificultats que té el model anterior per fer correctament aquesta funció de “supervisió” de la cura i atenció a les persones que ho necessiten, sembla que en els últims anys esta naixent un nou model. Comencen a existir recursos i eines perquè la persona pugui decidir –prèviament a la discapacitat– sobre com vol ser atesa o sobre qui ha de ser el seu tutor en cas d'incapacitat. És una manera d'anticipar-se, de planificar el propi futur, centrant la decisió en la persona interessada i no tant en la família o en l'autoritat del Poder Judicial.

Per tant, podem dir que l'evolució de les lleis té tendència a donar el protagonisme a qui rep l'atenció. Una mostra n'és el consentiment informat que habitualment signen les persones que ingressen en una residència o els malalts que han de rebre un tractament. Amb aquesta acció donen el seu vist-i-plau a l'actuació dels professionals. Es tracta d'aquest dret a decidir sobre les

coses que incumbeixen directament a cadascú, es tracta de l'exercici de la llibertat personal. Ara bé, tal com diu Victòria Camps, (2005), la burocratització i la formulació sistemàtica d'aquesta acció tan lloable –informar perquè la persona pugui decidir– pot esdevenir perversa pel fet de reduir el dret del pacient a decidir o expressar a només la signatura d'un document. Per convertir el que podria ser una relació-acció compartida, en una relació contractual que no garanteixi tant la decisió de la persona atesa, com la impunitat jurídica de qui dona l'atenció. És per aquesta raó que cal valorar els models d'atenció no només des dels seus propòsits sinó també en la seva aplicació.

Si ens ho mirem des del punt de vista organitzatiu i de provisió de serveis d'atenció socio sanitària per part de les diferents administracions, també ens trobem amb tres models (Mayán, 2005). Tres maneres d'organitzar els serveis sanitaris i socials de formes diverses, amb l'objectiu d'atendre les necessitats de la població:

- *Model de coordinació sanitària.* Preveu que els serveis sanitaris i els socials es complementin i es coordinin per tal d'atendre les necessitats de les persones grans, però sense crear nous recursos. Una forma d'aplicar aquest model és la que s'anomena “de gestió de casos” que vetlla per la coordinació entre els diferents serveis que han d'oferir atenció a la persona gran, mitjançant la figura del “gestor de casos”.
- *Model sectoritzat.* Segons aquest model l'atenció està liderada per un dels dos sectors –el social o el sanitari–, creant plans d'actuació específics per a cada col·lectiu.
- *Model d'integració.* Preveu la integració del sector social i el sanitari – creant l'espai socio sanitari– amb la intenció d'oferir una atenció global a les necessitats específiques que té aquest col·lectiu.

Encara que el model adoptat en el nostre entorn és l'últim, en la pràctica aquests tres models es combinen entre ells prenent elements els uns dels altres. A Catalunya, l'origen del model actual cal buscar-lo en el programa *Vida als anys* que va néixer fa més de quinze anys. La seva aportació més important

ha estat la de possibilitar i fomentar formes de treball –en l'àmbit sociosanitari– basades en dinàmiques d'intervenció global.

El segon element dels models d'atenció –el centrat en la concepció de la persona– no parteix de l'aspecte ètic de l'atenció com l'anterior, sinó que té el seu origen en la interpretació filosòfica del concepte de persona.

Segons si es parteix de la idea que la persona és una unitat bio-psico-social o de la idea del dualisme cartesiana, en el qual cos i ment són dues entitats separades, la cura i l'atenció –sanitària o social– a les persones amb dependència pren una direcció o una altra.

La primera té en compte les necessitats de la persona en totes les seves dimensions interrelacionant-les. És per aquesta raó que, des de la perspectiva sanitària, es parteix de la idea que l'atenció a la persona gran amb discapacitats i malalties:

- És complexa.
- Ha de partir de la implicació de la pròpia persona gran i la de la seva família.
- Ha d'atendre, a més de la curació i la supervivència, el confort i la qualitat de vida, que també són molt importants.
- No només atén els aspectes mèdics, també atén els aspectes socials i emocionals de la persona i la situació en què viu.

Aquest és un model integrador, multidimensional o biopsicosocial (Mascaró, Selva i Espauella, 2005).

Els mateixos autors també parlen del model clàssic d'atenció, és un model que es basa en la relació metge-pacient i que centra el seus objectius en el diagnòstic, la prevenció i el tractament de la malaltia. Es tracta d'un model amb una base acadèmica sòlida, però amb dificultats per atendre la vessant més humana de la situació.

Al meu entendre, el model d'atenció a les persones grans en situació de dependència es situa entre ambdós models. La normativa i els plantejaments generals dels centres tenen en compte aquesta perspectiva multidimensional de l'atenció i, efectivament, preveuen una intervenció en tots els àmbits de la persona, que es materialitza mitjançant la creació i l'acció d'equips multidisciplinaris que han d'actuar de forma coordinada per a l'atenció directa a les persones. Al mateix temps i en la dinàmica del dia a dia, hi ha accions que es fonamenten en el criteri unidisciplinari, ja sigui per raons de solidesa científica o bé per raons de concepció compartimentada de la persona i de la pròpia atenció.

En el següent quadre es resumeixen les característiques principals dels centres d'atenció que són referència per a aquest estudi i el seu model d'atenció, que descriu la normativa vigent.

Quadre 6: Característiques generals dels diferents tipus de centres

	Model d'atenció	Tipus de Servei	Estada	Tipus d'usuaris més freqüents
Residència	Integral	Social Especialitzat	Permanent o Transitòria	Persones grans amb necessitats d'atenció social i/o cert grau de dependència
Centre de dia	Integral	Social Especialitzat	Diürna	Persones grans amb necessitats d'atenció social i/o cert grau de dependència
Centre Sociosanitari	Integral	Sanitari i social Especialitzat	Transitòria	Persones grans malaltes

Elaboració pròpia.

3.3 L'acció dels professionals de l'atenció

L'acció dels diferents professionals que intervenen en algun punt del procés d'atenció a les persones grans en situació de dependència és l'últim graó del model d'atenció, el més proper a la persona gran, i el que acaba essent més significatiu per a ella.

Les professions relacionades amb l'atenció a aquest sector de la població són molt variades, totes hi aporten els seus coneixements però cadascuna amb la seva empremta particular. La conjunció de totes aquestes aportacions en un sol objectiu –la persona atesa– constitueix el nucli i el punt més important de l'atenció. Si aquesta conjunció és ordenada, cohesionada i coordinada, podem dir que “dibuixa” un nucli fort i consistent, alhora que divers i personalitzat. És com si es tractés d'un *mandala* on cada part és imprescindible per al conjunt, a l'ensens que cadascuna conserva la seva identitat.

Totes les professions que conformen aquest dibuix de l'atenció, desenvolupen un seguit de funcions i tasques que els són pròpies i/o són encomanades en cadascun dels marcs on s'exerceixen. Més enllà de les competències que els puguin ser assignades des del marc teòric i normatiu, la pràctica del dia a dia també està condicionada per les qualitats i les habilitats personals de cada professional.

Si bé és veritat que hi ha tantes maneres d'actuar com professionals, podem diferenciar tres models que, en certa manera, estan lligats a diferents tipus de professions. Quico Mañós, (2005) els defineix de la següent manera:

- *Model tecnocràtic*. Proper a la geriatria. Sol ser utilitzat per les professions de tipus terapèutic com per exemple la medicina, la psicologia, la fisioteràpia, la teràpia ocupacional... La seqüència de treball és: l'observació del problema, diagnòstic, i aplicació del tractament adequat al diagnòstic.
- *Model assistencial*. Proper a la gerontologia. Es correspon amb les professions que ofereixen prestacions assistencials que pretenen donar suport a les necessitats bàsiques de les persones i/o gestionar els recursos que permeten donar aquest suport. La seqüència de treball és: objectivació de la realitat, diagnòstic de necessitats, i assignació de recursos i accions específiques per tal d'atendre aquestes necessitats.

- *Model participatiu*. Proper a la gerontagogia¹⁶. És utilitzat en professions que treballen mitjançant mètodes poc directius, que intenten generar i facilitar el compromís de la persona atesa. Professions com ara treball social o educació social desenvolupen la seva acció també després de l'observació de la realitat i del consegüent diagnòstic. Però aquesta acció es basa en la creació de situacions que permetin la presa de decisions, que tinguin un component educatiu i que contribueixin al desenvolupament personal.

Al meu entendre, aquests models emmarquen uns trets generals que són útils per agrupar diferents línies d'acció, però difícilment generalitzable a tots els professionals i professions. Sigui com sigui, entenc que l'acció de cada professional s'ha de regir pels tres criteris bàsics següents:

- Participació activa i compromesa amb el procés d'atenció.
- Cooperació i col·laboració amb la resta de professionals que també intervenen en el procés d'atenció.
- No perdre de vista que el punt de referència –durant tot el procés– és la persona atesa.

Per dur a la pràctica els programes d'activitat física per a persones grans amb dependència (VAFiD) serà molt important tenir en compte aquests tres criteris i desenvolupar l'acció des d'un plantejament participatiu, de cooperació i basat en el diàleg entre professional i persona gran.

¹⁶ Aquest terme es fa servir per referir-se a l'educació de les persones grans. Hi ha autors que fan servir conceptes com: "gerontologia educativa", "gerontogogia", "gerontopedagogia", "geragogia". Per a aprofundir sobre aquesta terminologia es pot consultar Sáez (2005) i Bermejo (2004).

4 L'activitat física

Aquest és el quart dels elements que prenc en consideració per elaborar el marc teòric de la recerca. Fins ara he fet una descripció i una anàlisi dels aspectes que són el punt de partida per a l'aplicació del programa que proposaré en el següent capítol. Entenc que les persones, la seva situació i el marc on es desenvolupen han d'estar en el primer lloc tant en el procés de reflexió, com en el de construcció. El segon lloc –per raons de coherència, no per desmerèixer la disciplina– el té l'eina que ha de servir per assolir els objectius que es proposin: l'activitat física, la motricitat.

El moviment constitueix l'eina bàsica de què disposem els éssers vius per adaptar-nos, conèixer i utilitzar el medi que ens envolta. Aquesta relació entre el medi i nosaltres contribueix a que progressivament siguem més persones, ens educa i ens permet desenvolupar-nos. És una relació formadora facilitada per la nostra possibilitat de moviment que, per altra banda, cal considerar més enllà de l'aspecte mecànic, perquè té una significació, una intencionalitat i un component humanístic particulars de l'ésser humà. Les possibilitats de la pedagogia de la motricitat estan precisament en la plasticitat i en el component social del moviment humà (Vázquez, 2001), tant per les possibilitats que té d'esser educat, com per la seva estreta i inseparable relació amb la dimensió bio-psico-social de la persona.

“El moviment és, de fet, l'“accés” al nostre món i al nostre entorn, un tipus de “mediació” a través de la qual ens posem en relació amb aquest món, i alhora és una percepció d'aquell entorn, mitjançant el qual el vivim, l'experimentem i el coneixem. Formar quelcom, expressar quelcom, comunicar quelcom, agafar quelcom, moure's cap algun lloc o retirar-se'n: tot això són petits exemples d'aquest doble i canviant paper del moviment humà.

En aquest sentit podem assegurar:

- El moviment, el joc i l'esport contribueixen (si es practiquen regularment i amb una intensitat adequada) a l'obtenció de salut i benestar. (...).
- El moviment, el joc i l'esport ens permeten conèixer quelcom sobre el nostre cos, sobre la seva legitimitat i les seves capacitats, sobre allò que

es pot fer amb ell malgrat l'edat, sobre com, per una part, és dependent del període de vida que ja ha passat i, per l'altra, com es poden ampliar les seves capacitats. (...)

- El moviment, el joc i l'esport faciliten els contactes amb altres persones, fent que hi hagi trets en comú en el joc, experiències en grup al fer exercicis, moviments i jocs conjuntament: es té l'oportunitat de parlar amb més gent, es poden intercanviar opinions, es superen l'aïllament i la retirada social, que sovint van units a l'edat.
- En aquest sentit, el moviment, el joc i l'esport contribueixen a la realització i a la satisfacció, a la confiança i a l'optimisme." (Ommo Grupe, 2001: 7-8)

En el transcurs de la història, l'estudi de la vessant educativa de la motricitat s'ha fonamentat en tres concepcions diferents del cos humà que Benilde Vázquez (2001) resumeix de la següent manera:

- *Cos màquina*. Dóna lloc al paradigma biomotriu del moviment humà que l'entén com un producte de les estructures biològiques i es centra en la recerca del desenvolupament de la condició biològica i el rendiment físic. Les pràctiques fonamentades en aquesta concepció del cos són diverses (diferents modalitats d'esport, la gimnàstica...).
- *Cos psicossomàtic*. Parteix de la idea que cal processar i elaborar, a nivell intern, totes les dades que arriben des de fora. Per al desenvolupament de la persona és fonamental la relació entre el jo i el medi. El paradigma resultant d'aquesta concepció del cos és el paradigma psicomotriu i acull pràctiques que donen una importància capital als factors psicomotors (coordinació, equilibri, lateralitat...)
- *Cos expressiu*. Entès com un sistema de comunicació de la persona. El paradigma expressiu posa especial èmfasi en la dimensió comunicativa del moviment i per això hi han tingut cabuda pràctiques relacionades amb l'expressió corporal (dansa, teatre...).

Si analitzem aquestes diferents concepcions del cos en relació al concepte holístic i complex de persona, podem veure com cadascuna té el seu punt d'encert però cap no s'hi pot associar de forma exclusiva. La praxeologia

motriu –model teòric presentat per P. Parlebàs– s’endevina com el nou paradigma que aporta una noció integradora. Valora els aspectes individuals, els relacionals i els expressius de la motricitat englobats en un únic concepte, que és el de *conducta motriu*. Aquest concepte va més lluny de la idea de moviment –fàcilment associable a la idea de màquina– i s’apropa més a la idea “d’èsser que es mou”. Tal com explica Josep Solà a la seva tesi doctoral:

La noció de conducta motriu té en compte de manera simultània i unitària les diverses dimensions de la personalitat humana, la cognitiva, l’afectiva, la relacional i la decisional, que es manifesten en la realització de qualsevol acte motor (...) (Solà, 2004: 87).

Aquest és el punt de partida del programa d’activitat física “*Vellesa, Activitat Física i Dependència*” (VAFiD), és des d’aquesta concepció del cos i de la motricitat que cal analitzar i comprendre la meva proposta.

4.1 Apreciacions terminològiques

A banda de l’objecte d’estudi, també és necessari fer algunes apreciacions terminològiques. En el terreny del moviment i de l’educació física se sol parlar d’activitat física i d’exercici físic. Ambdós termes tenen en comú el moviment, però es diferencien en la intencionalitat:

- S’entén que l’**activitat física** (AF) és qualsevol moviment del cos produït per la musculatura esquelètica i que suposa una despesa energètica. D’aquesta manera, tots els moviments que realitzem per desenvolupar-nos en la vida diària són activitat física.
- Podríem dir que l’**exercici físic** (EF) és una modalitat d’activitat física perquè es tracta de l’activitat física que és planificada, estructurada i repetitiva, i que es fa de forma intencionada amb l’objectiu de millorar o de mantenir la forma física. Així doncs, sota aquest terme podem considerar totes les pràctiques físiques (fer gimnàstica, caminar, nedar, practicar un esport...) que es fan amb aquesta intenció.

Definits aquests dos termes diferenciats pel matís de la intencionalitat, haig de dir que en el nom del programa que presento en aquest estudi utilitzo i em refereixo a l'**activitat física** perquè d'entre tots dos és el terme més ampli. Malgrat el que proposaré és un programa estructurat i pensat per ser desenvolupat de forma continuada i amb la intenció d'incidir, entre d'altres aspectes, en la forma física de les persones que hi han de participar, entenc que és millor aquest nom perquè:

- És més proper i coherent amb el plantejament global i holístic del qual parteix el programa. Dóna cabuda als aspectes bio-psico-socials de la persona.
- El programa es basa en el moviment amb significat per a la persona, és la motricitat que té una transcendència formativa, que contribueix al desenvolupament de la persona que sent, pensa, actua, es relaciona i es mou amb aquesta finalitat (Trigo, 2000). No es basa ni persegueix únicament una millora o manteniment de la forma física.

Partint d'aquesta línia de pensament, puntualitzat l'aspecte terminològic i situats en aquest últim graó del marc teòric, ha arribat el moment de combinar els diferents aspectes implicats en la proposta del programa VAFiD: la vellesa, la dependència, l'atenció a aquestes persones i l'activitat física.

4.2 El paper de l'activitat física durant la vellesa

Que l'activitat i l'exercici físics tenen efectes positius per a la salut de les persones que els practiquen és àmpliament acceptat, de la mateixa manera que la inactivitat física i el sedentarisme són factors de risc per al manteniment d'un nivell de salut òptim. Aquesta premissa és vàlida per a totes les edats, inclosa la vellesa.

Estudis de diversos àmbits i autors especialitzats han parlat llargament sobre la importància de mantenir un cert nivell d'activitat física durant tota la vida com a

factor fonamental cara a preservar la salut i la qualitat de vida. També estan documentats els beneficis de l'exercici físic en les persones grans. A partir d'una extensa revisió bibliogràfica, Àngels Soler (2003) parla d'estudis i autors que han contribuït a evidenciar els efectes positius de l'activitat i l'exercici físic en la salut biològica, en el comportament motor, en la salut psicològica i en la socialització de les persones grans sanes, tot i que encara hi ha evidències no demostrades científicament. Segons aquesta mateixa autora hi ha més estudis i investigacions que s'han interessat en l'anàlisi dels efectes d'una pràctica continuada sobre les diferents dimensions dels aspectes biològics (sistemes muscular i esquelètic, càrdio-vascular i respiratori, nerviós, immunològic, obesitat, diabetis, son), que no pas sobre la salut psicològica (depressió, ansietat, estrès, autoimatge, autoeficiència i autoestima, benestar i funcionament cognitiu) i, menys encara, sobre processos de socialització.

La pràctica regular d'exercici físic produeix efectes positius sobre la salut bio-psico-social de les persones d'edat avançada. A grans trets es resumeixen en el quadre número 7.

Malgrat encara són necessàries investigacions més extenses –en la mostra i en el temps– que aportin dades concloents sobre els efectes de l'exercici físic en les persones grans (Conn i altres 2003), és acceptat que el manteniment d'un estil de vida actiu –en contraposició a un estil de vida passiu i sedentari– s'associa a un major nivell de salut i de qualitat de vida.

Els efectes concrets i beneficiosos que aporta l'activitat física es tradueixen en canvis i millores més generals, que incideixen en el dia a dia de la persona. M'agrada destacar especialment aquest aspecte de la vida quotidiana perquè entenc que és allò realment significatiu per a les persones. Si la millora de la força suposa una major capacitat per sortir de casa, allò significatiu per a la persona és precisament aquesta possibilitat que té de desenvolupar-se. De la mateixa manera que si aquesta circumstància fa possible l'ampliació del cercle de relacions i la possibilitat d'expressió i comunicació amb els altres, allò important per a la persona serà justament aquesta vivència, no la millora de la força, encara que sigui un dels factors que la fan possible.

Quadre 7: Efectes de l'activitat i l'exercici físics en les persones grans.

SOBRE:	EFFECTES:
SISTEMA CARDIO-VASCULAR I RESPIRATORI.	Millor rendiment cardíac Augment de la capacitat de resistència a l'esforç Millora de la circulació sanguínia Disminució del risc de patir patologies cardíco-vasculars Disminució del nivell de triglicèrids, colesterol i lipoproteïnes de baixa intensitat Millora del VO ₂ màxim Millora de la funció respiratòria
SISTEMA OSSI I MUSCULAR	Manteniment de la mobilitat articular Millora de la força i la potència musculars Prevenció de l'artrosi i els dolors articulars Millora del control postural Control de la disminució de la massa muscular (sarcopènia) Millora de la mineralització de l'os i fixació del calci Millora de la flexibilitat
SISTEMA NERVIÓS	Millora de les funcions cerebrals Millora de la capacitat d'aprenentatge Millora de la memòria
MOTRICITAT	Millora de la velocitat de reacció Millora de les habilitats i les capacitats de coordinació de moviments Millora de les capacitats perceptives (espai, temps, propi cos) Millora en la precisió dels moviments
ÀMBIT PSICOLÒGIC I COGNITIU	Millora de l'autoconcepte i l'autoestima Disminució de la incidència de depressió i ansietat Millora de l'estat d'ànim Millora de l'afectivitat Increment dels nivells d'energia Afavoreix l'aparició d'estats emocionals positius Alimenta la sensació de competència Afavoreix el relaxament Millora del benestar percebut Millora de les funcions cognitives (memòria, temps de reacció, raonament, atenció...)
ÀMBIT SOCIAL I DE RELACIÓ	Facilita la relació amb l'entorn Millora de la disponibilitat per interactuar socialment, contribuint a l'augment del cercle de relació Contribueix a estructurar la rutina Facilita el manteniment de les relacions personals satisfactòries Millor integració en la vida col·lectiva Facilita l'adopció d'un rol actiu en la família, l'entorn proper i la societat

Font: Elaboració pròpia a partir de Baur i Egeler, (2001); De Febrer i Soler, (1989); Delgado i Tercedor, (2002); García, (1995); Meléndez, (2000); Pont, (2004); Pont, (1994); Soler, (2003).

D'una manera o d'una altra, l'activitat física continuada i regular contribueix al fet que les persones grans:

- Tinguin més facilitat per realitzar les activitats de la vida diària (AVD)
- Tinguin menys risc de patir caigudes
- Disposin de millor competència motora
- Previnguin l'aparició de noves malalties
- Es sentin més satisfetes amb elles mateixes
- Preservin el seu àmbit de relació

Aquests aspectes són importants per al desenvolupament i pel creixement com a persones. Així, la motricitat esdevé una eina fonamental, molt útil per contribuir a preservar la competència de la persona gran i la seva qualitat de vida.

4.3 El programa d'activitat física com a eina

Ja hem vist com promoure l'activitat física entre les persones grans és encertat i aporta beneficis tant per a les persones com per al conjunt de la societat. Ara bé, no n'hi ha prou només amb la promoció, cal també una aplicació apropiada dels programes. Perquè això es compleixi cal un procés de planificació, programació, aplicació i avaluació coherent i adequat. Però, en l'origen, hi ha d'haver una manera d'entendre l'activitat física i aquesta manera és la següent: l'activitat física és una eina, un recurs que ens permet incidir en diferents aspectes, és una eina que utilitzem amb intencionalitat. Al meu entendre, aquest punt de partida fa més coherent el programa, perquè la referència principal és la persona, no l'eina que utilitzem.

L'activitat física ens proporciona una gran diversitat de recursos, cosa que la fa molt apropiada per ser aplicada en diverses situacions, persones, entorns i modalitats. En aquest àmbit hi ha infinitat de recursos pràctics i tècniques basades en el moviment. Es pot treballar a partir d'exercicis gimnàstics, activitats lúdiques, esports, jocs, gimnàstica suau, relaxament, expressió corporal, activitats rítmiques, ball, danses populars, activitats a la natura, tècniques d'origen oriental (*Tai Chi, Qui Gong...*), aeròbic, activitats aquàtiques... Tots aquests recursos poden ser aplicats amb diferents metodologies, amb diferents objectius i practicats per persones de diferents capacitats, interessos i necessitats.

Una vegada sabem que disposem d'un recurs molt ric en possibilitats, allò més important és utilitzar-lo correctament i d'acord amb els objectius, les persones i la situació a què dirigim la nostra intervenció; en el nostre cas, les persones grans en situació de dependència. Al meu entendre, "què" es proposa és

important, però “com” encara ho és més. És per això que comparteixo plenament la frase de Robert Baur i Robert Egeler, (2001: 23): *El programa adequat no és el que respon a la pregunta “què?”, sinó a “com?” i “per a qui?”.*

D'altra banda, també és necessari tenir en compte que aquesta riquesa de recursos, al mateix temps que aporta varietat, proximitat i més similitud amb les situacions canviants de la vida real –en contraposició a les “situacions de laboratori”–, suposa un punt de dispersió, de dificultat per a la concreció dels programes i les accions que s'hi desenvolupen. És per aquesta raó que la investigació hi té plantejat un repte important. Tal com es diu en algunes revisions d'estudis que es fan en aquest àmbit, quan es parla de programa d'exercicis cal fer un esforç per delimitar les intervencions (Carter, Kannus i Khan, (2001); Rydwik, Frändin i Akner 2004), per explicar i definir què i com es portarà a terme, cosa que no sempre es fa o bé només es dóna una informació limitada (Conn, Minor, Burks, Rantz i Pomeroy, 2003).

4.4 L'activitat física per a persones grans amb dependència

Promoure l'activitat física entre les persones grans que necessiten l'ajuda d'altres persones per realitzar una o més activitats necessàries per al seu desenvolupament personal, sembla coherent, sobretot després de tot el que he exposat fins ara.

Si tenim en compte que, en moltes ocasions, aquestes persones solen ser molt grans, amb malalties, i que viuen –temporal o permanentment– en una institució, és fàcil, lícit i necessari preguntar-se sobre la importància, els objectius o el sentit d'un programa d'intervenció basat en el moviment perquè té un paper rellevant en la seva salut i en el seu benestar. En certa manera podria resultar paradoxal voler desenvolupar un programa que, en principi, ha de servir per millorar –la capacitat funcional, o la cognitiva, o...– en un grup de persones que estan immerses en un procés involutiu. És com si es tractés

d'anar contra allò que és natural i que no es pot invertir. També es podria interpretar com una negació, un "fer els ulls clucs" davant d'aquesta mateixa situació.

Certament, la proposta que es fa en aquest estudi ni vol anar contracorrent, ni deixar de banda una realitat que és palpable. Contràriament, vol fer palesa la necessitat d'una intervenció positiva i efectiva, però respectuosa amb la situació de les persones amb dependència. Tot i que es puguin patir problemes importants de mobilitat, dèficits cognitius, malalties, o una situació social empobrida, ha de ser possible gaudir i poder obtenir benefici dels avantatges de l'exercici físic i del contacte amb altres individus. Per a aquestes persones la participació sistemàtica en programes d'activitat física també és recomanable (Evans, 1999; Lazowski, Ecclestone, Myers, Paterson, Tudor-Locke, Fitzgerald i altres 1999; Spirduso i Cronin, 2001; Frizell, 1991; Durante i Hernando, 1994). Això no és res més que pensar i actuar en termes comprensius, que creguin en les possibilitats –no només en les mancances– i en els drets d'aquestes persones.

Tal com ja he esmentat anteriorment, l'activitat física inclou una diversitat molt àmplia de recursos i activitats que sempre es poden adaptar a les possibilitats de les persones a qui van dirigides. Aquesta és la clau de la proposta que, associada a una actitud i una acció comprensives, és del tot pertinent. Així ho mostra el creixent interès per estudiar els efectes, les conseqüències i les implicacions de l'activitat física en les persones molt grans.

4.4.1 Interès i estudis sobre el tema

Per tal de veure i comprovar l'existència d'estudis interessats en l'activitat física adreçada a persones grans amb dependència, he fet una recerca bibliogràfica en diverses bases de dades (Cochrane Library Plus, Cidatge, Cuiden, Eric, Medline, Portal Mayores, Psychology & Behavioral Sciences Collection, PsycINFO, Science Direct i Teseo) i en altres fonts com són bibliografies de llibres, articles, o sumaris de revistes especialitzades. L'objectiu de la cerca ha

estat la identificació de les línies de treball i interès principals relacionades amb l'activitat física i les persones en situació de dependència.

En aquesta cerca he partit de les següents paraules clau, combinades, en funció del tipus de base de dades i segons l'idioma:

- En català: Activitat física, exercici, psicomotricitat, vellesa, dependència.
- En castellà: Actividad física, ejercicio, psicomotricidad, vejez, envejecimiento, personas mayores, dependencia, demencia, residencia.
- En anglès: Physical activity, exercise, physical fitness, psychomotor performance, psychomotor program, elderly, aging, older people, frail elderly, nursing home.

El procés en la selecció de les referències ha estat sempre el mateix. El títol, el resum i l'autor o autors principals han estat el primer nivell de selecció. Quan en aquestes dades hi he trobat idees relacionades directament o indirecta amb el tema que m'ocupa, he anat perfilant tenint en compte criteris que m'han indicat que el tipus de persones a qui fan referència, les intervencions i/o el marc en què es desenvolupen, són semblants o poden ser aplicables a les d'aquest estudi. Això m'ha permès seleccionar i aprofundir en els que m'aportaven idees i dades interessants per a la recerca.

En un primer moment m'he pogut adonar que és un tema molt recurrent quan fa referència a l'activitat física entre les persones grans en general. Si ens centrem en persones grans amb malalties o problemes de salut concrets (diabetis, malalties cardíco-vasculars i respiratòries, Alzheimer, artropaties...) també hi ha força referències al paper que hi té l'activitat física, entre d'altres factors. Pel què fa al lloc on viuen, en aquesta cerca he vist que són més corrents els estudis sobre vells que viuen a la comunitat –encara que sovint fent referència a la seva situació de fragilitat– que els que viuen en residències o institucions encarregades de la cura de les persones grans.

D'aquesta situació se'n desprèn una primera observació, i és la dificultat que comporta definir i delimitar un col·lectiu molt heterogeni i amb una diversitat molt gran de situacions. És per això que els estudis delimiten les mostres en funció de criteris com poden ser l'edat, el patir una malaltia concreta, el fet de practicar exercici físic o no, el marc en el qual es desenvolupen les persones (la comunitat o en una institució). Jo he escollit aquells estudis que fan referència o bé a persones molt grans (>80a.), o bé a aquelles que viuen en una institució de cures per a persones grans, o que es defineixen com a fràgils i/o amb discapacitats o dependència per a les AVD. Haig de dir que també he tingut en compte estudis que, tot i ser fets amb mostres de persones grans sanes, aporten informacions, idees i dades que he considerat que poden ser útils per aquest estudi.

Intentar esbrinar l'eficàcia de programes, les seves repercussions, el tipus de treball més adequat, forma part de la tasca de professionals i investigadors. De fet, els estudis científics que es fan –sobretot en les últimes dècades– busquen respostes a aquestes qüestions. Alguns mostren interès per determinar l'eficàcia, a diferents nivells, de programes d'aquests tipus aplicats en persones grans institucionalitzades, fràgils, amb discapacitats, amb comorbiditat, o en situació de dependència. També mostren un interès especial per la relació que s'estableix entre l'activitat física i l'entrenament amb aspectes com l'equilibri i la prevenció de les caigudes, les capacitats cognitives, la funcionalitat física, la nutrició, el son o el benestar emocional i la qualitat de vida.

Hi ha diversos estudis que, encara que no estan relacionats directament amb els programes d'activitat física, cal tenir presents: són els que es proposen determinar els factors que podrien predir, d'alguna manera, l'aparició de la discapacitat o la fragilitat. Aquests estudis solen comportar un doble interès:

- Per una banda, permeten conèixer els aspectes que són més significatius a l'hora de preveure una situació de dependència. Aquest és un coneixent d'una transcendència política i social molt important.
- Aquesta identificació de factors fa que sigui possible seleccionar aquells que són modificables –per exemple el nivell d'activitat física– i

poder planificar una intervenció preventiva, estimulativa i de manteniment o rehabilitadora, segons la situació i les circumstàncies de cadascú.

4.4.2 Efectes de l'activitat i l'exercici físics en la capacitat funcional

La pràctica d'exercici físic i el manteniment d'un cert nivell d'activitat física té efectes positius en diferents aspectes que contribueixen a millorar la capacitat funcional de la persona. Cal destacar especialment els programes que es basen en caminar (Shin, 1999; Schoenfelder, 2000; Schoenfelder i Rubenstein, 2004; Janson i Söderlund, 2004; McDermott, Liu, Ferrucci, Criqui, Greenland, Guralnik i altres 2006; Taylor, Whittington, Hollingsworth, Ball, King, Patterson i altres 2003)

L'entrenament de la resistència aeròbica s'ha demostrat com a eina adequada per millorar factors com el consum d'oxigen (VO_2), la pressió sistòlica (Vaitkevicius, Ebersold, Shah, Gill, Katz, Narrett i altres. 2002) o l'**aptitud cardío-respiratòria**, factors que faciliten el desenvolupament funcional. També en les persones grans, els efectes d'un entrenament de moderada intensitat repercuteixen augmentant la capacitat de resistència a l'esforç i disminuint el temps de recuperació després de fer-lo (Vincent, Vincent, Braith, Bhatnagar i Lowenthal, 2003), amb la qual cosa la persona pot realitzar activitats (passejar, fer el llit...) sense cansar-se en excés.

Hi ha estudis que indiquen que l'activitat física té relació amb l'augment de la concentració de colesterol HDL, la pressió arterial i la funció cardíaca, amb el consegüent efecte cardío-protector (Knight, Birmingham i Mahajan, 1999; Ueno, Moritani, 2003; Mora, Lee, Buring i Ridker, 2006), esdevenint un factor important per a la prevenció de l'aparició o l'empitjorament de malalties cardío-vasculars.

Per altra banda, hi ha indicis de la relació entre la capacitat cardíoc-respiratòria i la preservació de la funció cognitiva. Segons l'estudi longitudinal fet per Barnes, Yaffe, Satariano i Tager, (2003), les persones sanes, sense deteriorament cognitiu previ i amb una aptitud cardíoc-respiratòria inferior a l'inici de l'estudi, sis anys més tard mostren un major declivi cognitiu que les que partien de valors més positius.

Diversos autors fan referència a les millores en la **funcionalitat global** de persones grans sedentàries, fràgils i/o institucionalitzades, indicant que aquest tipus de persones poden respondre positivament a un programa d'exercici. Les millores es perceben en aspectes com la mobilitat, la força, la capacitat per desenvolupar les AVD o la deambulació (Helbostad, Sletvold i Moe-Nilssen, 2004; Kalapotharakos, Michalopoulos, Strimpakos, Diamantopoulos i Tokmakidis, 2006; Barry i altres 1993; Binder, Schechtman, Ehsani, Steger-May, Brown i Sinacore i altres, 2002; Baum, Jarjoura, Polen, Faur, D i Rutecki, 2003; Evans, 1999; Lazowski, Ecclestone, Myers, Paterson, Tudor-Locke, Fitzgerald i altres, 1999; Fiatarone, O'Neill, Ryan, Clements, Solares, Nelson i altres, 1994).

També s'ha demostrat que la participació en un programa d'exercici pot incrementar de manera important l'activitat física en la vida diària de les persones grans (Fujita, Nagatomi, Hozawa, Ohkubo, Sato, Anzai, Sauvaget, Watanabe, Tamagawa i Tsuji, 2003). Aquesta dada és interessant en el sentit que reforça el paper que pot tenir un programa d'activitat física en la transmissió a la vida diària dels hàbits d'exercici creats i reforçats mitjançant el treball en grup i organitzat.

4.4.3 Un tema especial: les caigudes i l'activitat física

Aquest és un aspecte que representa un dels problemes més importants entre les persones grans. Les caigudes sovint comporten lesions greus per a la persona, generen dependència i inclús són causa de mort (Lázaro, González i Palomo, 2005; Moreno, Ruiz, Burdoy i Vázquez, 2005). Un altre factor que

condiciona de manera considerable l'activitat i la independència de les persones, és la por a caure (Pérez, Enguix, Fernández, Gómez, Baz, Olmos i Rodríguez, 2005; Fletcher i Hirdes, 2004) que es tradueix en una pèrdua de confiança en si mateix, en aïllament social i, a vegades, en més caigudes (Delbaere, Crombez, Vanderstraeten, Willems i Cambier, 2004). És per aquestes raons que les caigudes són motiu de preocupació tant per als propis vells, com per als professionals i els investigadors.

Una mostra d'això n'és la xarxa europea per a la prevenció de les caigudes finançada per la Comissió Europea i anomenada ProFaNe (Prevention of Falls Network Europe). Aquest grup va iniciar la seva activitat l'any 2003 i es proposa promoure pràctiques adequades en les intervencions que redueixen les caigudes, compartir i avançar en els coneixements relatius a les caigudes de les persones grans. A partir de quatre grups de treball *“aborden els diferents aspectes clau en les àrees de disseny d'assajos clínics, avaluació del risc en diferents contextos i avaluació de la por a les caigudes”* (Skelton i Salvà, 2005: 65). Tot això per tal d'unificar esforços, criteris i avançar, tant a nivell d'investigació com a nivell de pràctica assistencial, en tot allò que fa referència a la prevenció de les caigudes a tot Europa.

El fet de caure pot ser degut a factors ambientals (terra, escales, il·luminació...), a problemes mèdics (trastorn de l'equilibri i la marxa, cardiopatia, hipotensió ortostàtica, deficiències en els òrgans dels sentits...), o també al consum de diversos medicaments (polifarmàcia). A banda, poden ser accidentals i puntuals o bé un indicador d'altres problemes de salut, sobretot si es repeteixen.

La prevenció parteix de la modificació d'aquests factors potencialment responsables de les caigudes (Lauritzen, McNair i Lund, 1993). És en aquest punt on l'activitat física té la seva part de responsabilitat perquè és un bon recurs per treballar i potenciar les capacitats lligades al manteniment d'una postura correcta, equilibrada i estable.

L'exercici no només té efectes positius a nivell de l'equilibri, la coordinació, la percepció del propi cos, la mobilitat articular o la força –que són imprescindibles per no caure– sinó que també té efectes que contraresten la pèrdua de massa òssia (osteopenia) lligada al procés d'envelliment i a la inactivitat, reduint d'aquesta manera el risc de fractura (Henderson, White i Eisman, 1998; Vincent i Braith, 2002; Sartorio, Lafortuna, Capodaglio, Vangeli, Narici i Faglia, 2001; Villareal, Binder, Yarasheski, Williams, Brown i Sinacore i altres, 2003; Rudman, Drinka, Wilson, Mattson, Scherman i Cuisinier i altres, 1994) i millorant el coneixement i la confiança en un mateix.

La relació entre l'activitat física i la reducció de les caigudes és encara dubtosa. Per una banda hi ha estudis que demostren que amb l'exercici –també els programes que es basen en caminar– es milloren factors com l'equilibri, la força o la mobilitat, incidint positivament i de forma general en la prevenció de caigudes (Lord, Castell, Corcoran, Dayhew, Matters i Shan51 i altres, 2003; Shimada, Uchiyama i Kakurai, 2003; Shivonen, Sipilä i Era, 2004; Shin, 1999; Hauer, Specht, Schuler, Bärtsch i Oster, 2002; Morgan, Virnig, Duque, Abdel-Moty i Devito, 2004; Schoenfelder, 2000; Schoenfelder i Rubenstein, 2004; Janson i Söderlund, 2004; Barnett, Smith, Lord, Williams i Baumand, 2003). Per l'altra, algunes investigacions i revisions d'estudis suggereixen que encara no es pot assegurar que els programes d'exercici siguin efectius en aquest aspecte, i que calen més estudis, amb mostres més àmplies i que defineixin més clarament el tipus d'exercici i la intensitat de treball (Carter, Kannus i Khan, 2001; Vu, Weintraub i Rubenstein, 2005; Graafmans, Lips, Wijlhuizen, Pluijm i Bouter, 2003).

Finalment també cal destacar els estudis que en els darrers anys s'han fet per veure si la pràctica del *Tai Chi* hi té una incidència directa. Sembla que la pràctica d'aquesta tècnica d'origen oriental millora l'equilibri, però també hi ha contradiccions sobre la seva efectivitat en la reducció de les caigudes. Però sí que coincideixen els autors en que calen més estudis que unifiquin mesures, tipus de participants i modalitat de *Tai Chi* que es practica, per tal de poder treure conclusions més consistents (Wolf, Sattin, Kutner, O'Grady, Greenspan i Gregor, 2003; Wu, 2002, Lavery i Studenski, 2003).

4.4.4 La relació entre l'activitat física i els aspectes cognitius

La relació entre aquests dos factors es pot mirar des de dues vessants diferents. Per una banda s'observa que el fet de realitzar una pràctica continuada –pot ser més específica o més global– reporta beneficis a la funció cognitiva. Per l'altra, també es pot considerar, observar i avaluar la resposta de les persones amb dèficits cognitius a les propostes d'activitat i exercici físics, i els efectes que tenen en el seu comportament. En aquest punt, les millores i els beneficis obtinguts són semblants –per no dir iguals– als esmentats en els punts anteriors.

Retornant a la primera perspectiva, hi ha diversos estudis i autors que reforcen la idea que portar una vida físicament activa i el fet de mantenir una pràctica regular d'exercici beneficien en la funció cognitiva i d'aquesta, les funcions executives, que són les que milloren d'una manera més clara (Scherder, Van Paasschen, Deijen, Van Der Knokke, Orlebeke, Burgers, i altres, 2005; Barnes, Yaffe, Satariano i Tager, 2003). Mitjançant una intervenció de grup basada en el treball de la memòria a través del moviment, també s'observen millores en els aspectes cognitius de les persones que hi participen (Pont, 2004a).

De la mateixa manera, sembla que la pràctica regular s'associa i contribueix:

- A un retard en l'inici de la demència (Larson, Wang, Bowen, McCormick, Teri, Crane i altres, 2006; Simons, Simons, McCallum i Friedlander, 2006).
- A l'alentiment en la progressió de símptomes que hi estan relacionats (Stevens i Killeen, 2006)
- Al millor manteniment de la funció cognitiva en les persones amb demència tipus Alzheimer (DTA) (Olazarán, Muñiz, Reisberg, Peña-Casanova, del Ser, Cruz-Jentoft i altres, 2004).

I s'identifica com un factor protector del declivi cognitiu i la demència en les persones grans (Laurin, Verreault, Lindsay, MacPherson i Rockwood, 2001).

Si posem l'atenció en els efectes de l'activitat física en les persones amb deteriorament cognitiu, també s'observen millores a diferents nivells:

- Conducta: perquè, conjuntament amb altres mesures, contribueixen a disminuir o prevenir problemes (Landi, Russo i Bernabei, 2004; Wenisch, Stoker, Bourrellis, Pasquet, Gauthier, Corcos i altres, 2005).
- Funcionalitat física: ja que també milloren aspectes com la forma i la funció físiques o la mobilitat (Jirovec, 1991; Heyn, Abreu i Ottenbacher, 2004; Teri, Gibbons, McCurry, Logsdon, Buchner, Barlow i altres, 2003).

Tot i així, la majoria dels autors també coincideixen a dir que calen més estudis per poder ressaltar amb més contundència els efectes positius de l'activitat física en les capacitats cognitives de les persones grans, tant per les que les mantenen preservades, com per les que no.

4.4.5 L'activitat física com a font de benestar i qualitat de vida

Sovint també es parla del benestar que proporciona la pràctica d'activitat física. De fet, qualsevol de nosaltres ho percep després d'haver fet una pràctica intencionada i en la justa mesura. Es tracta d'un benestar que sembla més lligat a aspectes psicològics, però aquesta és una sensació que pot variar en funció de les persones, de la situació personal o de les condicions de pràctica. Cal veure, a més, la relació que es pugui establir entre variables com l'edat i les condicions de salut.

En la revisió bibliogràfica feta he trobat pocs documents que parlin d'aquesta relació, i encara menys, quan es tracta de persones com les que fa referència aquest estudi. Tot i així, entenc que cal tenir en compte informacions que aporten alguns estudis.

Hi ha qui ha trobat que les persones que participen en programes d'exercici experimenten millores en la **salut relacionada amb la qualitat de vida** i millores a nivell de salut mental (Helbostad, Sletvold i Moe-Nilssen, 2004). D'altres diuen de que la participació regular en programes d'activitat física contribueix a mantenir una bona qualitat de vida entre els que viuen a la comunitat, més que entre els que viuen a la residència. Inversament, factors com l'obesitat, el baix pes, els dèficits cognitius i la manca d'activitat física regular són predictors de mala qualitat de vida (Borowiak i Kostka, 2004).

S'ha trobat una relació positiva entre l'exercici físic i els **símptomes depressius** que, per altra banda, són molt corrents entre les persones grans amb discapacitats. El fet de participar en un programa d'exercici físic millora l'estat d'ànim de les persones grans fràgils, entre altres coses, perquè també incrementa el seu contacte social. Contràriament, un estat depressiu junt amb una pobre funció física, genera un afeybliment de la salut física i psicològica de les persones grans (Timonen, Rantanen, Timonen i Sulkava, 2002).

S'ha demostrat que la pràctica regular d'activitat física per part de persones grans sedentàries però amb bona mobilitat pot induir canvis positius en el seu **estat d'ànim** i, al mateix temps, es veu que hi ha una relació positiva entre el major benestar psicològic i el gaudi de l'activitat que es fa (De Gracia i Marcó, 2000). Això vol dir que, en el plantejament de qualsevol programa, és fonamental vetllar per totes aquelles qüestions que contribueixin a crear un clima distès, alegre i comprensiu, que no està pas renyit amb el treball coherent i ben fet.

També Echavarri, (2000) arriba a la conclusió que el fet de participar en un programa d'educació física beneficia d'una manera determinant el desenvolupament de l'autoimatge i l'autoestima en les persones grans.

També hi ha estudis que no han trobat una correlació prou significativa entre la participació en programes d'activitat física i el benestar psicològic. (Chin, Paw, de Jong, Schouten, van Staveren i Kok, 2002). Però sembla que els estudis sobre persones grans no han establert una relació clara entre les motivacions,

els grau de satisfacció i l'estat d'ànim relacionat amb la pràctica (De Gracia i Marcó, 2000).

D'aquesta manera, es posa en evidència que hi ha una necessitat d'ampliar coneixements sobre aquests temes. Sobretot per la importància que tenen en les persones grans que, per causa de malalties, discapacitats o altres situacions desavantajoses, tendeixen a sentir-se poc capaces i competents tant a nivell físic, com psicològic i social.

Al meu entendre, la importància d'experimentar benestar psicològic relacionat amb l'activitat física, està en la modificació o el manteniment de conductes i els sentiments sobre cadascú que pot facilitar, repercutint, també, en la qualitat de vida.

Així, un major o menor benestar pot contribuir que es produeixin canvis en:

- El nivell d'activitat física i l'activació en la vida diària
- L'adherència a programes d'activitat física
- L'autoimatge i l'autoestima
- La percepció d'autoeficàcia
- L'estat d'ànim

4.4.6 El valor de l'activitat física per a la predicció de la dependència

El nivell d'activitat física de les persones grans és un dels indicadors que poden ajudar a preveure l'aparició de la dependència o, en la lectura inversa, portar una vida físicament molt activa contribueix a retardar l'aparició de la dependència i incrementar la longevitat.

El progressiu envelliment de la població, especialment en les franges de les persones molt grans (>80 anys), ha contribuït que, en l'última dècada, s'hagi fet palès el creixent interès –d'investigadors, professionals i polítics– per

determinar quins són els factors que ens poden ajudar a preveure l'aparició de situacions de dependència. Això és d'una importància vital per poder planificar, organitzar, prevenir, coordinar, conèixer i aplicar accions encaminades a la sensibilització, l'atenció i la cura de les persones que en un futur podrien entrar en el camí de la dependència o que ja hi són actualment.

Diversos autors han elaborat estudis que els han permès associar una baixa aptitud física i una major fragilitat a nivells alts de mala percepció de salut, major aïllament social i més malalties, de manera que la fragilitat i l'aptitud física formen un continu i prediuen la supervivència (Rockwod, Howlett, MacKnight, Beattie, Bergman, Hébert i altres, 2004). Igualment, l'activitat física –entre d'altres– és predictora de menys limitacions en les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD) i de més longevitat (Kahana, Lawrence, Kahana, Kercher, Wisniewski, Stoller i altres. 2002; Landi, Cesari, Onder, Lattanzio, Gravina i Bernabei, 2001) essent, també, una pràctica directament relacionada amb el manteniment de la vida independent, inclús en persones amb malaltia crònica (Spirduso i Cronin, 2001).

Aquestes dades contribueixen a justificar la necessitat d'implementar programes d'activitat física entre la població en general i també entre les persones més grans fràgils, amb discapacitats i/o en situació de dependència, perquè el baix nivell d'activitat física és un factor predictor de dependència que és modificable (Hankey, Jamrozik, Broadhurst, Forbes i Anderson, 2002).

A títol de conclusió, sobre la recerca bibliogràfica que he fet sobre el tema de l'activitat física per a persones en situació de dependència, puc dir que:

- La majoria d'informacions fan referència als efectes de l'activitat o l'exercici físics en aspectes biològics concrets i molt específics.
- Molts treballs són quantitativs i amb mostres petites.
- Els programes d'intervenció sovint són de curta durada (no superiors a un any) i estan definits en termes generals.

- Defineixen la població de la mostra a partir de variables molt diverses entre els diferents estudis (amb fragilitat, sedentària, amb demència, segons el lloc de residència...) però alhora molt específiques i seleccionades.
- N'hi ha pocs de longitudinals.
- Fan poca referència a les repercussions de l'activitat física sobre aspectes psicològics i socials, o bé ho fan de manera molt general.
- No es fa esment de la unitat bio-psico-social de la persona gran.

Per tant, he pogut constatar que en l'àmbit de l'activitat física de persones grans en situació de dependència, es poden plantejar diversos reptes d'investigació ja que hi ha molts "terrenys" de coneixement poc explorats.

5 A manera de síntesi

Vist l'estat de la qüestió i abans de proposar i definir les característiques d'un programa d'activitat física per a persones grans en situació de dependència – cosa que faré a la tercera part d'aquest estudi–, em proposo destacar les principals idees que es desprenen de l'anàlisi feta fins ara. Ho faig en aquest punt perquè són el resultat del procés d'estudi i recerca bibliogràfica que m'ha servit per elaborar el marc conceptual i, alhora, constitueixen el punt de referència del que ha de ser la proposta concreta. Proposta que, acollint les idees desenvolupades fins ara, es fonamenta en les següents línies:

L'envelliment forma part del cicle de la vida

Envellir no és una catàstrofe si som capaços de comprendre que fer-se gran suposa canviar –igual que ho hem fet en etapes anteriors de la nostra vida– i elaborar un procés d'adaptació i reconstrucció que hem anat cultivant en el transcurs de la vida. Es tracta d'un procés que, primerament és individual però que esdevé col·lectiu en la mesura en que afecta el conjunt de la societat.

Quan, a més de fer-nos vells, experimentem situacions de dependència –per raons de salut o de l'entorn– la cosa no és fàcil i ens demana encara una dosi més gran d'adaptació, d'aprendre a deixar-nos ajudar, d'aprendre a conviure amb algunes discapacitats. I si ens mirem la situació des de la perspectiva de qui és més jove, de qui no es troba en situació de dependència o dels professionals, sabem que hem d'aprendre a comprendre, conèixer i actuar d'acord amb les necessitats reals de qui és vell i depèn d'altres persones per desenvolupar-se. En definitiva: tot un procés d'aprenentatge.

La dependència, una nova relació amb l'entorn

Certament, la dependència és un aspecte que influeix en la relació que hom estableix amb si mateix i amb l'entorn. Però, al mateix temps, és necessari recordar que la situació de dependència no és estàtica i canvia en funció de factors ambientals, socials... Això significa que mai ha de ser una condició que catapulti la persona gran cap una situació d'aïllament o d'anul·lació. Les persones –encara que dependents per desenvolupar-se en algunes, o moltes, activitats– poden participar i obtenir beneficis d'atencions i intervencions coherents i ben plantejades.

Igualment, cal tenir present que el camí cap a la dependència pot ser més ràpid o més lent, en companyia o en soledat, a casa o a la residència... però, sigui com sigui, necessitarà d'un procés d'atenció que, de ben segur, repercutirà en la manera com la persona assumirà i viurà aquesta nova situació.

És per això que, a l'hora d'implementar i aplicar un programa d'activitat física, serà imprescindible tenir en compte aquest itinerari. Caldrà comprendre, conèixer i assumir noves necessitats, possibilitats, limitacions o estats d'ànim que, alhora, seran canviants. En la implementació, serà necessari entendre que les persones grans –encara que potser molt grans i amb discapacitats importants– poden obtenir beneficis d'un programa d'activitat física. També caldrà motivar, sensibilitzar i vetllar per la participació però sempre tenint en compte la voluntat del propi vell.

D'altra banda, la relació educativa que s'estableixi en el moment de l'aplicació estarà condicionada per les expectatives que dipositi el professional en la persona gran i per les possibilitats que aquesta persona "senti" en ella mateixa. Cal que ambdós factors siguin positius, per tal que aquesta nova relació amb l'entorn i amb un mateix esdevingui enriquidora. És imprescindible creure en les possibilitats de les persones grans amb dependència, no només veure'n les limitacions.

Concepció global de la persona

Malgrat estem en el terreny de l'activitat física, del treball amb el cos, no poden atendre només l'aspecte corpori. La persona és una unitat en la qual el desenvolupament (també l'envelliment com a procés que en forma part) motor, afectiu i intel·lectual són indissociables del funcionament d'una mateixa organització (Coutier, Camus i Sarkar, 1990). La pràctica d'activitat física ha de ser un element que cohesioni i faci créixer aquesta unitat, en lloc de posar-la en crisi.

Tot i que en aquest estudi ens centrem en l'activitat física, entenc que aquesta concepció ha d'estar present en totes les dimensions, els moments i les atencions que afecten les persones. Ni el model d'atenció, ni la cura a les persones, ni les intervencions educatives poden oblidar la integritat de la persona.

La conveniència de moure's

En els punts anteriors s'han tractat àmpliament la necessitat i la importància del manteniment d'una pràctica regular i continuada d'activitat física per part de les persones grans, i també de les que són molt grans, fràgils, pateixen malalties i/o viuen en residències.

En la recerca bibliogràfica he pogut constatar que hi ha evidències científiques que justifiquen la importància de l'exercici físic per al manteniment d'una bona salut i qualitat de vida. Però també he vist que la investigació, en el terreny de l'activitat física per a persones grans amb dependència, encara s'ha de plantejar alguns reptes.

Acceptat que hi ha raons prou documentades per incentivar la participació en programes basats en el moviment entre aquest tipus de persones, cal veure l'enfocament i el model de programa que es proposen. A banda del plantejament d'un tipus d'exercici físic amb finalitats rehabilitadores, existeix un

enfocament més encaminat al manteniment de capacitats, a l'estimulació de funcions, a l'ocupació del temps, o sigui, amb un plantejament més global. Aquest últim és el tipus de programa que proposo.

Aplicació del programa d'acord amb les premisses anteriors

Això vol dir que en el moment de posar en pràctica el programa VAFiD –en el qual conflueixen les quatre grans dimensions d'anàlisi d'aquest estudi– caldrà posar especial atenció en el “com”, per descomptat sense deixar de banda el “per què” el “què” o el “quan”.

Al meu entendre, l'aplicació del programa requereix, com a mínim, tres condicions:

- La primera és que el **punt de referència sempre sigui la persona gran**, no el programa, ni el professional, ni el sistema organitzatiu. Aquests elements són eines necessàries i imprescindibles que ens han de servir per poder assolir els objectius, mai a la inversa. D'aquesta manera serà possible que la persona gran se senti i sigui competent d'acord amb les seves possibilitats, interessos i necessitats, perquè quan una persona és acollida i valorada, se sent capaç de... (encara que les capacitats siguin molt minses).
- La segona condició és que, durant el desenvolupament de les sessions, s'utilitzin mètodes i estratègies didàctiques que permetin la **participació activa i compromesa dels vells**, construïda a partir d'una relació horitzontal i dialògica entre el professional i ell, en la qual el primer guii, orienti, faciliti, proposi, observi, canalitzi i també decideixi, però en cooperació –sempre que sigui possible– amb la persona gran.
- La tercera condició és el **treball en grup**. Reunir diverses persones en un espai i un temps comuns per realitzar una activitat conjunta, facilita les relacions socials –molt valorades per les persones grans amb

mobilitat reduïda–, proporciona oportunitats per comparar-se i, per tant, conèixer-se a si mateix. És una font inesgotable d'estímul variats i diversos, reproduint una situació propera a la realitat de l'entorn proper. Cal remarcar, però, que el fet de treballar en grup respon a les finalitats que persegueix aquest model de programa i que aquesta condició no treu la necessitat de tenir en compte les individualitats que conformen el grup. D'altra banda, aquest tipus de propostes cal entendre-les com a complementàries a d'altres programes que proporcionen atenció individual.

Aquestes són les premisses resultat de l'estudi fet en aquesta part, i que serveixen per plantejar el model de programa d'activitat física per a persones grans amb dependència, que exposaré en el següent capítol.

Capítol III

LÍNIES DIRECTRIUS PER AL PROGRAMA “VELLESA, ACTIVITAT FÍSICA i DEPENDÈNCIA” (VAFiD)

1 Presentació del capítol

Aquest tercer capítol inclou una proposta de programa d'activitat física per poder desenvolupar en grups de persones grans amb dependència. És una proposta que es basa en els fonaments exposats fins ara, que defineix tots els elements que han de constituir el programa d'intervenció perquè sigui possible aplicar-lo de manera coherent i sistematitzada. És per això que es defineixen les característiques de les persones potencialment participants, les finalitats i els objectius del programa, els principis per a la seva aplicació, els principis metodològics i les condicions organitzatives necessàries per a poder-lo implementar.

2 Consideracions prèvies a la proposta del programa VAFiD

Abans d'iniciar la definició i l'estructuració del programa es fan imprescindibles dues qüestions prèvies: explicar les característiques generals dels seus referents i justificar la necessitat i la importància de planificar.

2.1 Referents per al programa

Tot i que en el capítol anterior s'han estudiat àmpliament els quatre pilars d'aquest estudi (envelliment, dependència, atenció a les persones grans i activitat física), abans d'exposar el programa vull destacar i reunir en aquest punt conceptes, idees, altres programes i plans d'acció que són una referència i constitueixen la base sobre la qual es construeix el programa "*Vellesa, activitat física i dependència*" (VAFiD).

La combinació de l'estudi de tots aquests elements amb l'experiència personal en aquest àmbit, és el que ha de donar com a resultat el plantejament del programa d'activitat física.

Per l'estructura del capítol anterior, alguns d'aquests referents ja han estat exposats i ara els relacionaré amb el programa, d'altres els analitzaré de nou per poder establir, també, aquesta relació. Els punts que desenvoluparé a continuació són referents que es situen a diferents nivells, uns d'àmbit més general i de conceptes relacionats amb la vellesa, d'altres relacionats amb plantejaments d'altres programes d'activitat física per a gent gran, d'altres amb formes d'entendre i planificar el treball corporal i, finalment, la meua experiència professional.

2.1.1 Enfocament del cicle vital

En el plantejament que es fa des de la psicologia evolutiva sobre la vellesa – explicat en el punt 1.3.2 del capítol anterior– hi ha diversos punts de connexió amb l'elaboració d'un programa d'activitat física per desenvolupar en persones amb dependència. Entenc que aquest plantejament és perfectament coherent amb el tipus de proposta que es fa en aquest estudi.

En primer lloc, el fet de considerar les conductes que persegueixen la millora, el manteniment i la regulació de la pèrdua com a integrants del propi procés evolutiu, lliga plenament amb les finalitats del programa d'activitat física:

- Per una banda es busca la millora dels aspectes que en puguin ser susceptibles, sobretot la d'aquells que poden haver esdevingut menys funcionals degut al desús.
- També forma part dels plantejaments del programa, la contribució al manteniment de les capacitats mitjançant l'estimulació i l'activació per tal de preservar, tant com sigui possible, la qualitat de vida en els nivells actuals.
- Cas de pèrdues –com sovint passa amb les persones en situació de dependència– contribuir a donar elements i recursos que ajudin a adaptar-se a la nova situació.

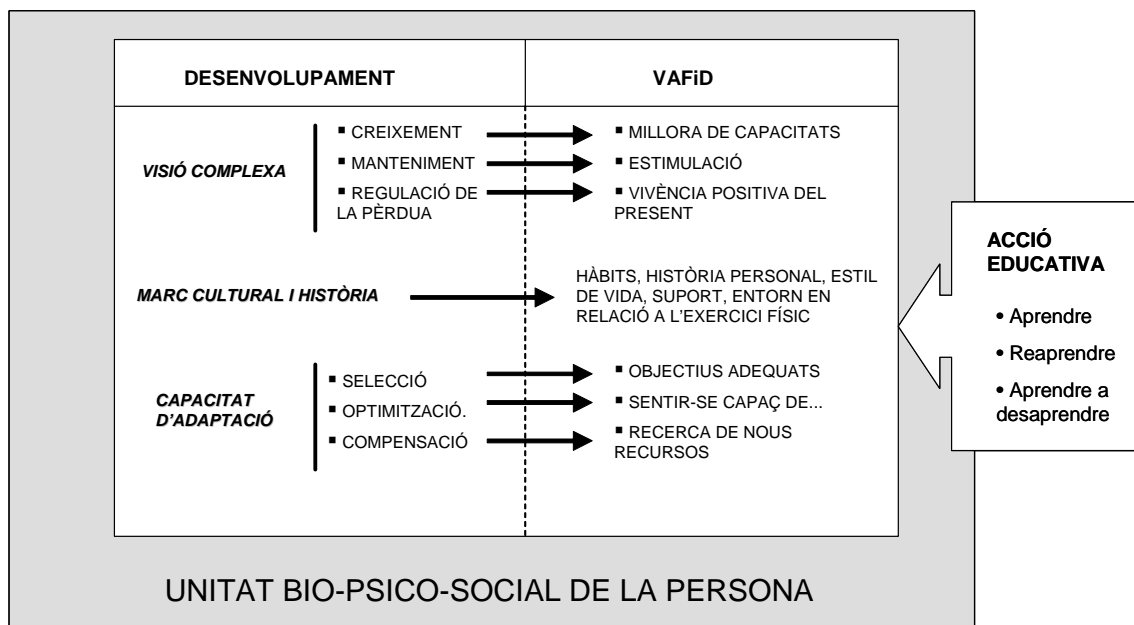
Així, el programa d'activitat física per a persones amb dependència (VAFiD) té diversos punts de connexió amb aquest plantejament del cicle vital (Figura 4). A més, si entenem el programa com una acció educativa –també mirada des d'una perspectiva complexa– podem considerar tres dimensions del procés d'aprenentatge. En diferents proporcions i en funció de les característiques de cadascú, les persones que participen en el programa poden:

- *Aprendre* en el sentit d'adquirir algunes habilitats, hàbits,...

- *Reaprendre*. Recuperar algunes capacitats, habilitats o hàbits que havien perdut per causa del desús, d'una malaltia o d'una altra situació problemàtica.
- *Aprendre a desaprendre* (Mañós, 1996). Aprendre a saber conviure i buscar noves maneres de respondre i de relacionar-se amb les situacions de pèrdua, elaborant un procés d'adaptació equilibrat i d'acord amb la pròpia realitat.

Contemplar aquestes tres dimensions de l'aprenentatge té una importància especial quan pensem en la intervenció en persones amb dependència. Ens dóna l'oportunitat de planificar-la i desenvolupar-la en funció de les característiques, les capacitats i les necessitats de la persona. Cal creure en les possibilitats dels qui, malgrat vells, institucionalitzats i amb discapacitats i/o dependència per a –moltes o poques– activitats, participen en el programa.

Figura 4 : L'enfocament del cicle vital i el programa VAFiD



Elaboració pròpia

2.1.2 La retrogènesi psicomotora

El concepte de retrogènesi està lligat al procés evolutiu de la persona. Vítor Da Fonseca i altres (1987) argumenten que l'envelliment comporta una progressiva desorganització neurològica que es produeix en el sentit invers al que com s'ha anat organitzant des del naixement. Es tracta d'una organització que va avançant de més senzill a allò més complex, de reflex a automàtic, i d'automàtic a voluntari i planificat (l'autor l'anomena *organització vertical ascendent*). En el procés de retrogènesi –durant les últimes etapes de la vida– se segueix el mateix camí però en sentit invers (*desorganització vertical descendent*): l'inici del procés de desorganització comença per les conductes més complexes i va cap a les més senzilles, de les voluntàries a les automàtiques i d'aquestes a les reflexes.

L'evolució humana conté una reorganització des del naixement fins a la mort, des del nen a l'adult, i des de l'adult a l'ancià. En cada fase hi ha quelcom de maduratiu idèntic a la seqüència de les estacions: primavera (nen); estiu (jove); tardor (adult) i hivern (ancià). Naixem i renaixem moltes vegades, seguint sempre una dinàmica organitzativa del propi cervell on hi ha migracions, proliferacions, morts i interconnexions selectives de cèl·lules, que regularitzen i remodelen permanentment els mecanismes existents, no destruint, per tant, les estructures antigues, sinó contràriament, desenvolupant-se en estructures completament noves, per la qual cosa algunes característiques del desenvolupament precoç poden reaparèixer en adults amb lesions cerebrals. (Da Fonseca i altres, 1987: 71).

Quan parlem de persones grans i/o molt grans, aquesta idea de retrogènesi ens pot ajudar a entendre el seu procés evolutiu. Si bé es veritat que no tothom envellaix de la mateixa manera, ni en el mateix entorn, ni en les mateixes circumstàncies, ni tan sols la retrogènesi de les funcions succeeix al mateix temps en tots els òrgans i sistemes, és un concepte que constitueix una guia, un camí orientatiu que ens ajuda a estudiar i comprendre una mica millor l'evolució, els comportaments i la realitat de les persones grans.

Tot aquest procés evolutiu està dirigit pel cervell i es manifesta a través del cos i el seu moviment i, al mateix temps, en depèn. D'aquesta manera, el comportament motor de la persona esdevé un aspecte essencial per a poder comprendre l'evolució, el procés de formació i adaptació constant que tots experimentem en el transcurs de la nostra vida, cosa que també és fonamental per poder planificar qualsevol intervenció i, encara més, en el àmbit de l'activitat física.

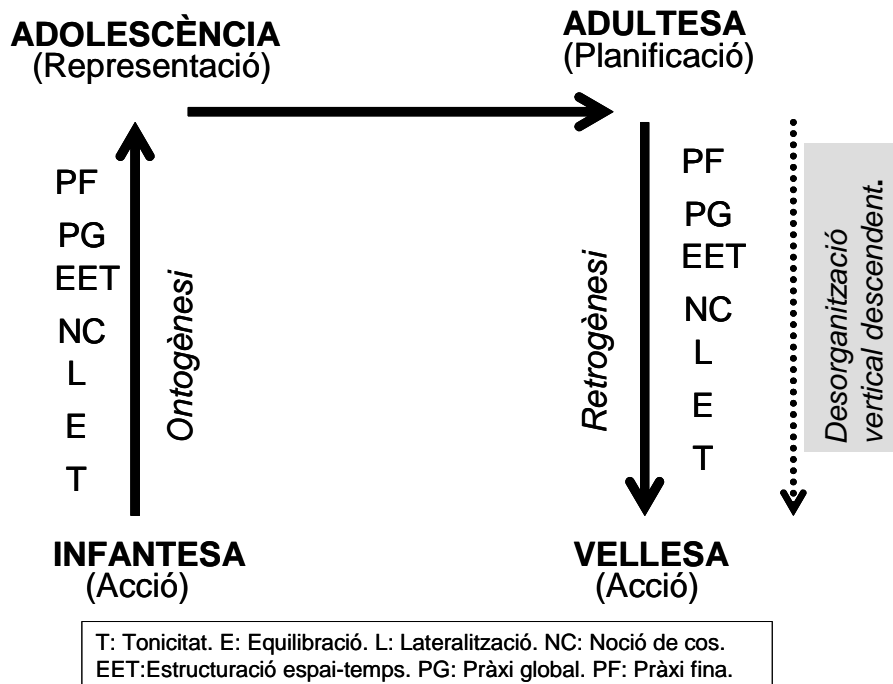
La idea de retrogènesi psicomotora, la relacionada amb el comportament motor, està construïda sobre el model d'organització cerebral de A. R. Luria, el qual defineix tres unitats funcionals que regulen, entre d'altres, l'organització psicomotora. Vítor da Fonseca (1987 i 1998) relaciona les tres unitats funcionals amb diferents factors psicomotors de la següent manera:

UNITAT FUNCIONAL LÚRIA	FACTORS PSICOMOTORS
Primera unitat: REGULACIÓ TÒNICA D'ALERTA I DELS ESTATS MENTALS.	- TONICITAT (T) - EQUILIBRAMENT (E)
Segona unitat: RECEPCIÓ, ANÀLISI I EMMAGATZAMATGE DE LA INFORMACIÓ.	- LATERALITZACIÓ (L) - NOCIÓ DEL COS (NC) - ESTRUCTURACIÓ ESPAI-TEMPS (EET)
Tercera unitat: PROGRAMACIÓ, REGULACIÓ I VERIFICACIÓ DE L'ACTIVITAT.	- PRAXI GLOBAL (PG) - PRAXI FINA (PF)

Així, tal com el desenvolupament de les tres unitats funcionals segueix una línia que va d'allò més reflex (primera unitat) a allò més elaborat (tercera unitat), a nivell psicomotor passaria el mateix, el procés de formació s'inicia en la tonicitat i acaba en les praxis. La retrogènesi psicomotora de les últimes etapes de la vida segueix un camí invers, en el qual es deterioren primer les conductes psicomotores més complexes (les praxis) i l'últim que es perd és la tonicitat (Vegeu la Figura 5).

També és important tenir en compte que aquesta seqüència evolutiva no es produeix de manera inconnexa entre uns i altres aspectes. Ben al contrari, les tres unitats funcionals desenvolupen les seves funcions precisament a partir de la seva interconnexió. Això vol dir que també cal considerar els factors psicomotors de manera relacionada entre ells.

Figura 5: De l'ontogènesi a la retrogènesi.



Adaptat de Da Fonseca i altres. 1987:72

A l'hora de planificar la intervenció en persones grans amb dependència, aquesta *desorganització vertical descendent* serà un punt de referència i una guia a tenir present. Ens ajudarà a tenir una orientació en el moment de pensar i ordenar el tipus de treball a fer amb el grup, per tal de ser coherents amb el moment evolutiu i la situació de la persona. Si bé és veritat que, atenent les característiques i objectius del programa, cal treballar tots els aspectes que intervenen en aquest procés, no és menys cert que –independentment dels aspectes que es treballin– és imprescindible demanar a cada persona aquelles respostes que pot donar. Seria poc coherent –i poc ètic– demanar-li allò que no pot fer.

Aquesta seqüència evolutiva ens diu, en primer lloc, quins són els aspectes més complexos del comportament psicomotor i, per tant, quins són els que més fàcilment presentaran un funcionament imprecís en les persones grans. En segon lloc, ens diu quins són els aspectes que hem de treballar sempre, perquè són els últims que es perden. En la planificació dels continguts del VAFiD caldrà que hi figuri –en l'àmbit de les capacitats psicomotrius i perceptives– el treball de tots aquests aspectes (tonicitat, equilibri, lateralitat, noció del cos, estructuració de l'espai i el temps, praxi global i praxi fina).

Tot i la guia que representa l'aportació de Vítor Da Fonseca, cal fer una consideració important sobre el desenvolupament del programa VAFiD: les característiques individuals, la situació que viu cadascú, els efectes de malalties o discapacitats en les persones grans, poden modificar aquesta seqüència.

2.1.3 El model de Claudia K. Allen

Atès que les persones a qui va dirigit el programa solen ser molt grans i en un percentatge important pateixen algun tipus de deficiència cognitiva, la classificació dels diferents nivells cognitius que fa aquesta autora és molt útil per al programa. La relació que s'estableix entre aquest model –exposat en el punt 2.3.3.3 del capítol anterior– i el programa d'activitat física que presentem en aquests estudi, es centra en l'aplicació del programa i sempre que hi participin persones amb discapacitats cognitives.

Seguint els sis nivells cognitius que descriu, el VAFiD es podria aplicar a partir del nivell 2-3 fins al 6, tenint en compte les següents premisses:

- **Nivell 2: Moviment.** La intervenció en persones que es trobin en aquest nivell cognitiu està limitada a la seva capacitat d'imitar accions simples i repetitives. De la mateixa manera, la seva relació amb l'entorn és limitada. És per això que, cas de poder participar en un programa d'aquest tipus, els grups han de ser molt reduïts (3-4 persones) i les

propostes que s'hi facin siguin molt globals, familiars i dirigides mitjançant un model a imitar. Sabent que el resultat serà una resposta imprecisa i que possiblement sigui necessari que qui dirigeix la sessió guïï o iniciï el moviment mitjançant el contacte corporal. Per tant, **les possibilitats d'intervenció són molt limitades** des d'aquest plantejament, encara que no impossibles si es complïssin condicions molt especials (grup reduït, sessions de curta durada i diàries, espai aïllat d'altres estímuls, dos professionals) que –la veritat sigui dita– són poc habituals en els centres d'atenció a aquest tipus de persones.

A més, en aquest nivell cognitiu, si la persona té una capacitat funcional molt reduïda (molt poca mobilitat) no serà possible intervenir mitjançant un programa d'aquest tipus.

- **Nivell 3: Accions repetitives.** Les persones que es troben en aquest nivell cognitiu tenen més capacitat per poder imitar accions senzilles (d'un sol pas) i relacionar l'efecte d'aquestes accions sobre l'entorn, sempre i quan aquests efectes es puguin preveure fàcilment (per exemple, llençar una pilota per tombar unes bitlles). També és imprescindible que les propostes que es facin siguin globals, familiars i repetitives. La utilització i la **manipulació de material divers** és un bon recurs a utilitzar en aquesta fase perquè la funció tàctil té un paper important en el reconeixement dels estímuls i ajuda a fer palesa la relació entre l'acció i els seus efectes. La manera de presentar i dirigir les propostes que es facin durant les sessions d'activitat física ha de permetre la imitació, ha de donar oportunitats per poder desenvolupar-se segons els propis impulsos i ha de garantir el respecte a les accions que pugui realitzar la persona gran de manera espontània (sigui amb més o menys intencionalitat), per tal de reforçar les respostes coherents a les accions.

- **Nivell 4: Producte final.** En aquest nivell la relació causa-efecte és més clara i la persona pot realitzar accions més complexes (de dos o tres passos) i amb certa intencionalitat, però només compta allò que és clarament visible (si no es veu, no existeix). Així, és possible plantejar

propostes que busquin objectius que es puguin reconèixer fàcilment (per exemple els llançaments de precisió: tombar una bitlla, encertar dins un recipient) i permetin elaborar les respostes immediates (per exemple llençar tres pilotes per tombar tres bitlles, una amb cada pilota). Totes aquelles propostes que tinguin un producte final clar (per exemple, una dansa senzilla) esdevindran molt adequades per estimular capacitats, protegir la dignitat personal i potenciar el sentiment de competència (el sentir-se capaç de...). És per això que cal reforçar i donar oportunitats a les persones grans per desenvolupar-se de manera autònoma en aquelles coses que els són familiars, i esperar que puguin elaborar respostes adequades en un context conegut i molt clar. D'aquí ve una de les idees principals que regeixen el VAFiD: és molt important proporcionar una **vivència positiva del present**, ja que és possible que el que succeeixi fora del context del programa o en un futur, formi part d'una altra realitat on ja no compti el d'abans.

- **Nivell 5: Variacions.** En aquest nivell cognitiu la persona és capaç d'establir relacions entre diferents situacions i/o objectes, pot planificar situacions senzilles i fer un procés d'investigació i resolució de problemes. Així, les propostes que es puguin fer durant les sessions ja són més complexes, poden incentivar la recerca de solucions a situacions senzilles però desconegudes i han de reforçar les possibilitats exploratòries i creatives de la persona (continuant amb l'exemple de les bitlles: podem buscar diferents maneres de llençar la pilota per tombar la bitlla?). Serà molt interessant proposar **diversitat de situacions** per facilitar precisament aquesta capacitat exploratòria. Les instruccions han de ser clares i senzilles, però poden demanar més d'una acció al mateix temps.

Les dificultats cognitives d'aquest nivell es manifesten en propostes que requereixin un nivell d'abstracció alt o un component simbòlic complex.

- **Nivell 6: Pensament abstracte.** Aquest és el nivell en què es considera que no hi ha cap discapacitat cognitiva. En aquest cas la persona és capaç de comprendre, raonar, elaborar respostes i

estratègies, planificar, expressar, aprendre i **transferir els aprenentatges** a situacions diferents de les pròpies de la sessió d'activitat física.

És possible que en el programa VAFiD hi participin persones sense deteriorament cognitiu, però que es trobin en una situació de dependència per altres motius. En aquest cas, a l'hora de desenvolupar el programa, és fonamental saber **diferenciar les seves possibilitats funcionals de les cognitives** i tenir en compte que la persona té capacitat per resoldre una situació, decidir o escollir, encara que funcionalment tingui limitacions importants (per exemple, que no pugui caminar).

Així, les característiques d'aquest model ens orienten sobre com es poden adaptar les diferents propostes que es realitzen durant el desenvolupament de les sessions. També dóna pistes per poder adequar el nivell de dificultat o d'exigència a cadascuna de les persones del grup. Una mateixa activitat o proposta es pot plantejar de diferents maneres al mateix temps, fent possible la personalització, aspecte que és molt important perquè els grups sempre són heterogenis.

2.1.4 La referència d'altres programes d'activitat física per a persones grans

El programa VAFiD es situa en la línia d'un seguit de propostes que s'han anat construint durant els últims trenta anys. Són propostes que:

- Van dirigides a persones grans autònomes.
- Destaquen la importància i la necessitat del moviment, també quan hom es fa gran.
- Procuren fomentar l'adopció d'hàbits saludables.
- Parteixen d'un plantejament recreatiu en què l'aspecte relacional i de sociabilització tenen un paper important.

- Reforcen les idees d'ocupació i de participació activa de les persones grans.

La primera experiència de desenvolupament d'aquest tipus de programes per a persones grans s'inicia a Catalunya l'any 1978 de la mà de SAFIVE (Societat per a les Activitats Físiques dels Vells) (Soler, 2003) i, de mica en mica, l'oferta es va consolidant, primer a Barcelona (Burriel i Carrera, 1986) i posteriorment a la resta de Catalunya i a l'estat espanyol. Des dels inicis fins l'actualitat els programes han anat creixent –tant en nombre, com en diversitat i maduresa– i s'han anat fent cada vegada més habituals en casals de gent gran, instal·lacions esportives, entitats i centres d'atenció a les persones grans. L'expansió i la diversificació han anat acompanyades de cursos de formació¹⁸, publicació d'articles, llibres i de la realització d'algunes investigacions que constitueixen la base del VAFiD. A continuació faig una breu referència de les obres publicades i les investigacions que considero que han estat claus per a la formació d'aquesta base:

Obres bàsiques. Com a obres bàsiques que descriuen els fonaments dels programes d'activitats físiques per a persones grans autònomes a partir de les característiques generals d'aquest col·lectiu, hi ha Coutier, Camus i Sarkar (1990); Belleró, Fabris, Ferrario, Guglielmino, Imeroni i Troletti (1983); De Febrer i Soler (1989); García (1995); Katz (1988); Pont (1994). Són treballs que han contribuït a establir les línies directrius dels programes, fonamentalment per la descripció que fan del col·lectiu a qui van dirigits, per l'establiment dels objectius generals, per les orientacions metodològiques que presenten per a l'aplicació del programa, i acompanyant-ho sempre amb exemples de recursos pràctics útils per a les sessions.

Investigacions fetes en el nostre entorn i sobre grups de persones grans autònomes els quals s'ha aplicat aquest model de programa. Faig referència a dues tesis doctorals que han ajudat a demostrar l'eficàcia dels programes.

¹⁸ Els principals referents de la formació en aquest model a Catalunya, han estat les entitats SAFIVE, Esport-3 i, a nivell universitari, l'INEFC.

- Àngels Soler (2003), a banda d'un ampli marc teòric i la definició de les característiques del programa (PIPSMA)¹⁹ –que comparteixo i utilitzo amb les pertinents adaptacions al tipus de persones a qui va dirigit el VAFiD–, fa un exhaustiu estudi d'avaluació de les dimensions físicomotora, afectivo-relacional i cognitiva dels participants en el programa, que caldrà tenir present per a la continuació del present treball, en la fase d'elaboració de la tesi. Demostra que aquest tipus d'intervencions són eficaces i contribueixen a una millora generalitzada del benestar de les persones grans sanes i autònomes.
- La segona tesi és elaborada per Pilar Pont (2004a) i es centra en l'estudi dels efectes que sobre la memòria té un programa d'activitat física ("Motricitat i Memòria") que incorpora, de manera significativa i intencionada, el treball cognitiu. En aquest estudi l'autora fa una aportació important –que caldrà tenir en compte per al programa VAFiD– en definir un seguit d'estratègies útils per treballar aspectes cognitius relacionats amb la memòria. Proposa utilitzar les següents estratègies:
 - *Associacions*. Serien tots aquells exercicis i activitats on calgui associar un o més moviments a un objecte, música, color, so...
 - *Seqüenciacions*. Fan referència a totes aquelles propostes que requereixen elaborar i fer una seqüència formada per diversos moviments.
 - *Activitats senso-motrius*. Serien totes aquelles propostes que es realitzen després de, a partir de, o relacionades amb la identificació d'estímuls sensorials (olor, color, textura, so).
 - *Repeticions*. Són propostes on cal repetir, de manera sistemàtica i ordenada, un o més moviments de manera immediata o després de passat un temps.
 - *Representacions i descripcions corporals*. Totes les propostes que exigeixin representar accions o idees, teatralitzar, gesticular, descripció corporal d'una anècdota, d'un poema.

¹⁹ Programa de Intervención Psico-Socio-Motriz para Ancianos.

- *Atenció i observació*. Situacions que demanin la vigilància i la concentració necessàries per tal de poder percebre tant bé com sigui possible els estímuls, les situacions, des de tots els sentits, posant en joc, també, la capacitat de discriminació entre diferents estímuls o davant d'estímuls canviants.
- *Activitats verbals*. Llenguatge i sons. Fa referència a les activitats que, amb el moviment, utilitzen el joc de la paraula i del so. Això és coordinar, associar o utilitzar les paraules –tant fonèticament com semàntica– als els moviments corporals.
- *Relaxacions*. Són les propostes que contribueixen a disminuir el to muscular i l'estrès psicològic o emocional per després poder respondre més eficaçment a diferents situacions.
- *Visualitzacions*. La utilització de propostes que demanen la creació d'imatges visuals (visualitzar un espai conegut, una fotografia...) incideixen positivament en la imaginació i la memòria.
- *Percepció espai-temps*. Són totes aquelles propostes que requereixen la identificació, la localització i la utilització de l'espai en què es desenvolupa el moviment, així com el temps en què es produeix. Apreciar les dimensions dels objectes, les trajectòries o seguir un ritme en són exemples.

En el programa VAFiD, aquestes estratègies són una orientació per poder abordar el treball de la memòria. Serà necessari aplicar-les d'acord amb les capacitats cognitives de les persones que participin en el programa i caldrà relacionar-les amb les indicacions dels nivells cognitius d'Allen descrits anteriorment.

2.1.5 El ritme de les estacions

Una de les qüestions que entenc que té una certa influència en el plantejament del VAFiD és la que fa referència als ritmes associats a la majoria dels fenòmens i situacions de la vida. De fet, la comprensió dels esdeveniments va

l·ligada a la comprensió de les múltiples interaccions que s'estableixen entre els éssers vius i el medi en el qual es desenvolupen. Aquesta interacció i la pròpia existència estan l·ligades a un ritme cíclic, com el del dia i la nit o com el de les estacions de l'any.

Moltes de les pràctiques corporals d'origen oriental estan l·ligades a la idea de l'existència d'una circulació energètica (semblant a la circulació sanguínia) l·ligada als òrgans, als elements, a les emocions, als colors, als sentits i a les hores de llum solar a què estem exposats (les estacions de l'any). Segons aquests principis, de la lliure circulació energètica en depenen, la salut i el benestar de la persona, acompanyats –està clar– d'un determinat estil de vida.

Si bé és veritat que en el nostre entorn i en la nostra cultura hi ha una “praxi” diferent a l'oriental, hi ha algunes idees i pràctiques corporals (*Ioga, Tai Chi, Qui Gong*) que en els darrers anys estan prenent força a casa nostra. Són pràctiques que es basen en la respiració, en la consciència corporal i que utilitzen moviments lents i suaus, elements tots ells molt apropiats per a les persones grans.

En aquesta línia d'adaptació de la filosofia oriental a la cultura i societat occidentals, crec que el mètode “Cos i Consciència” desenvolupat per Georges Courchinoux²⁰ n'és una mostra molt coherent i amb alguns elements que el fan aplicable al tipus de programa que proposo. Es tracta d'un mètode que parteix, també, de la concepció global de la persona i que, mitjançant la correcta utilització i la combinació de diverses tècniques –no només orientals– pretén incidir en:

- El coneixement d'un mateix
- El control i l'ajustament postural
- La reharmonització energètica
- Les emocions

²⁰ És fisioterapeuta, massatgista, sofròleg, expert en teràpies manuals, reeducació postural, osteopatia i en medicina tradicional xinesa. Des de l'any 1986 ha elaborat el mètode “Cos i Consciència” que ha anat transmetent arreu mitjançant la realització de cursos de formació.

El mètode es centra en l'organització de la tasca a fer d'acord amb el ritme del les estacions de l'any, establint una línia de treball general per a cadascuna d'elles. És un ritme que –seguint els principis de la medicina tradicional xinesa– està relacionat amb els diferents òrgans, els colors, la circulació energètica, els sabors, les emocions...

Seguint la documentació²¹ dels cursos de formació d'aquest professor, i fent un resum dels aspectes més rellevants per al programa VAFiD, el treball a desenvolupar s'organitzaria tenint en compte les característiques de cada estació:

Quadre 8: Característiques generals del ritme de les estacions segons el mètode "Cos i Consciència".

PRIMAVERA		ESTIU	
Obertura cap als altres. Exteriorització		Llibertat de moviment, d'expressió i de pensament.	
Sentit	Vista.	Sentit	Tacte.
Color	Verd.	Color	Vermell.
Element	Fusta	Element	Foc
Aspecte emocional	Comunicació, Reactivitat.	Aspecte emocional	Alegria, despreocupació, impulsivitat.
Entitat corporal	Ulls, Músculs perifèrics.	Entitat corporal	Sistema capil·lar i Sistema Nerviós Central.
Meridians	Fetge i vesícula biliar.	Meridians	Cor i intestí prim.
Objectius	Obrir, exterioritzar.	Objectius	Facilitar el pas de l'energia cap a la perifèria.
	Eliminar toxines.		Administrar l'energia.
	Treball muscular.		Alliberar les expressions
	Consciència, equilibri dinàmic.		Ritmes i coordinació.
TARDOR		HIVERN	
Organització, reflexió, interiorització, assimilació		Concentració, rigor, mètode.	
Sentit	Olfacte.	Sentit	Oïda.
Color	Blanc.	Color	Negre.
Element	Metall	Element	Aigua.
Aspecte emocional	Tristesa, malenconia.	Aspecte emocional	Dubte, por.
Entitat corporal	Òrgans, activitat pulmonar.	Entitat corporal	Os, orel·la, eix (columna vertebral).
Meridians	Pulmons i Intestí gros.	Meridians	Ronyó i bufeta.
Objectius	Recentrar.	Objectius	Reforçar, consolidar.
	Interioritzar.		Corregir, ajustar.
	Arrelament.		Eliminar tensions i despeses inútils.
	Desenvolupar la implicació personal, la responsabilitat, l'autonomia.		Concentrar, integrar.

Font: Elaboració pròpia a partir de Courchinoux, G (2002).

D'aquesta manera, a l'hora de fer una distribució temporal del treball a realitzar amb el grup, es poden tenir presents aquestes característiques i a la **primavera**, donar més importància al treball muscular, a l'equilibri dinàmic, a la comunicació i relació amb els altres. A l'**estiu** es farà un treball més expressiu,

²¹ No està publicada.

amb un component de coordinació i ritme important, donant importància al tacte, a les propostes lúdiques i al contacte corporal amb els altres. A la **tardor**, el ritme disminueix i el treball es centra en recuperar l'equilibri i l'estabilitat després de l'activitat de l'estiu i ressalten el treball progressiu cap a la interiorització, el treball respiratori, de relaxació i l'estabilitat de la postura. Finalment, a l'**hivern** es fa un treball de més recolliment cap l'interior, donant importància a l'equilibri estàtic, a l'escolta, a la correcció i a la consolidació de la pròpia postura, a la musculatura més profunda, a l'estimulació del sentit de l'oïda.

Al meu entendre, aquestes característiques, encara que molt generals i que no responen a l'aplicació completa del mètode, són una bona guia per organitzar el treball amb molt de sentit comú. És corrent que les persones adoptem una tendència al recolliment en les èpoques de més fred i de menys hores solars (tardor i hivern) i actituds o activitats més expressives, actives i dirigides cap a l'exterior durant la primavera i l'estiu. El mateix passa si traslladem aquest ritme de les estacions al de les etapes de la vida. Quantes vegades no s'ha associat la primavera amb la infantesa, l'estiu amb l'adolescència, la tardor amb l'adulthood i l'hivern amb la vellesa?

2.2 Importància i necessitat d'elaborar un programa

El desenvolupament de sessions d'activitat física per a persones grans amb dependència no és una novetat. De fet, hi ha molts centres (residències, centres de dia, centres sociosanitaris, hospitals de dia) que acullen persones grans, on s'hi fa –de manera habitual– activitat física²² en grup. Es un àmbit d'intervenció que té més experiència pràctica i “hores de vol” que no pas sistematització i fonamentació. Elaborar una planificació i un pla d'acció, permet dibuixar la “ruta” més adequada –amb els punts de sortida i arribada– i també la més coherent amb el model i els objectius que ens proposem aconseguir mitjançant el programa, però cal entendre-la com una “hipòtesi

²² A vegades també es parla de gimnàstica o psicomotricitat.

d'intervenció" (Zabala, 1995: 201). També garanteix un procés de reflexió que és imprescindible per fer la "ruta" de manera conscient en lloc de posar el "pilot automàtic" que, encara que ens conduiria a la nostra destinació preestablerta, no ens permetria de modificar-la en cas de necessitat (adaptació del programa a situacions o respostes no previstes).

A grans trets, la planificació persegueix la finalitat de preveure les respostes a les preguntes de: on anem?, com hi arribarem? i com sabré que he arribat? (Viciano, 2002: 19).

Les persones que hi treballem, sovint hem pogut constatar que el reconeixement de la importància d'aquest tipus de programes per part d'altres professionals, familiars o nosaltres mateixos, es limita als beneficis físics i funcionals que aporta la realització d'exercici físic continuat i correctament aplicat, i poques vegades es fa extensiu a altres aspectes també importants dels programes (estimulació, comunicació, ocupació...). Al meu entendre, això és una conseqüència d'aquesta manca de fonamentació i sistematització, a banda d'una concepció mecanicista de l'exercici físic.

Aquest aspecte també ha quedat palès amb la revisió bibliogràfica feta en el capítol anterior: moltes de les investigacions que es fan es centren en l'eficàcia dels programes a nivell funcional.

D'acord amb l'anàlisi feta fins ara, el programa ha de respondre a una concepció global de la persona, a l'ensem que ha de tendir a la personalització per tal de respondre a les característiques individuals i a la situació particular de cadascuna de les persones grans que hi participin. Entenc que aquests dos criteris bàsics han d'estar presents en qualsevol programa, però hi ha altres factors que també condicionen la seva elaboració.

2.2.1 Condicionants del programa

El plantejament del programa i la seva planificació estan condicionats per diversos factors, uns directament relacionats amb qui planifica i d'altres relacionats amb el context en què s'ha d'aplicar. Daryl Siedentop (1998) parla de cinc factors que influeixen en la planificació d'un programa. Quan descriu aquests factors pensa sobretot en els programes d'educació física que es desenvolupen a les escoles.

Entenc que els cinc punts són plenament aplicables a la planificació del programa VAFiD, i per això em permeto relacionar-los amb la proposta d'aquest estudi, però adaptant l'enunciat i –lògicament– conservant les idees i l'essència dels continguts de cadascun.

Així, seguint les indicacions d'aquest autor, els factors que influeixen i condicionen el programa que desenvoluparem en aquest capítol són:

- 1) *La concepció personal de l'activitat física.* Això és concretar la pròpia manera d'entendre l'eina principal de treball. Tal com he exposat en el punt 4 del capítol anterior, parteixo de la noció de conducta motriu com a noció integradora de tot allò relacionat amb la motricitat, atenent, al mateix temps, el vessant individual, relacional i expressiu del moviment.

Paral·lelament, entenc que l'activitat física és una eina que ens serveix per assolir els objectius que ens proposem, no com una finalitat en ella mateixa. A més és útil per incidir en factors molt variats (funcionalitat, autoconcepte, comunicació, expressió) a partir dels quals haurem d'escollir i decidir en la planificació. No és el mateix planificar amb la idea d'una activitat física exclusivament centrada en aconseguir millores funcionals, que planificar per buscar la vivència i l'experimentació amb el propi cos.

De manera complementària, entenc que, a banda de la concepció de l'activitat física, l'experiència i els coneixements sobre l'activitat física i

la vellesa també juguen un paper important en l'elaboració de la planificació. Aquests aspectes donen, sempre que s'utilitzin en benefici del programa, una major adequació a la realitat.

- 2) *El tipus d'institució*. El programa està parcialment condicionat pel tipus d'institució on es vulgui desenvolupar (residència, centre de dia, centre sociosanitari). Per posar un exemple, és diferent el tipus de planificació que es pot fer en una residència en què les persones que hi participen constitueixen un grup força estable perquè la rotació de persones és més aviat poca, que la dinàmica d'un grup d'un centre sociosanitari en què els/les participants en el grup van canviant, de manera que el grup és menys estable.

Per altra banda, com que cada d'institució atén persones diferents, encara que tinguin en comú la dependència, i ofereix serveis diferents, el programa també pot estar condicionat per aquests aspectes. Així es possible que en un entorn residencial prengui importància l'aspecte relacional, mentre que en un entorn sociosanitari es doni més importància a l'aspecte funcional. De totes maneres, en aquest punt, m'agrada fer notar que si bé és veritat que tots aquests factors "institucionals" condicionen d'alguna manera el programa, el que de veritat cal tenir present són les persones que hi participen –aspecte que ja tractaré més endavant– independentment d'allà on es trobin ubicades. És bo mirar-se les persones en funció d'elles mateixes, no en funció d'allà on viuen.

- 3) *El model d'atenció*. Un model que es basi en l'atenció integral (exposat en el punt 3 del capítol anterior) a les persones podrà acollir un programa fonamentat en els mateixos principis. Però tan important és acollir-se al model d'atenció general que determina la normativa – per exemple, preveient l'existència d'equips multidisciplinaris– com la materialització d'aquest model d'atenció que en pugui fer cada institució, la qual cosa es concreta amb els programes i l'organització de cada centre. És diferent planificar per a un centre que treballa

sistemàticament, amb convicció i en equip, que fer-ho per a un centre que hi treballa esporàdicament o amb “menys intensitat”.

4) *El material i l'equip.* La disponibilitat de material i d'espai per desenvolupar el programa també són aspectes que el condicionen parcialment, tot i que les seves finalitats i objectius generals poden ser les mateixes. El que pot canviar són les possibilitats, la manera de treballar i de desenvolupar-lo. Efectivament, és diferent poder treballar en un espai tancat, ampli i adequat, que haver-ho de fer en un espai compartit amb altres activitats (circumstància que es dóna en molts dels centres perquè, en el seu moment, no es van projectar per acollir aquest tipus d'activitats) o bé que les seves dimensions no siguin adequades. És per això que és bo elaborar el programa de manera que es pugui dur a terme amb les condicions, les característiques i les disponibilitats pròpies del centre, cosa que n'augmentarà les possibilitats d'èxit.

5) *Les característiques dels participants.* La situació i les característiques de les persones que participen en el programa són els principals determinants de la planificació del programa. Per al VAFiD hi ha una característica que és comuna a totes les persones que hi participen: la dependència, tot i que, la veritat, limitar la definició de les característiques dels participants a aquest mot és dir molt poc. Tal com ja he exposat àmpliament en el punt 2 del capítol anterior, la dependència és el resultat de circumstàncies molt diverses (deficiències, malalties, entorn en què es viu...) i una situació que és canviant. Així, ens trobem amb un col·lectiu de persones molt heterogeni. Per aquesta raó, la planificació que poguem elaborar haurà de tenir en compte les deficiències que contribueixen a desenvolupar processos de discapacitat més freqüents entre les persones grans i, posteriorment, adaptar-la a la realitat de cada grup concret.

A banda, i tal com ja he exposat en repetides ocasions, parteixo de la concepció global de l'ésser humà, cosa que condicionarà el programa

en el sentit que caldrà treballar tenint en compte les dimensions biològica, psico-emocional i social sempre presents –simultàniament i unitària– en la conducta motriu de la persona.

La reflexió sobre tots aquests factors i la seva combinació és la base per a l'elaboració d'una planificació d'acord amb la realitat de l'entorn i del grup al qual s'ha d'aplicar, aspecte que ha de contribuir, també, a la seva coherència, èxit i reconeixement.

3 Les persones que participen en el programa: l'heterogeneïtat del grup

Les persones que han de participar en el programa són el primer i el principal punt de referència per a la proposta que es fa en aquest capítol. Malgrat que en l'anterior s'ha fet un ampli estudi sobre les característiques de les persones grans en situació de dependència –que en són els potencials participants–, queden pendents alguns aspectes també importants sobre els quals reflexionar cara a la definició del programa VAFiD.

Aquest programa va dirigit a persones grans amb dependència que viuen, assisteixen o estan ingressades en alguna institució dedicada a la seva cura i atenció (residències, centres de dia, centres socio-sanitaris). En general són grups que s'han format en el si d'aquestes institucions, amb persones grans o molt grans (>80 anys), la principal característica dels quals és l'heterogeneïtat.

És una heterogeneïtat que condiciona el desenvolupament del programa i es manifesta a dos nivells diferents:

- *Característiques bio-psico-socials* que determinen les seves possibilitats i limitacions. Caldrà adaptar-hi el programa i les propostes procurant que siguin adequats i significatius per a totes les persones que formen el grup. Si les condicions organitzatives (espai, recursos humans, temps, tipus d'institució...) i el tipus de persones ho permeten, és útil homogeneïtzar²³ els grups a partir de característiques generals com:

²³ Vull destacar i remarcar que el grau d'homogeneïtzació dels grups ha de ser en el punt just per poder treballar de manera adequada. De cap de les maneres l'agrupació de persones amb característiques semblants ha de ser una prioritat, ni l'heterogeneïtat un impediment per poder desenvolupar el programa. És per aquesta raó que sempre que faci referència a l'homogeneïtzació dels grups, ho faré considerant que es tracta d'una agrupació que parteix de criteris globals i flexibles.

- Capacitat funcional per caminar o no, de manera que podem formar grups que poden fer activitats que comporten desplaçaments o bé grups on cal fer-ho tot asseguts.
- Nivell de capacitats cognitives, diferenciant grups amb persones que les tenen conservades o amb un deteriorament lleu o moderat, i grups amb deteriorament cognitiu avançat.

Al meu entendre, aquests dos aspectes tan generals són els únics que justifiquen una lleugera homogeneïtzació dels grups: per les possibilitats de treball, l'aplicació del programa i la seguretat de les persones que hi participen.

En el primer cas poder plantejar activitats amb desplaçaments (sigui amb ajudes tècniques per a la marxa o sense) comporta unes possibilitats de treball més àmplies en aspectes com l'equilibri, la percepció de l'espai o la relació amb l'entorn que són interessants d'aprofitar i són capacitats importants de conservar el màxim de temps possible. Per als grups que estan formats per persones que no es poden desplaçar soles ja queda determinat que caldrà organitzar la sessió en funció d'aquesta característica. Aquests grups tenen l'avantatge que poden acollir persones del primer grup (les que poden caminar).

En el segon cas, el de les capacitats cognitives, cal tenir en compte que condicionen de manera important la participació en el programa. Per això és útil no incloure persones amb deteriorament cognitiu avançat en un grup format per persones que encara conserven moderadament les seves capacitats cognitives.

- *Interessos, necessitats i expectatives* individuals sobre la participació en el programa. Cada persona del grup hi participa a partir d'un seguit de motivacions o circumstàncies que li són particulars. En un mateix grup hi conflueixen diferents nivells de predisposició i interès que, junt amb l'habilitat i la metodologia de l'educador/a, acaben configurant

una dinàmica de grup característica. Aquí entren en joc els equilibris, els canvis, l'evolució i la interacció entre el que són els aspectes individuals i particulars de cadascú i els del conjunt del grup.

Sense voler generalitzar i en el benentès que cada situació i cada persona respon a interessos, necessitats i expectatives diferents, podem dir que en el si del grup hi podem trobar persones:

- Que d'entrada no volen participar en l'activitat, però que després d'un temps en descobreixen els aspectes constructius i la valoren positivament.
- Que no els agrada ni el tipus de pràctica ni les situacions de grup. Al meu entendre, quan aquesta actitud és producte d'una decisió conscient de la persona cal saber respectar el seu dret a la no participació.
- Que posen en el programa d'activitat física unes expectatives que no es corresponen amb la realitat, com per exemple pensar que participant resoldrà problemes funcionals que són irreversibles o que necessiten d'altres tractaments.

Siguin quines siguin les motivacions individuals, cal vetllar sempre per la *inclusió* de tothom en el programa, el *respecte* a la seva dignitat, la *participació activa* de tothom i l'*acceptació* de cadascú amb les seves particularitats.

Sobre l'homogeneïtzació dels grups cal tenir en compte que només ha de respondre a criteris que afectin a la seguretat, a la participació satisfactòria i significativa de les persones grans en el programa. L'heterogeneïtat dels grups també és interessant i aporta un component educatiu molt important. Fan possible la relació i el contacte amb realitats diferents i, per tant, un aprenentatge i una pràctica més rica perquè donen la possibilitat de comparar, de relacionar i d'aprendre formes d'adaptació i relació diferents a les pròpies.

4 Declaració d'intencions: finalitats i objectius del programa

4.1 Les finalitats

Presentades i estudiades les variables que intervenen en el programa VAFiD i els referents més importants, podem passar a descriure amb detall les seves característiques.

Entenc que les finalitats són les intencions generals del programa que defineixen la seva essència. Són les que expressen la seva “filosofia”, les raons de fons que el justifiquen. És per això que han d'estar presents des de l'inici fins al final, en totes les fases del procés. Són la base de la planificació a l'hora de preveure el treball que es farà i com s'organitzarà; del desenvolupament, a l'hora de proposar i dirigir les activitats durant la sessió; de l'avaluació, a l'hora de valorar i analitzar processos i resultats. Així, caldrà tenir-les presents sempre que es vulgui desenvolupar un programa com el VAFiD; l'adaptació a cada institució es farà en les fases més avançades de la planificació, en el moment de preveure la programació del treball a realitzar d'acord amb la realitat del centre i del grup.

Tenint en compte els programes d'activitat física per a persones grans que fan de referència per al programa VAFiD –esmentats en el punt 2.1.4 del present capítol– i partint de la base que es desenvolupa en una institució (residència, centre de dia, centre sociosanitari), amb persones que han perdut part de la seva competència per desenvolupar-se de forma autònoma i, en general, amb poca predisposició al moviment, entenc que les **finalitats** –les intencions últimes– que persegueix el programa són les següents:

- Influenciar positivament en el procés d'envelliment intentant preservar, al màxim, el nivell d'autonomia i les possibilitats que encara es conserven.
- Contrarestar les actituds passives i sedentàries.
- Incentivar el compromís personal en la cura de si mateix, quan les capacitats cognitives ho permetin.
- Contribuir al manteniment, l'activació i l'ús de les capacitats físiques i funcionals, les psicològiques, les cognitives i les de comunicació i relació.
- Contribuir a la millora i/o manteniment de l'equilibri emocional, en un intent de contrarestar les pèrdues que es puguin haver experimentat pel propi procés d'envelliment o per altres causes.
- Millorar i/o posar en joc la capacitat d'adaptació a noves situacions, potenciant la vivència i experimentació de situacions variades i riques (tant en l'aspecte psicomotor com en el de relació, percepció i comunicació amb l'entorn).
- Potenciar el reconeixement positiu, l'acceptació i la revalorització de si mateix per tal de preservar i millorar la seguretat i l'autoestima.
- Facilitar i proporcionar oportunitats que permetin experimentar una vivència positiva del present.
- Contribuir a l'aprenentatge, ús i/o experimentació d'estratègies que ajudin a un major benestar i desenvolupament físic i psíquic, potenciant la sociabilitat i l'ocupació del temps de forma activa i gratificant.

Partint d'aquestes intencions generals i tal com expressa Àngels Soler (2003: 119) en la figura que il·lustra el marc de referència i les finalitats del PIPSMA²⁴, la participació en el programa ha de contribuir a:

- La participació activa
- La realització personal
- El gaudi i la diversió
- La prevenció i la salut

²⁴ Programa de Intervención Psico-Socio-Motriz para Ancianos.

– La competència funcional

És necessari remarcar, però, que cal entendre el programa, les seves intencions i les seves possibilitats des de la perspectiva més àmplia possible. L'espectre és molt gran i es pot adaptar a la majoria de les situacions, també a aquelles en què hi ha molta discapacitat. Una persona amb moltes discapacitats també pot participar activament, o realitzar-se personalment, o gaudir... En tot programa és fonamental creure en les possibilitats de les persones –encara que siguin molt poques– i dimensionar adequadament a les nostres intencions, tant les que són més generals –les finalitats– com les més concretes –els objectius– .

Tal com es pot observar en el plantejament de les finalitats –més endavant també es podrà observar en els objectius–, aquest programa no té intencions rehabilitadores específiques i els propòsits de millora cal entendre'ls en la mesura que la persona pugui experimentar-les pel fet de participar en un procés “d'entrenament” i/o ús continuat de funcions i capacitats que s'haguessin pogut perdre pel desús, i sempre dintre de les seves possibilitats. Hem de tenir en compte que el programa va dirigit a persones grans que, ens agradi o no, segueixen un procés involutiu amb el qual podem col·laborar però no lluitar-hi en contra. La ciència i les accions desenvolupades pels professionals han pogut allargar la vida però, ara per ara, la vel·lesa continua essent-ne l'última etapa. És per això que en el programa VAFiD sovint el manteniment és una millora.

Al meu entendre, la intervenció des d'aquest àmbit i en aquest entorn, ha de servir per:

- Construir, millorar o aprendre sobre allò que encara és modificable.
- Consolidar, mantenir, estimular o reaprendre sobre allò que es té però no s'utilitza.
- Adaptar, acceptar o “aprendre a desaprendre” allò que s'ha perdut.

Tanmateix, les millores i el manteniment estan lligats a la continuïtat i a la constància en la participació en el programa. Contràriament, una participació esporàdica i discontinua o bé un programa limitat en el temps aporten beneficis momentanis, en el primer cas, o unes millores que es perdran després d'un temps d'haver finalitzat el programa, en el segon.

En un altre ordre de coses, però entre les intencions del programa, cal remarcar la seva dimensió de complementarietat amb altres intervencions especialitzades i/o individuals que puguin desenvolupar les institucions (fisioteràpia, teràpia ocupacional, animació) i que formen part del pla d'atenció a la persona gran.

4.2 Els objectius

En un nivell més concret que el de les finalitats, hi ha el plantejament dels objectius del programa. Entenc que defineixen, per una banda, allò que volem aconseguir amb l'aplicació del programa i, per l'altra, la direcció del treball que més endavant es concretarà en una manera d'organitzar els continguts i de treballar durant el desenvolupament de les sessions. És allò que esperem que les persones que participen en el programa puguin arribar a ésser capaces de fer –si les seves capacitats els ho permeten– a partir de l'aplicació del VAFiD.

Pensant amb els objectius com a aspectes directament relacionats amb les persones que hi participen i amb les competències que puguin arribar a desenvolupar, els organitzaré i definiré a partir dels cinc grans àmbits en els quals incideix el programa:

OBJECTIUS DEL PROGRAMA VAFiD

Participació activa.	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar el nivell d'activitat física mitjançant la participació en el programa - Participar per iniciativa pròpia i/o amb convenciment en el programa - Respondre activament a les propostes que es fan durant les sessions - Fer aportacions i propostes durant les sessions - Integrar-se en la dinàmica del grup relacionant-se espontàniament amb els seus membres
Realització personal.	<ul style="list-style-type: none"> - Actuar amb llibertat durant les sessions (sentir-se lliure –i capaç– per provar, proposar, experimentar o no respondre) - Saber satisfer les pròpies capacitats de relació (amb si mateix, l'entorn, els altres i els objectes) de manera positiva - Desenvolupar la capacitat d'expressió i comunicació - Elaborar respostes adequades a les seves possibilitats (Sap fins on pot arribar?) - Elaborar respostes adaptatives a les limitacions (És capaç de fer una cosa d'una altra manera?)
Gaudi, diversió.	<ul style="list-style-type: none"> - Gaudir de les situacions que es creen en el si del grup i durant el desenvolupament de les sessions - Acceptar les situacions lúdiques amb bon humor - Vivenciar positivament situacions variades i canviantes que es produeixen durant les sessions
Prevenició, salut.	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar la quantitat d'activitat física en la vida diària amb l'objectiu de tenir cura de la pròpia salut - Comprendre l'activitat física com a font de salut - Analitzar, reconèixer i observar les pròpies capacitats - Analitzar, reconèixer i observar les pròpies limitacions - Expressar, verbalment o gestual, opinions, sentiments, vivències
Competència funcional.	<ul style="list-style-type: none"> - Utilitzar i aplicar les seves capacitats biològiques bàsiques d'acord amb les seves característiques i situació - Utilitzar i aplicar les seves capacitats psicomotrius d'acord amb les seves característiques i situació - Utilitzar i aplicar les seves capacitats socio-afectives d'acord amb les seves característiques i situació - Utilitzar i aplicar les seves capacitats cognitives d'acord amb les seves característiques i situació - Resoldre problemes o situacions motrius individualment o col·lectiva - Cooperar, treballar, ajudar, compartir amb les altres persones del grup <hr/>

Tal com es pot observar, aquests objectius posen més atenció en el procés que en el producte. Daryl Siedentop (1998) explica que els objectius centrats en el

procés tracten sobre la manera com es fa una acció, mentre que els centrats en el producte fan referència al resultat d'una acció més que a la manera com es porta a terme. La raó fonamental d'aquest tipus de formulació d'objectius per al programa VAFiD es recolza sobre la idea que, més que les millores i adquisicions que pugui comportar la participació en el programa –que també–, ens interessa el procés, l'experiència viscuda, el camí cap a la progressiva motivació, la construcció de l'aprenentatge i/o la rutina, perquè, en gran mesura, d'aquests processos en depenen la vivència del present, la satisfacció i el benestar personal.

Aquests objectius, a banda de delimitar amb més precisió les intencions del programa i el què s'espera aconseguir, serveixen per:

- Determinar quins aspectes cal treballar (continguts) durant el desenvolupament del programa.
- Avaluar si els propòsits s'acompleixen, tot observant i mesurant les respostes de les persones que hi participen.

5 Aspectes a treballar

Una vegada situades les intencions del programa, cal determinar els aspectes a treballar –els continguts– durant les sessions d'activitat física.

Per tal d'organitzar els continguts a desenvolupar en el programa, els agruparé en els grans blocs de capacitats (Vegeu el quadre 9) atenent a les dimensions biològica, psicològica, social i cognitiva, sempre implicades en la conducta motriu de les persones.

Quadre 9 : Continguts del programa VAFiD

Capacitats biològiques bàsiques
<ul style="list-style-type: none"> - Resistència a l'esforç - Funció respiratòria - Tonificació - Mobilitat articular i flexibilitat
Capacitats psicomotrius i perceptives
<ul style="list-style-type: none"> - Coordinació de moviments - Equilibri - Percepció del propi cos (esquema corporal, actitud postural) - Percepció de l'espai - Percepció del temps - Percepció sensorial
Capacitats sòcio-afectives
<ul style="list-style-type: none"> - Relació amb si mateix/a - Relacions interpersonals - Relacions amb l'entorn (espai i objectes)
Capacitats cognitives
<ul style="list-style-type: none"> - Concentració i atenció - Funcions executives - Memòria - Llenguatge

Elaboració pròpia.

A continuació faré una descripció de cadascun dels aspectes a treballar, així com de les característiques i les condicions necessàries perquè –ja en el

terreny de l'aplicació del programa– es puguin desenvolupar de forma adequada.

5.1 Resistència a l'esforç

El treball sobre la capacitat de resistència a l'esforç és important en el sentit que és la que garanteix les possibilitats de mantenir un determinat nivell d'esforç físic durant un temps més o menys llarg. D'aquesta capacitat en depèn que la persona gran pugui fer activitats com caminar (si no té altres deficiències neuro-músculo-esquelètiques relacionades amb el moviment), o moure braços i cames sense fatigar-se en excés. És una capacitat que està lligada a les funcions cardío-vascular i respiratòria i, per tant, caldrà posar especial atenció quan treballem amb persones grans que pateixin alguna deficiència sobre aquests aspectes. Tal com ja ha quedat explicat en el punt 2 del capítol anterior, la participació en el programa està condicionada al consell i a la supervisió mèdica.

Aquesta capacitat es treballa a partir d'activitats que impliquin la mobilització de grans grups musculars i diversos alhora, de manera continuada i mantinguda. Tal com explica Agustín Meléndez (2000: 78) parlant sobre aquest tema “*és millor utilitzar les cames que els braços, o tot el cos en lloc de només els braços*”. També són útils les activitats que comporten moviments cíclics i rítmics en què es repeteix una cadència, per exemple caminar.

Per altra banda, en el desenvolupament de les sessions és fonamental tenir en compte la intensitat de treball. En aquest aspecte cal:

- Treballar a intensitat moderada (que permeti parlar al mateix temps que es fa l'activitat)
- Donar prioritat a la durada i la continuïtat del treball, més que a la intensitat
- Evitar el cansament excessiu; per això cal posar atenció a l'aparició de senyals de fatiga (mareig, pal·lidesa, suor freda, aparença cianòtica a ungles i llavis...) durant i després de la pràctica

- Valorar i preveure tant la intensitat de les activitats proposades per al treball d'aquesta capacitat en concret, com la del conjunt de la sessió d'activitat física
- Adaptar l'exercici a les condicions ambientals. Treballar en un ambient molt calorós, fred o humit, pot comportar un excés de fatiga realitzant activitats que, en condicions normals, serien d'intensitat adequada
- Incrementar i disminuir progressivament la intensitat de treball, preveient períodes d'escalfament i de recuperació

Podem treballar la capacitat de resistència a l'esforç mitjançant:

- Activitats de caminar o mobilitzar cames, braços i cos (asseguts) de manera continuada. Amb petites pauses de recuperació o sense, en funció del ritme de treball i de les capacitats de la persona
- Activitats dinàmiques, simbòliques i formes jugades²⁵ –amb material o sense– que impliquin mobilització de grans grups musculars i/o varis alhora, de forma continuada i mantinguda
- Activitats rítmiques (dances, ball, coreografies)

5.2 Funció respiratòria

La funció respiratòria té un paper fonamental en el manteniment del benestar general de la persona. Les persones grans amb poca mobilitat i poc actives solen patir deficiències en aquesta funció (Vegeu punt 2.3.5 del capítol 2), d'aquí ve la importància del manteniment de l'elasticitat dels pulmons, de la mobilitat de la caixa toràcica i de la força de la musculatura respiratòria que, són les que contribueixen a la correcta ventilació pulmonar.

Per a les persones que pateixen deficiències respiratòries també serà important –a més del consell mèdic– adequar la intensitat de l'exercici a les seves capacitats, evitar situacions que puguin comportar una dificultat important per a

²⁵ Vegeu més endavant, en el punt 6.1.3, què s'entén per "formes jugades".

respirar (dispnea) i treballar en un ambient distès lliure de pressió o situacions que puguin crear angoixa.

El treball de la funció respiratòria es centra, principalment, en el reconeixement de:

- Les vies respiratòries (nas, boca)
- Les fases (inspiració, espiració, apnea)
- Les formes (abdominal, toràctica, clavicular)
- Els ritmes respiratoris (durada de les diferents fases)

L'experimentació i la presa de consciència de tots aquests factors contribueixen a la millora de la funció i, per tant, a la millora del benestar i del rendiment físic.

A l'hora de treballar específicament aquesta funció serà important procurar:

- Donar més importància a la fase de l'espiració que a la de la inspiració
- Mantenir una postura –en el nostre cas dempeus o asseguts en una cadira– que permeti l'expansió de la caixa toràctica
- Fer respiracions completes (abdominal, toràctica, clavicular) però de manera tranquil·la, suau i adequada a la intensitat de l'exercici
- Ajudar a prendre consciència de tots els components de la respiració per tal d'adquirir recursos que permetin utilitzar-la de manera més correcta i efectiva

Podem treballar la funció respiratòria mitjançant activitats que impliquin:

- Posar atenció a les vies, les fases, les formes i els ritmes respiratoris
- Experimentar i practicar sobre aquests quatre aspectes de la funció respiratòria. En aquest cas és molt útil –sobretot si es treballa amb persones amb deficiències respiratòries importants i/o amb deteriorament cognitiu– utilitzar recursos materials que els evidenciiïn, com per exemple papers, globus, aigua, sensacions a la pròpia pell...
- Coordinar-la amb el moviment. La inspiració va lligada a moviments d'extensió o d'estirament i l'espiració a moviments de flexió o de relaxament

5.3 Tonificació

Exercir la força muscular adequada a cada situació és imprescindible per moure's de forma eficaç (Vegeu punt 2.3.2.2. del capítol anterior). Per això es requereix el manteniment d'un cert to muscular que ens és útil per a la postura (en parlarem més endavant) i per poder iniciar els moviments. També és necessari que els músculs tinguin la capacitat de contreure's i relaxar-se harmònicament per moure amb eficàcia els segments corporals, i que ho puguin fer durant un cert temps (to, força i resistència musculars).

En l'àmbit que ens ocupa, l'objectiu principal és mantenir aquestes capacitats i millorar-les quan han patit les conseqüències del desús. Tot i així, el treball de la força cal fer-lo de manera global i donant preferència a la força dinàmica (la que comporta escurçament/allargament del múscul, la que produeix un desplaçament dels segments corporals implicats) sobre la força estàtica (la que comporta un increment de la tensió muscular sense escurçament/allargament del múscul, la que no produeix desplaçament). Realitzar exercicis de força estàtica (isomètrics) podria comportar riscos a nivell cardíoc-vascular (incrementen la freqüència cardíaca i la tensió arterial) i a nivell muscular (ruptura de fibres). Per altra banda sempre cal tenir presents les característiques osteoarticulars de les persones per tal de no aplicar càrregues que puguin lesionar o empitjorar les seves articulacions.

Així, en el treball de tonificació muscular en persones grans amb dependència s'ha de procurar:

- Garantir el manteniment adequat de la postura per tal d'evitar lesions i localitzar correctament el treball muscular.
- Alternar el treball de diferents grups musculars.
- Utilitzar càrregues lleugeres (força de gravetat, cintes elàstiques de poca resistència o pesos lleugers).

- Tendir a incrementar el nombre de repeticions, més que la resistència (la que pugui exercir una força contrària com la força de la gravetat, o bé una goma elàstica), o el pes.
- Reforçar l'actitud d'escolta i control de la postura i de sensacions musculars (tensió i relaxament).
- Evitar el manteniment d'apnees.
- Evitar els sobreesforços.
- Treballar respectant el ritme i el nivell de tolerància de cadascú.

Podem treballar la tonificació mitjançant:

- Exercicis gimnàstics, activitats dinàmiques i simbòliques. Que impliquin la contracció muscular de diferents parts del cos contra el pes de la gravetat, un pes lleuger o bé una resistència lleugera. Individualment, per parelles, en petits grups, amb material o sense.

5.4 Mobilitat articular

Al meu entendre, aquest és un aspecte fonamental a treballar amb el tipus de persones grans a qui fa referència aquest estudi. La tendència a la immobilitat és molt freqüent, moltes vegades s'accentua quan hi ha una discapacitat i/o l'existència de dolor (de qualsevol tipus). Tal com comentava en el punt 2.3.2.1 del capítol anterior, les deficiències osteoarticulars comporten limitacions importants en activitats fonamentals per a la persona (domèstiques, cura personal, sortir de casa...) i serà molt important intentar mantenir la mobilitat de les articulacions. Sobretot als turmells, per la incidència que té en l'equilibri dinàmic (Rose, 2005), i a les mans, per la incidència que té en la manipulació.

El treball en aquest aspecte es centra en mantenir el balanç articular en totes les direccions i plans possibles, però al mateix temps haurà de procurar:

- Evitar moviments bruscs.
- Reforçar i buscar la màxima amplitud de moviment possible.

- Tenir presents totes les articulacions.
- Evitar la mobilització forçada i amb rebots.
- Prioritzar les mobilitzacions actives sobre les passives, perquè les primeres respecten les limitacions i proporcionen informació sobre les pròpies possibilitats i característiques. En el context del treball en grup i del programa VAFiD, només cal mobilitzar passivament una articulació de manera puntual i amb la finalitat d'orientar el moviment quan la persona té apràxia o deficiències en el control del moviment.
- Motivar i sensibilitzar les persones grans que participen en el programa sobre la necessitat de fer aquest tipus de treball diàriament, fora del context del VAFiD. És un tipus de treball fàcil de fer i de recordar
- Quan es treballa analíticament, ajudar a prendre consciència de la localització adequada del moviment.
- Tenir en compte que per a les persones amb apràxia, atàxia²⁶ i/o alteracions en l'esquema corporal, fer un moviment localitzat pot ser impossible o comportar una alta dificultat.

Podem treballar la mobilitat articular mitjançant:

- Exercicis de mobilitat articular localitzats a cada articulació i de forma individual (es pot acompanyar amb música).
- Activitats dinàmiques globals amb utilització de material i música (Ex: "fer ballar el mocador").
- Activitats dinàmiques globals en cooperació amb altres persones del grup (Ex: seguir el moviment de l'altra persona).
- Activitats simbòliques i expressives amb material i música –o sense– i de forma individual o en grups (Ex: dibuixar lletres, formes... a l'aire).

²⁶ "Trastorn de la motricitat vinculat a un defecte de coordinació dels músculs implicats en un moviment". (Toro Bueno i Zanco Resa. 1998: 320).

5.5 Flexibilitat

Aquesta qualitat està molt lligada a la mobilitat articular, però també està condicionada per l'extensibilitat (capacitat d'allargar-se) i l'elasticitat (capacitat per retornar a la llargada inicial) dels músculs implicats en el moviment de les articulacions. Tant el procés natural d'envelliment, com la manca de moviment o el manteniment de postures estàtiques durant llargs períodes de temps (com per exemple seure) contribueixen a l'escurçament muscular i a la pèrdua d'elasticitat, cosa que limita la mobilitat.

És important tenir en compte que els músculs no treballen de forma aïllada (Germain, 2003), sinó que l'acció d'uns està relacionada amb la dels altres. Estan disposats en forma de cadenes musculars, d'aquí ve la importància de treballar l'estirament globalment (implicant diversos segments corporals i articulacions), tenint cura de la postura i de la respiració. Aquesta idea de globalitat en l'estirament i la flexibilització del cos es reflexa en el mètode desenvolupat per Philippe. E. Souchard anomenat Stretching Global Actiu (Souchard, 2005 i 2006). Encara que, per les característiques dels participants, en el desenvolupament del programa que presento no es pot aplicar plenament aquest mètode, sí que són útils la idea i els principis generals que proposa: estirar globalment evitant compensacions, posar atenció al bloqueig de la respiració i la importància de la postura per fer un estirament eficaç.

El treball de flexibilitat es fa mitjançant l'estirament de diferents grups i cadenes musculars de forma global. Cal destacar la importància d'aquest tipus de treball tant per la millora i/o manteniment de la mobilitat que comporta, com per la possibilitat que dóna de treballar la consciència corporal mitjançant una actitud d'escolta del propi cos.

Per treballar la flexibilitat cal tenir en compte que:

- No és convenient fer estiraments bruscos, per evitar la ruptura de fibres musculars o lesions articulars. Cal evitar els estiraments balístics (balancejos, rebots) (Rose, 2005).
- És imprescindible mantenir una postura correcta i procurar evitar compensacions lligades a l'estirament.
- Cal mantenir l'estirament durant un temps (segons o minuts en funció del tipus d'estirament i de les capacitats), evitant sempre sobrecarregar les articulacions.
- Per a les persones amb poca mobilitat i deficiències osteoarticulars, és difícil mantenir i adoptar les posicions convencionals per realitzar estiraments. Habitualment haurem de treballar asseguts en una cadira o drets i recolzats a la paret.

La flexibilitat es pot treballar mitjançant:

- Estiraments.
- Activitats dinàmiques i formes jugades, amb material o sense, que incloguin estiraments i mobilitzacions globals.
- Activitats simbòliques i expressives amb material i música –o sense– i de forma individual o en grup, que incloguin estiraments i mobilitzacions globals.

5.6 Coordinació de moviments

La coordinació és *“la capacitat de regular de manera precisa la intervenció del propi cos a l'execució d'una acció justa i necessària segons la idea motriu prefixada”* (Castanyer i Camerino. 1991: 90) És una capacitat complexa que sempre està present en qualsevol acció motriu (tal com explicava en el punt 2.3.3.2 del capítol anterior) i és la que dóna qualitat al moviment mitjançant la precisió, l'eficàcia, l'economia i l'harmonia (Castanyer i Camerino. 1991) . Està del tot relacionada amb altres capacitats com la noció del propi cos, les

percepcions de l'espai i del temps, l'equilibri... A banda d'aquestes relacions, que depenen del funcionament del sistema nerviós, les capacitats dels sistemes muscular i osteoarticular també condicionen la coordinació de moviments.

Es tracta d'una capacitat que s'inscriu en la tercera unitat funcional d'A.R. Luria, en l'àmbit de les praxis (global i fina). La unitat que regula les conductes psicomotores més complexes i la primera que es deteriora en el procés de retrogènesi explicat en el punt 2.1.2 d'aquest mateix capítol. Hi ha dos tipus de coordinació: la dinàmica general (desplaçaments i moviments globals) i l'específica (manipulacions més fines).

Una bona coordinació de moviments contribueix a desenvolupar-se de forma autònoma i sense despeses energètiques innecessàries, aspecte que és especialment útil per a les persones amb discapacitats.

Per treballar la coordinació cal tenir en compte que:

- És molt important adaptar la complexitat de les propostes a les capacitats reals de les persones. No demanar allò que la persona no és capaç de fer
- Essent una capacitat molt lligada a les capacitats cognitives (atenció, memòria...), pot arribar a esdevenir d'alta intensitat intel·lectual, aspecte que –com el treball físic– també comporta fatiga
- La progressió en la complexitat (de més fàcil a més difícil) i en el ritme de treball (donant el temps necessari a cadascú per poder elaborar la seva resposta) és del tot imprescindible, sobretot si les persones que participen pateixen deficiències cognitives
- Cal incentivar i reforçar l'interès per provar, per experimentar una i altra vegada

Podem treballar la coordinació la mitjançant procediments com:

- Mobilització combinada de diferents segments corporals (mans, peus, braços, cames...) en relació de simultaneïtat, successió o alternança, amb totes les combinacions possibles entre segments i un costat i l'altre del cos (Ex: diferents maneres de caminar, coreografies tipus aeròbic...)
- Manipulació –amb diferents parts del cos– d'objectes de forma, color, mida, pes o textura diferents, en situacions diverses i variades (individualment, amb altres persones, forma jugada...). Aquesta manipulació pot comportar accions com: llançaments, recepcions, rodaments...

5.7 Equilibri

L'equilibri està relacionat amb la capacitat de mantenir la postura (mantinguda pels músculs que actuen de manera constant contra l'acció de la gravetat) i de recuperar-la en cas de desestabilització. És una capacitat complexa i que està a la base de la construcció dels factors psicomotors.

L'equilibrament està íntimament relacionat amb l'esquema corporal, i la funció tònica podem considerar-la com un teló de fons de l'equilibri, que alhora, ens donarà les bases per construir les nostres coordinacions i el domini de l'espai. En l'ésser humà, es manifesta per l'actitud de la bipedestació i es caracteritza perquè es realitza amb el mínim esforç voluntari.

Està assegurat pel complex joc de reflexos d'equilibrament, sorgits del conjunt d'informacions d'origen propioceptiu que constitueixen xarxes d'informació sobre l'equilibri actual, al mateix temps que sobre les modificacions constants que es produeixen en el medi, en el qual posteriorment exercim aquest equilibri. (Aragunde, 2000: 178).

La importància del manteniment de l'equilibri entre les persones més grans està en la seva relació amb les caigudes i les seves conseqüències, tal com ja ha

quedat explicat en el capítol anterior. És per això que si desenvolupem el programa VAFiD en grups de persones que poden mantenir-se dempeus i desplaçar-se –amb ajudes tècniques o sense–, l'equilibri és un dels aspectes a treballar de manera continuada i constant. L'objectiu és mantenir les capacitats (sensorials, motores i cognitives) que contribueixen a conservar l'equilibri i a garantir la seguretat i la confiança en els desplaçaments i/o accions de la vida diària.

Es distingeix entre equilibri estàtic (manteniment de la postura en contra de la gravetat o d'altres forces externes) i el dinàmic (recuperació de la postura després d'un desequilibri generat per la projecció del centre de gravetat fora de la base de sustentació) i els podem treballar tant en bipedestació com en sedestació.

Sigui quina sigui la forma de treball i el tipus d'equilibri, factors com la base de sustentació (la superfície de recolzament), la posició del centre de gravetat del cos, la vista, la informació propioceptiva (sensacions plantars...) i l'activitat prèvia a l'equilibrament (Ex: caminar molt ràpid) condicionen les possibilitats i la dificultat de les situacions d'equilibri.

A l'hora de treballar-lo en persones grans amb dependència, cal tenir en compte que:

- La seguretat és primordial. Per això cal preveure totes les situacions de risc i fer propostes que garanteixin el control de totes les persones del grup. S'ha de tenir en compte que el tipus de persones a qui va dirigit aquest programa solen tenir un equilibri precari i un alt risc de caiguda. Per aquesta raó les situacions molt dinàmiques i motivants –que sovint fan perdre la concentració i l'atenció– tenen un component de risc important.
- L'atenció i l'actitud d'escolta són molt importants per treballar l'equilibri. Per això és útil facilitar l'experimentació controlada sobre les pròpies possibilitats i característiques, amb la finalitat d'ajudar a descobrir els propis límits.

- És interessant crear situacions canviants i variades –però controlades– que puguin assemblar-se a les de la vida diària (Ex: Caminar al costat d’altres persones i en diferents sentits com al carrer).

Es pot treballar l’equilibri, tant drets com asseguts, mitjançant activitats que comportin o requereixin:

- Canvis de pes.
- Modificació de l’alçada i de la projecció del centre de gravetat (diferents punts de recolzament, posicions estàtiques, evolucions dinàmiques, accions diverses al mateix temps que es manté una postura estàtica o dinàmica...).
- Modificacions en les dimensions de la base de sustentació (peus junts, separats, recolzament amb un peu...).
- Modificació de la informació sensorial implicada en l’equilibri: vista, tacte i propiocepció, sistema vestibular (manteniment de postures i mobilitzacions amb els ulls tancats, realitzar activitats sobre una base inestable...).
- Recuperació de la postura equilibrada després d’una situació dinàmica (aturar-se de cop després de caminar).

5.8 Percepció del propi cos

Tenir una bona percepció i representació del propi cos permet moure’s i relacionar-se amb l’entorn de manera efectiva. Entorn de la idea de reconeixement corporal s’utilitzen diversos termes (*“noció corpòria”, “esquema corporal”, “imatge corporal”, “consciència corporal”*) que expressen diferents punts de vista però que, per altra banda, volen anar més enllà de la noció física del cos tot considerant les emocions i les sensacions, els sentiments... (Da Fonseca, 1998: 192), en definitiva considerant, també, el component simbòlic de la percepció del cos.

La noció que les persones tenim del nostre cos és el resultat del conjunt de percepcions i informacions que provenen tant de l'interior com de l'exterior i, alhora, de les experiències i els aprenentatges adquirits. *“La noció de cos és l'alfabet i l'atles del cos (...). Com a mapa la noció de cos és indispensable per “navegar” en l'espai; com alfabet, és indispensable per comunicar i aprendre”.* (Da Fonseca, 1998: 193). És un concepte que fa referència a la idea que les persones ens construïm i som capaces de representar del nostre propi cos – estàtic o en moviment, de les parts o en el seu conjunt– a partir de les informacions internes i de la progressiva construcció que ens en fem a partir de la nostra relació amb l'entorn.

En l'àmbit que ens ocupa aquest és un aspecte important a treballar i a mantenir perquè constitueix la base per als moviments voluntaris i, per tant, de l'ús del propi cos. Tenir-ne una bona noció suposa conèixer, situar i localitzar els diferents segments i parts del cos, i percebre'n també la postura, tant en situacions estàtiques com en moviment. En aquesta percepció del propi cos hi tenen un paper important totes les informacions provinents del tacte, de la vista, dels músculs i de les articulacions (propiocepció), i les del sistema vestibular.

El desús, la immobilitat i les alteracions neurològiques (com és el cas de les demències) comporten la pèrdua de la noció corporal que caldrà treballar i estimular de manera continuada i constant, però tenint en compte que:

- És un tipus de treball que requereix un alt grau d'atenció i concentració, les quals poden representar un alt nivell d'intensitat de treball per a aquelles persones que presentin dificultats en aquestes capacitats
- Tot i que es tracta d'un treball individual (quan es fa de forma específica), el treball en grup és enriquidor perquè dóna possibilitats d'observar a l'altre, de comparar i, per tant, de conèixer-se millor un mateix
- És un aspecte que està implicat en totes les accions i activitats que es puguin desenvolupar durant una sessió d'activitat física
- Cal cultivar de manera sistemàtica i continuada una actitud d'escolta i d'observació sobre si mateix, que ajudarà a aquest reconeixement

corporal. En aquest aspecte és bo procurar que la persona “escolti” el moviment però que no el miri, perquè d'aquesta manera la propioceptivitat no deixa d'assumir la seva funció (Da Fonseca, 1998), que és la d'informar al cervell sobre el moviment. Hi ha, però, una excepció, que és quan la persona pateix alteracions importants en la propioceptivitat i la coordinació, llavors la vista és un element primordial per al reconeixement

Es pot treballar mitjançant activitats que facilitin aquest reconeixement i que impliquin:

- Posar atenció en les diferents parts del cos, mitjançant automassatge, massatge i/o contacte corporal amb altres persones, *clapping*, observació i mobilització
- Reconèixer l'eix corporal i diferenciar els dos costats del cos
- Reconèixer característiques físiques (forma, textura, mida...) i funcionals (possibles moviments, to muscular...) de les diferents parts i segments corporals, mitjançant reconeixements tàctil, visual o motriu
- Conèixer i identificar les diferents parts del cos pel seu nom
- Observar, reconèixer i modificar (si és possible i si cal) la pròpia actitud postural en situacions diverses (seure i mantenir-se dempeus, fent exercicis gimnàstics, manipulant objectes o mentre es realitzi qualsevol altra activitat durant la sessió) incentivant sempre la transferència d'aquesta actitud correcta a la vida diària

5.9 Percepció de l'espai

La capacitat de percebre l'espai en què ens desenvolupem les persones ens serveix per poder-nos moure i situar en l'espai i en relació amb els objectes que conté. La vista ens permet distingir, diferenciar i situar els elements de l'entorn que ens envolta de manera més ràpida que si ho hem de fer mitjançant el moviment (per exemple per raó d'una deficiència visual).

És una capacitat que ens permet orientar-nos en relació als objectes de l'entorn i també situar-los en relació a nosaltres mateixos. Ens permet interpretar plànols, identificar trajectòries, sentits i direccions (del nostre propi cos, d'objectes) i també està relacionada amb la lateralitat (conceptes com dalt/baix, sobre/sota, dreta/esquerra...). La percepció de l'espai ens ajuda a ordenar, a apreciar distàncies entre objectes o elements de l'entorn, longituds, volums o superfícies.

A més d'estar relacionada amb factors sensorials, neurològics i cognitius, està condicionada per la capacitat de moure's per l'espai on està immersa. Així, la rigidesa de les articulacions o les limitacions per poder caminar són aspectes que modifiquen la percepció i les possibilitats de vivència i d'interacció amb l'entorn. En el nostre cas, és habitual que les persones que participen en el programa tinguin un radi d'acció petit, que podem ampliar mitjançant els objectes. En aquest sentit, Joaquín Benito diu:

“També podem ampliar la nostra kinesfera²⁷ quan projectem el moviment lluny de nosaltres. Un exemple concret és el llançament d'un objecte. Aquest és un símbol de la nostra força i de la nostra potencialitat. Sense necessitat de l'objecte concret, els nostres moviments i gestos també poden ser projectats fora de nosaltres. La nostra força pot irradiar i ser també un símbol del nostre jo, una manera d'establir una comunicació, un contacte amb l'espai llunyà, un espai per donar i rebre. (Benito, 2001:69).

Des del programa VAFiD podem treballar la percepció de l'espai però haurem de tenir en compte que:

- Les persones que tenen poca mobilitat s'han de servir d'objectes o d'altres persones per interaccionar amb l'espai
- Els dèficits visuals condicionen la percepció de l'entorn

²⁷ El mateix autor defineix aquest terme com: l'espai pròxim que envolta el nostre cos, en el que es poden moure els nostres braços, cames i columna, sense desplaçar-se.

És un aspecte que es pot treballar mitjançant la realització d'activitats amb desplaçaments –del propi cos, d'altres persones o d'objectes– en un espai. Les activitats poden incloure:

- Coneixement i vivència dels conceptes bàsics relacionats amb l'espai (dins, fora, dalt, baix, agrupació, dispersió, ample, estret...)
- Percepció, reconeixement i vivència de direccions, trajectòries, plans mitjançant les accions del propi cos (en la seva globalitat o en segments), d'objectes o d'altres persones. (Ex: dibuixar trajectòries a l'aire amb diferents parts del cos...)
- Orientació tenint com a punt de referència un mateix, altres o bé objectes externs (Ex: situar-se davant/darrera, a la dreta/esquerra d'una cadira. Situar-se de manera que una altra persona estigui al teu davant...)
- Reconeixement i reproducció (amb gestos o desplaçaments) de trajectòries i direccions dibuixades en un plànol, explicades verbalment o bé observades

5.10 Percepció temporal

De la mateixa manera que el moviment del cos es realitza en un espai determinat, també succeeix en un temps. Un temps que comporta un ordre i una durada –components principals de l'organització temporal–. Les seves dimensions qual es transformen en funció de la nostra ocupació, edat, motivació i atenció en relació a aquesta ocupació... La percepció del temps està comandada pel cervell, que alhora necessita d'una complexa organització temporal, perquè treballa amb les experiències del passat, les adapta al present i anticipa el futur (Graña, 2000).

La percepció temporal està estretament lligada al ritme i n'és el seu principal exponent. El ritme és present en tots els moviments i en tots els fenòmens de la naturalesa. *“El ritme expressa com transcorre l'acció –o el moviment– en el temps. Podríem dir també, la forma com s'ordena, organitza o estructura l'acció*

en el temps, tenint en compte la seva intensitat, durada i continuïtat". (Benito, 2001: 64).

La percepció temporal està lligada a l'oïda i a la percepció dels moviments, però també als sentits de la vista i del tacte. S'inscriu en la segona unitat funcional de Luria –com la lateralitat, la noció de cos i la percepció espacial– encarregada de la recepció, l'anàlisi i emmagatzematge de la informació.

El treball a desenvolupar en el VAFiD sobre la percepció temporal inclou la contribució a l'orientació temporal (dia, mes, any, matí, tarda...) –sobretot amb persones amb demència– i tot tipus de ritmes (sonors, orgànics, del moviment) tenint en compte la seva presència en totes les accions. Procurarem treballar aspectes com:

- Conceptes bàsics (lent/ràpid, fort/fluix...)
- Relacions en el temps (simultaneïtat, successió, alternança)
- Estructuració del temps (percepció, coneixement i reproducció d'estructures rítmiques)

Tots aquests aspectes els podem treballar mitjançant activitats que comportin:

- La identificació i/o reproducció d'estructures rítmiques mitjançant el moviment
- La utilització de recursos que incloguin l'observació i la identificació dels cicles que formen part de la nostra vida (dia/nit, matí/tarda, estacions de l'any...) per tal de contribuir a la orientació en el temps
- Observar i identificar ritmes propis (respiració, freqüència cardíaca, marxa...)
- Elaborar estructures rítmiques a partir del propi cos i del moviment, reforçant la creativitat individual i/o col·lectiva

En treballar amb persones amb dependència, haurem de tenir en compte que, per la seva intangibilitat, el treball quant al temps és un aspecte que comporta una certa dificultat –sobretot per a persones amb deficiències cognitives– però

al mateix temps permet reforçar l'expressió innata que va lligada a la nostra gestualitat, malgrat es tingui poca mobilitat i/o dèficits cognitius.

5.11 Percepció sensorial

Des del programa VAFiD, l'estimulació de les vies de recepció d'estímuls més directament relacionades amb el moviment –tacte, vista i oïda– té un paper important per dues raons:

- És la porta d'entrada de la informació que després cal processar per, a continuació, poder elaborar les respostes. Així doncs, és el primer pas a intentar garantir perquè l'arribada de la informació és imprescindible per poder ésser utilitzada. L'estimulació d'aquestes capacitats respon a l'objectiu de facilitar la comunicació, el contacte amb l'entorn, la pròpia capacitat de decidir, l'autonomia que encara es conservi, la dignitat
- Una de les característiques més habituals de les persones que participen en el programa són les deficiències sensorials (Vegeu punt 2.3.1 del capítol II). És per això que, per una banda, caldrà procurar mantenir-les en el nivell de cadascú i/o prioritzar les que es conservin per compensar la manca d'altres i, per altra, tenir en compte les deficiències a l'hora de comunicar-nos i valorar el contacte amb l'entorn i les respostes de la persona

En general, tant quan treballem específicament aquest aspecte, com quan ens comuniquem amb les persones que participen en el programa, caldrà tenir en compte que:

- La manca de precisió en les respostes motrius pot ser deguda a dèficits sensorials
- Patir deficiències sensorials contribueix a l'aïllament i a la inhibició de les persones, de manera que caldrà observar molt atentament aquestes conductes i procurar crear situacions que facilitin la participació activa

de totes les persones del grup, garantint la inclusió de les que tenen deficiències sensorials

- Parlar clar, vocalitzar, situar-se correctament en relació a les persones o tocar –acompanyant, no imposant– són recursos necessaris per aconseguir comunicar-se amb el grup

Podem treballar la percepció sensorial mitjançant activitats que requereixin i comportin:

- L'estimulació del tacte (de diferents parts del cos) a través de la manipulació (colpir, amassar, llançar i rebre, acaronar, prémer...) d'objectes i del contacte amb el propi cos o el dels altres
- L'estimulació de la vista mitjançant l'observació global o concreta de situacions o objectes, el moviment dels ulls i l'exercitació de funcions de la vista (Ex: enfocar i desenfocar un objecte situat davant dels ulls)
- L'estimulació de l'oïda posant atenció en la discriminació i la interpretació d'ordres, de sons, de sorolls, per després poder respondre adequadament a la situació i/o propostes que es facin relacionades amb el moviment

5.12 Relació amb si mateix/a

Molt relacionat amb l'actitud d'escolta que he exposat anteriorment, aquest és un treball que es fa cultivant la capacitat de la persona per reconèixer les pròpies possibilitats, limitacions o característiques, respectant-les i reforçant actituds i sentiments positius cap a un mateix.

Aquest també és un aspecte que està present en totes les sessions, perquè sigui quina sigui l'activitat que s'estigui practicant, sempre cal que es faci en un ambient alegre, lliure, compromès, agradable i, sobretot, que ajudi a sentir-se capaç de moure's, de decidir... de manera equilibrada i d'acord amb la realitat individual.

Més que unes activitats adients per poder treballar aquest aspecte, hi ha una *manera* de fer i de proposar-les. Aquesta manera de fer s'inscriu en la relació pedagògica que s'estableix entre l'educador/a i el grup, que s'ha de concentrar en obtenir una valoració positiva i creure en les possibilitats de les persones que, encara que siguin velles i tinguin alguna discapacitat, participen en el programa.

5.13 Relacions interpersonals

En aquest aspecte es tracta de fomentar i facilitar el contacte amb les altres persones que sovint estan limitades per la discapacitat i la tendència a la passivitat i a l'aïllament. Com a éssers socials que som, la comunicació amb els altres constitueix una part important de la condició humana.

Aquest treball és important tant perquè facilita el sentit de pertinença al grup i la comunicació –en contrast amb la tendència a l'aïllament–, com per les possibilitats d'autoconeixement i revalorització personal quan s'està al costat dels altres.

Les relacions interpersonals es treballen sempre de manera indirecta, ja que el programa es desenvolupa en grup, però en determinats moments del programa es treballa de manera específica i intencionada.

És important destacar la importància de la manera com es distribueix el grup per la sala on es desenvolupa el programa. Tal com ja he dit anteriorment, sovint les persones amb qui treballem tenen les possibilitats de moviment limitades, i això fa que el cercle d'acció també sigui reduït. És per aquesta raó que, des de la nostra mobilitat, hem de fer possible que aquest cercle s'eixampli al màxim possible i permeti la interacció directa amb altres persones. La disposició i la distribució de les persones que participen en l'activitat és el primer aspecte que condiciona les seves possibilitats de relació. Formar un gran cercle és diferent de situar-se per parelles l'un davant de l'altre, i d'agrupar-se en petits grups, i de seure en fila l'un darrere l'altre. Totes

aquestes són formacions que, treballant amb persones que no es puguin desplaçar per elles mateixes, faciliten diferents formes de relació entre elles i diferents possibilitats de treball. A l'hora de posar en pràctica el programa caldrà tenir molt present aquest aspecte "organitzatiu" del grup perquè, tal com ja ha quedat clar en el plantejament de les finalitats del programa, potenciar la sociabilitat ha de ser una constant en el seu desenvolupament.

El treball d'aquest aspecte es fa mitjançant la realització d'activitats diverses (jocs, exercicis...) per parelles, en petits grups o gran grup, de manera que sigui necessari cooperar, compartir, parlar, expressar, observar, decidir, triar... amb una altra o més persones.

5.14 Relació amb l'entorn

Aquest aspecte fa referència a tot allò que comporti relació de la persona amb l'exterior, com pot ser observar, identificar o tocar l'estructura, els objectes o parts d'una sala o de qualsevol espai en què es desenvolupi la sessió.

Cara a les persones amb mobilitat limitada aquest és un aspecte fonamental per tal d'evitar la tendència a l'aïllament i/o la limitació del seu camp d'actuació. A vegades es dona el cas de persones que poques vegades surten a l'exterior o, encara més, poques vegades surten de la seva habitació de la residència. Aquesta circumstància fa que el seu cercle d'actuació sigui molt reduït i contribueix progressivament a la pèrdua de referències espacials i temporals. El programa d'activitat física –junt amb d'altres intervencions– pot i ha de procurar el manteniment d'una relació amb l'entorn el més àmplia i positiva possible –respectant sempre la voluntat i la decisió de la persona–.

El treball i l'estimulació d'aquest aspecte es fa mitjançant activitats que ajudin a ampliar aquest camp d'acció (Ex: Llençar un objecte contra la paret des d'una certa distància, assenyalar totes les coses que es vegin i que compleixin una característica determinada...).

També és bo intentar realitzar l'activitat física en diferents entorns, per tal d'ampliar l'àmbit d'acció de les persones que hi participen (sala, gimnàs, jardí). En definitiva, totes aquelles activitats (moure's, observar, tocar...) que ajuden a conèixer l'entorn físic en què es desenvolupa la persona.

5.15 Concentració i atenció

Aquests conceptes es situen a la base de les capacitats cognitives, estan lligats a la recepció de la informació que posteriorment serà processada i farà possible l'elaboració de les respostes. Exercitar les capacitats d'atenció i concentració contribueix a mantenir l'autonomia de la persona.

El seu treball estarà lligat als diferents tipus d'atenció (sostinguda, dividida, selectiva i alternant) exposats en el punt 2.3.3.2 del capítol anterior. Cas que en el grup hi hagi persones amb dèficits d'atenció i concentració, caldrà:

- Simplificar les ordres o propostes, tot limitant-les als aspectes més importants.
- Reduir la durada de les tasques que "demanen" molt d'aquestes capacitats.
- Evitar que hi hagi estímuls que puguin distreure l'atenció. És important poder realitzar l'activitat en un espai tancat que permeti concentrar-se en el què s'està fent.

Són capacitats que en el programa VAFiD es treballen de manera global pel sol fet d'atendre les consignes i respondre a les diferents situacions que es donen i es creen durant el desenvolupament de la sessió. Tot i així, quan es fa un treball específic, es proposen activitats que impliquin:

- Donar resposta a consignes complexes (ordres amb més d'un verb) com podria ser realitzar una seqüència de moviments. (Ex: Agafar el tub amb la mà dreta, tocar-se el peu esquerre i donar-lo al company amb les dues mans).

- Discriminar i/o seleccionar i respondre segons diferents estímuls. (Ex. caminar quan sona la música, quan para aturar-se).
- Escoltar les sensacions provinents del propi cos. (Ex: en fer un estirament, escoltar allà on tiba).
- Reaccionar en funció de les respostes dels altres o de la situació. (Ex: picar de mans quan l'altra persona rebi la pilota).

5.16 Funcions executives

Les funcions executives són les que ens permeten elaborar conductes complexes com organitzar, planificar, decidir... (Vegeu punt 2.3.3.2 del capítol anterior) i, per tant, constitueixen el màxim exponent de la nostra autonomia, de la nostra capacitat per governar-nos.

Amb el VAFiD podem incidir àmpliament en aquestes capacitats mitjançant diverses activitats però hi té un paper primordial la manera com les proposem i apliquem, les estratègies pedagògiques que utilitzem durant les sessions. Val a dir que malgrat treballem amb persones que conservin poques capacitats de raonament abstracte, d'elaboració d'estratègies o de decisió, sempre podem trobar una escletxa –encara que sigui molt estreta– que permeti escollir –que és una manera de decidir–.

Les funcions executives es treballen i s'estimulen a partir d'activitats que requereixin fer associacions, categories o seqüències i que, per tant, necessiten un procés d'elaboració cognitiva, essent les més significatives la presa de decisions i l'elaboració d'estratègies.

Les activitats que permeten incidir en aquest aspecte són:

- Realització d'associacions del moviment amb una música, amb números, paraules, accions, imatges, colors, estacions de l'any... (Ex: a la senyal de "1" fer l'acció "x", a la senyal de "2" fer l'acció "y").

- Activitats que comportin elaborar o reconèixer i/o actuar en funció de categories (Ex: Agrupar objectes per colors, formes, pes. Realitzar, pensar o inventar moviments de mans, cames, braços, cos i braços...).
- Realització i/o elaboració de seqüències de moviments que poden ser més curtes o més llargues, amb material o sense, o associades a una música (com una coreografia d'aeròbic o els passos d'una dansa popular).
- La presa de decisions o l'elaboració d'estratègies s'estimulen proposant activitats i situacions en les quals la persona o el grup hagi d'escollir, preveure les seves pròpies accions o resoldre problemes. (Ex: En grups de 4 persones, fer un treball de mobilitat articular en l'ordre i amb el material que vulguin. En parelles, com ho podem fer per passar-nos el mocador sense tocar-lo amb les mans?).

L'estimulació d'aquestes capacitats no només està lligada a activitats concretes sinó que també respon a qüestions metodològiques d'impartició de les sessions donant l'oportunitat de decidir –encara que sigui en aspectes molt petits– a les persones que hi participen.

5.17 Memòria

Igual que la majoria de les capacitats exposades fins ara, la memòria també està present en tots els actes de la nostra vida. Treballar-la i estimular-la a través del moviment és una bona manera de contribuir al seu manteniment –tal com ha quedat demostrat en la tesi doctoral de Pilar Pont (2004a)–.

A l'hora de desenvolupar el treball de la memòria en les sessions d'activitat física caldrà tenir en compte que sempre cal demanar a cadascú d'acord amb les seves possibilitats. Essent una capacitat que no s'evidencia amb un moviment, com totes les capacitats cognitives, a vegades es fa difícil –o menys evident– saber fins on arriben la capacitat o la discapacitat en aquest aspecte. Per això caldrà informar-se, formar-se i observar molt atentament. Per

descomptat que, en aquestes situacions, és imprescindible respectar i vetllar per la dignitat de la persona.

La memòria es treballa a partir de la majoria de les activitats que es desenvolupen durant la sessió, però de manera específica i a banda de les activitats esmentades en els dos punts anteriors, també es treballa amb propostes que comportin l'evocació d'informacions rebudes i percebudes anteriorment (Ex: Fer moviments i exercicis apresos en sessions anteriors. Representar una acció de la vida diària. Observar una situació, modificar-la i reconèixer els canvis que hi ha hagut. Escoltar una seqüència rítmica i després reproduir-la...).

5.18 Llenguatge

El llenguatge no només es limita a les expressions verbals i escrites sinó que també inclou el llenguatge gestual. De fet, el gest és un element de comunicació i d'expressió que transcendeix paraula. El llenguatge corporal també “parla” sobre nosaltres mateixos, dels que ens envolten i de l'entorn en què ens desenvolupem.

Facilitar l'expressió i la comunicació esdevé un aspecte fonamental per a les persones que tenen poques oportunitats i/o capacitats per poder compartir i expressar necessitats, interessos, opinions...

A l'hora de treballar el llenguatge caldrà tenir en compte que entre les persones grans amb discapacitats, moltes vegades:

- La capacitat d'expressió és limitada i cal aprendre a “llegir” paraules o gestos imprecisos, erronis o desestructurats
- Cal saber esperar –sovint més temps del que estem acostumats– l'emissió de la resposta d'una persona que, per la raó que sigui, la processa més lentament

- Caldrà ajudar o donar pistes, sense imposar, per a l'emissió del missatge

Aquest aspecte es treballa en les seves diferents dimensions mitjançant activitats de:

- Fluència verbal, incentivant sempre la capacitat de posar paraules a les pròpies sensacions o necessitats...
- Expressió oral i corporal, ja sigui representant o descrivint situacions, moviments o accions mitjançant la gestualitat o verbalment. (Ex: Representar una actitud d'alegria amb el gest, explicar al grup l'execució d'un exercici gimnàstic...).
- Comprensió de consignes, ordres o normes –donades mitjançant paraules, imatges, gestos, sons– per després aplicar i resoldre en una situació de grup o individual.
- Denominació, on calgui utilitzar les paraules adequades per explicar gestos, parlar d'accions, moviments, parts del cos...

6 Recursos disponibles per poder treballar aquests aspectes: les activitats, el material i la música

Una vegada definides les intencions més generals i més específiques, els aspectes que hem de treballar per complir amb els nostres propòsits, cal veure quins són els recursos que podem fer servir des de l'àmbit de l'activitat física. Disposem de tècniques i d'activitats molt variades que podrem utilitzar en funció de diversos factors (característiques del grup, objectius, època de l'any...) i que es complementen amb la utilització de material i música com a elements que contribueixen de manera clau en l'estimulació, la motivació i en la riquesa de les propostes.

6.1 Les activitats

Una de les característiques de l'àmbit de l'activitat física i el moviment és la riquesa de recursos disponibles per utilitzar en el desenvolupament dels programes a fi de poder treballar allò que pretenem.

Les propostes que poden formar part de la sessió d'activitat física són molt variades i inclouen diferents tipus d'activitats i tècniques. Per facilitar-ne la descripció les agruparé en les següents categories:

- Activitats gimnàstiques
- Activitats rítmiques
- Activitats lúdiques
- Activitats d'expressió
- Activitats a l'aire lliure

6.1.1 Activitats gimnàstiques

Entenc que les activitats gimnàstiques són les que inclouen pràctiques d'exercicis, de moviments o de seqüències de moviments –analítics o globals– de manera sistemàtica i/o repetitiva. En aquest àmbit podem distingir entre dues línies o dos tipus diferents d'activitats gimnàstiques, que responen a dues maneres d'entendre el treball corporal: la gimnàstica tradicional i les gimnàstiques suaus.

Gimnàstica tradicional: Es tracta d'un tipus de pràctica que es centra en el treball muscular, normalment mitjançant exercicis o pràctiques analítiques o segmentàries, encara que també n'inclou algunes de globals. Està lligada a les pràctiques esportives, a les d'entrenament de qualitats físiques (força, resistència, flexibilitat), i a les pràctiques amb finalitats de manteniment i d'educació per a la salut.

És un tipus de treball que les persones grans –i les que no ho són tant– identifiquen fàcilment, ja que tradicionalment la pràctica d'exercici físic ha estat associada a l'esport i a la gimnàstica. Sovint, quan es parla de gimnàstica s'identifica clarament que es tracta de fer exercici físic. Aquesta és una via d'entrada i d'apropament –a vegades també d'allunyament– a les persones molt grans a qui proposem participar en un programa d'activitat física. Hem de tenir en compte que la primera de les condicions per motivar la participació és que hom identifiqui la proposta que se li fa.

En l'àmbit de les persones grans amb dependència, aquest tipus de pràctica ens interessa per poder incidir en aquells aspectes que puntualment podem treballar de manera analítica –com pot ser el cas de la mobilitat articular– o en aquells que són de tipus utilitari –relacionats amb activitats de la vida diària, com pentinar-se o posar-se les sabates– i de manteniment de qualitats físiques.

Per a totes les propostes d'aquest tipus que es puguin desenvolupar durant les sessions d'activitat física, caldrà tenir cura de:

- Realitzar els exercicis gimnàstics adoptant postures correctes, evitant situacions de sobrecàrrega i de compensació, que podrien ser perjudicials per a articulacions i músculs fràgils, dèbils o amb molta rigidesa.
- No perdre de vista l'objectiu principal de la intervenció des del VAFiD que és el de manteniment, estimulació i contribució als processos de rehabilitació –en cas que n'hi hagi–, però mai el de fer un tractament rehabilitador.
- Utilitzar recursos materials i organitzatius (treball en petits grups, per parelles...) per donar varietat i riquesa al treball mitjançant exercicis gimnàstics. Però al mateix temps, cal controlar les situacions de risc o de sobrecàrrega que pugui generar la utilització de materials (per exemple pesos) o situacions atractives (treball en grup, competició...).

Gimnàstiques suaus: En aquest apartat podem incloure diverses modalitats i tècniques que es centren en la consciència corporal; en la relació i la connexió entre els diferents òrgans i sistemes; en la relació tensió/relaxament imprescindible per al moviment; en l'eficàcia, la llibertat i l'expressió del moviment amb el mínim esforç possible.

Els pioners en aquests tipus de pràctiques, segons explica Marie-José Houareau (1986), són autors i artistes com Feldenkrais, Alexander, Mézières, Ehrenfried, Foster i Jaër, que van desenvolupar mètodes de treball corporal que són referents per a moltes de les pràctiques actuals. Salvats els matisos i les singularitats de cadascun d'aquests mètodes, tots ells es caracteritzen per:

- Contemplar la globalitat de la persona i del cos. Posen especial atenció en la connexió entre el cos i la ment, entre les diferents parts del sistema muscular (concepte de cadenes musculars)... en definitiva, tenint en compte que, en l'organisme humà, tot està relacionat i, per tant, tot es reflexa en el tot.

- Partir de la consciència per poder conèixer i actuar amb llibertat. Això és, partir de les sensacions internes, de l'escolta activa sobre si mateix, per poder moure i utilitzar el cos amb llibertat i eficàcia.
- Respectar el ritme, les característiques i les possibilitats individuals, treballant-hi precisament a favor i no en contra, o intentant dominar-les.
- Donar prioritat al paper de la tensió i el relaxament musculars per a la correcta alineació corporal i per a l'economia i l'harmonia del moviment.

A banda de la línia de treball més propera al nostre entorn –l'occidental– com és la iniciada pels autors esmentats més amunt, entenc que en aquest apartat també cal considerar les propostes, els mètodes i les tècniques mil·lenàries – lligades a un estil de vida– que tenen els seus orígens en les societats orientals. Em refereixo a pràctiques com el *Tai Chi*, *Tao Inn (Do In)*, *Qui Gong (Chi Kung)*... Són pràctiques que, tenint aquestes mateixes característiques que acabo d'esmentar, fan aportacions en la línia de l'equilibració energètica, de la connexió entre el cos i la ment, de la consciència corporal, de l'harmonia del moviment i del nexa d'unió entre l'esser humà i la natura. Característiques que són prou interessants per poder ser aplicades i adaptades a la nostra realitat i a les nostres característiques.

Són pràctiques que, en els temps actuals i en la nostra societat, desperten un progressiu interès. Una mostra en són les diverses investigacions que, en les darreres dècades, es dediquen a estudiar la relació que hi ha entre la pràctica del *Tai Chi* entre les persones grans i la millora de l'equilibri o, dit d'una altra manera, la prevenció de les caigudes (Wu, 2002).

Les característiques d'aquest tipus de recursos són del tot apropiades per treballar amb persones grans amb discapacitats, especialment perquè no són "agressives", respecten la individualitat i faciliten el coneixement i el reconeixement de si mateix/a, aspectes que són fonamentals per garantir l'èxit, la coherència i l'adequació del VAFiD.

Del conjunt de pràctiques englobades en les gimnàstiques dolces podem extreure diferents tipus de propostes que ens seran útils per als nostres objectius (Pont, 2004b):

- Exercicis de relaxament muscular segmentari: per ajudar a reduir la tensió de grups musculars concrets, per exemple, després d'un treball específic.
- Tècniques de relaxació: busquen un relaxament més global i, per ser aplicades en el si del VAFiD, es realitzen de manera superficial, no aplicades en tota la seva dimensió. En primer lloc perquè tant les característiques del programa (objectius, treball en grup, espai...), com les de les persones que hi participen (capacitats cognitives, funcionals...), no permeten dedicar el temps que seria necessari per aplicar de manera completa i correcta aquestes tècniques. En segon lloc, perquè la intervenció en aquest nivell es centra més en aconseguir un estat de calma després del treball, que un relaxament molt profund.
- Estiraments: de tipus global i el més naturals possible, respectant els límits particulars.
- Contacte, massatge i automassatge: són totes aquelles propostes que es basen el treball a partir de la pell. Són les pràctiques que es serveixen del massatge (fricció, copets, amassament...) o de les sensacions de pressió sobre el cos (pes, punts de contacte) per incidir en la consciència del propi cos i també en les relacions interpersonals – quan es fan de manera compartida amb altres persones–
- La respiració: escoltant-la, experimentant-la i adaptant-la als moviments.
- Moviments lents: producte de la combinació de postures i moviments que es fan lentament, d'acord amb la respiració i “escoltant” la seva evolució.

En el seu conjunt, l'aplicació de les gimnàstiques suaus en el programa VAFiD comporta:

- Fer propostes senzilles i de curta durada, de manera que no produeixen fatiga mental, sobretot a les persones que pateixen algun tipus de deteriorament cognitiu.
- Dirigir l'activitat definint clarament les propostes, donant pistes que facilitin la seva comprensió, però mai imposant.
- Procurar crear un ambient físic (llum, música...) i mental (predisposició, calma...) apropiats per a aquest tipus de pràctica.
- Respectar i fer respectar les vivències i les sensacions pròpies, evitant que les persones que participen en el programa adoptin models externs i reforçant l'adopció dels que els siguin propis.
- Incentivar la expressió verbal de l'experiència viscuda, un cop finalitzada.

6.1.2 Activitats rítmiques

En parlar de les activitats rítmiques faig referència a totes aquelles que es centren en el ritme. La majoria es realitzen a partir d'un suport musical extern, encara que també es poden fer treballs rítmics sense música (creació de ritmes sonors amb el propi cos, instruments musicals o objectes i la creació de seqüències de moviments, desplaçaments...) (Vallès i Padró 1990). Dintre el repertori de les activitats rítmiques podem incloure les danses, els balls de saló o altres formes de treball amb suport musical com poden ser formes dansades, activitats expressives o l'aeròbic.

En el seu conjunt, aquests tipus d'activitats constitueixen un recurs excel·lent per treballar aspectes de coordinació, la resistència càrdio-respiratòria, la percepció espai-temps o les capacitats de comunicació i expressió.

Per altra banda, cal tenir en compte que el ball (ball de festa major, danses populars lligades al folklore) és de les poques activitats expressives i de relació

acceptades socialment i a les quals han tingut accés les generacions actuals de persones grans. És per això que són un tipus de pràctiques (les danses populars i el ball de saló) que formen part de la vivència col·lectiva i individual i de la memòria motriu de les persones que participen en el programa, i solen ser molt ben acceptades. A més, són un recurs molt adequat per estimular les reminiscències²⁸, i una manera de reforçar les habilitats motrius que encara es conserven en les persones amb demència.

Danses i balls populars: Les danses i balls populars estan lligades a la cultura dels pobles, formen part del seu patrimoni cultural i són l'expressió de les seves arrels. Van acompanyades de músiques o cançons i es solen ballar formant coreografies que inclouen desplaçaments diversos, seqüències de moviments, formacions grupals que evolucionen, passos i figures variades... en un ordre preestablert.

Per ser aplicades en el VAFiD, sovint han de ser adaptades ja que el ritme i les possibilitats de desplaçament de les persones que hi participen és diferent del que seria necessari per poder realitzar la coreografia original. Això, però, no és un inconvenient: és possible simplificar els passos, les evolucions i l'organització. En aquest procés d'adaptació cal considerar paral·lelament dues qüestions:

- Les possibilitats dels participants. En aquest aspecte caldrà valorar les seves condicions i la seguretat que mostren en els desplaçaments. Les capacitats perceptives (espacials i temporals) i les cognitives. Sigui com sigui, caldrà adaptar els balls o les danses de manera que incloguin desplaçaments més senzills (una sola direcció, un sentit, una trajectòria) i curts o que no comportin desplaçament (que es puguin fer des de la posició d'asseguts), que comportin seqüències de moviment, figures o passos senzills (balancejos, sèries d'un o dos moviments...),

²⁸ *La reminiscència és el record sistemàtic de memòries antigues: recordar fets personals en tota la seva amplitud, sorolls, olors, imatges, emocions... La reminiscència és una manera d'activar el passat personal. Es tracta de centrar el record en els aspectes personals dels esdeveniments, més que en la perfecció del record i la correcta localització en el temps. L'objectiu final és estimular la pròpia identitat i l'autoestima de la persona. Jordi Peña-Casanova (1999: 95).*

que permetin la repetició de frases musicals amb la mateixa estructura i coreografia.

- El manteniment de l'essència de la coreografia original. Tot i que en el VAFiD el ball o la dansa són un mitjà per incidir en els aspectes que ens proposem en el plantejament dels objectius, i no perseguim la perfecció en el desenvolupament del ball, sí que és interessant intentar mantenir –en la mesura de les possibilitats que ens permeti l'adaptació– els elements clau que en defineixen l'essència (Vallès i Padró 1990). Una cosa diferent seria que utilitzéssim la música d'una dansa o d'un ball per crear una coreografia inventada –pels propis participants o per nosaltres mateixos–, cosa que també és possible i ofereix moltes possibilitats de treball. Moltes de les músiques de danses i balls tenen estructures musicals molt marcades i que es repeteixen, cosa que permet fer treballs rítmics senzills i adaptats a les persones grans amb dependència.

De les danses i balls populars cal destacar una característica que és molt interessant per al VAFiD: requereixen d'un procés d'aprenentatge que s'acaba amb un producte final molt clar. Per poder ballar una dansa cal aprendre les evolucions, els moviments, cal saber coordinar-se, col·laborar i cooperar amb els companys encara que sigui molt simple i senzilla, encara que requereixi una bona dosi d'acompanyament. Però aquest procés és molt enriquidor i molt satisfactori quan culmina amb una dansa ballada. Permet reconèixer i identificar clarament el resultat d'un treball i d'un esforç fets en grup, cosa que dona satisfacció i ajuda a construir aquell sentiment de competència, el sentir-se capaç de..., competent en...

Ball de saló: aquesta és una modalitat d'activitat rítmica que per a la majoria de les persones grans és coneguda. Lluny de buscar la correcció i la perfecció en els passos del vals, el txa-txa-txa o el tango, el programa pretén utilitzar aquest recurs com a eina que facilita:

- La motivació de les persones que participen en el programa
- El treball de la capacitat de resistència a l'esforç

- Les relacions interpersonals, l'expressió i la comunicació
- El record i el manteniment de la pròpia identitat
- El reforçament del component lúdic i la diversió

Sovint és un recurs útil durant la primera part de la sessió, perquè comporta una activació de caràcter global i facilita el contacte amb les altres persones del grup.

Altres activitats rítmiques: a banda de les propostes més definides i estructurades com són les dues anteriors, el treball rítmic pot tenir diverses modalitats. Les possibilitats van des del treball –amb suport musical– fet a partir de la **creació i l'expressió** –lliure o dirigida parcialment– de cadascú o del grup, buscant una resposta creativa a l'estímul musical, fins a les propostes més properes a l'**aeròbic**. En aquest cas, l'activitat no és tan lliure i parteix d'una successió de moviments entrelaçats que es realitzen de forma continuada i d'acord amb el ritme de la música. Habitualment es segueix una estructura o una coreografia predeterminada i totes les persones del grup treballen al mateix temps. És un tipus de pràctica que facilita especialment el treball cardío-vascular, la coordinació, la flexibilitat i la resistència muscular. Quan es practica amb persones grans en situació de dependència, aquest és un tipus de treball que s'ha de nodrir de moviments, evolucions i coreografies molt senzilles, posant especial atenció en l'intensitat del treball.

Dintre d'aquest grup també podem considerar les **activitats rítmiques sense suport musical**, que es centren en el seguiment, la identificació, la reproducció i l'elaboració de ritmes i d'estructures rítmiques mitjançant percussions amb instruments musicals, objectes i/o el propi cos. Aquests tipus de propostes poden incloure un component creatiu i expressiu important, però poden suposar un cert nivell de dificultat per a les persones amb discapacitats cognitives.

En el conjunt de les activitats rítmiques cal tenir en compte que les deficiències en l'audició condicionen les possibilitats de participar satisfactòriament en aquest tipus de pràctiques. Per això caldrà buscar estratègies que permetin compensar aquest dèficit mitjançant la utilització dels estímuls visual i tàctil.

6.1.3 Activitats lúdiques

El component lúdic forma part de la vida, des del naixement fins a la mort. A totes les persones ens agrada gaudir del joc i d'activitats lúdiques que ens aporten diversió, relacions interpersonals, distracció, possibilitats d'expressar les nostres emocions... És cert, però, que no juguem sempre de la mateixa manera, ni amb els mateixos objectius, ni tan sols amb la mateixa predisposició. Si ens fixem en les etapes de la vida, veurem que el joc i les activitats lúdiques són diferents durant la infantesa, que en l'adulthood o la vellesa. Per això cal utilitzar i proposar aquest tipus d'activitats d'acord amb cada etapa. Els nens no poden jugar de la mateixa manera que els vells, ni a l'inrevés.

En aquest aspecte trobo especialment important destacar que la retrogènesi associada al procés d'envelliment i, a vegades també, al camí cap a la dependència, no justifica de cap manera l'associació de la vellesa amb la infantesa, ni la utilització inadequada de recursos com el joc o les formes jugades. Perdre capacitats i habilitats no és el mateix que perdre la pròpia història de vida, ni la dignitat com a persona.

El paper del joc i de les activitats lúdiques s'inscriu en el VAFiD com un recurs més que s'utilitza amb objectius educatius i que contribueix al gaudi durant la sessió d'activitat física. En el desenvolupament del programa es poden utilitzar dues formes d'activitats lúdiques: els jocs i les formes jugades.

Jocs: Dins els jocs hi hem de considerar tots aquells que tenen una estructura concreta i definida i tenir presents els seus valors d'improductivitat i expressivitat. Així, Huizinga –citada per Àngels Soler (2003:150)– defineix el joc com *una acció o ocupació lliure, que es desenvolupa dins uns límits temporals i espacials determinats, segons regles absolutament obligatòries, encara que deliberadament acceptades. És una acció que té la seva finalitat en ella mateixa i va acompanyada d'un sentiment de tensió i d'alegria i de la consciència de "ser d'una altra manera" que en la vida corrent.*

Així que la inclusió del joc en el programa VAFiD està condicionada –a banda dels objectius de treball– per les característiques de les persones que formen el grup. Si aquestes persones tenen capacitat per desplaçar-se per elles mateixes (caminant o en cadira de rodes) podrem plantejar jocs més dinàmics; si, contràriament, no es poden desplaçar, els jocs seran estàtics. Un altre condicionant és el cognitiu: per poder participar en un joc estructurat i amb normes és imprescindible ser capaç de comprendre'n l'objectiu, la dinàmica i les normes.

Igual que en les danses tradicionals, moltes vegades, i atenent les característiques dels participants, cal fer adaptacions dels jocs modificant-ne les normes, el terreny de joc, l'objecte o objectes que es puguin utilitzar o la finalitat.

Per a la correcta utilització d'aquest recurs dins el programa d'activitat física cal:

- Valorar l'estructura i les característiques del joc per determinar si s'adiu amb les capacitats dels participants i la situació del moment.
- Tenir en compte la predisposició i el moment evolutiu del conjunt del grup per a acollir el joc positivament.
- Preveure les situacions de risc (caigudes, contusions...) que pugui generar la dinàmica d'un grup molt animat pel joc.
- Garantir que tots els membres del grup, sense excepció, comprenen les normes, l'objectiu i el desenvolupament del joc.
- Vetllar per la inclusió de totes les persones del grup en la dinàmica del joc.

Formes jugades i activitats d'animació: Entenc que les formes jugades i les activitats d'animació són situacions amb component lúdic que estan menys definides i estructurades que els jocs. Moltes vegades no tenen normes i són tasques que es serveixen de material, de música o de formes d'organització que permeten afegir un vessant recreatiu i motivant al treball.

Per les característiques del col·lectiu a qui va dirigit el VAFiD, les formes jugades són més habituals i més útils que els jocs pròpiament dits. Són formes de treball més senzilles, simplificables i adaptables a les situacions que es creen en el desenvolupament de les sessions. Això permet atendre adequadament la diversitat i l'heterogeneïtat que habitualment caracteritza la composició dels grups de treball.

Aquest tipus de propostes –sobretot les activitats d'animació– solen ser dinàmiques i no busquen tant la realització de moviments molt concrets i localitzats, com el treball més global encaminat a facilitar la participació activa, les relacions interpersonals i la dinamització.

Tal i com en el cas dels jocs, les formes jugades i les activitats d'animació, s'han de proposar de manera coherent i justificada, per tal de garantir que són ben acollides pel grup. Si això es compleix constitueixen un recurs molt bo per crear un bon ambient de grup, cohesió, benestar i alegria.

6.1.4 Activitats d'expressió

L'expressió a partir del propi cos i del moviment rau en l'origen de les capacitats expressives de l'esser humà, una postura, una expressió de la cara o un gest, per més senzills que siguin, “diuen” coses. Incentivar i estimular aquesta capacitat, innata i apresada alhora, entre les persones que participen en el programa, és contribuir al manteniment d'aquest ésser social que som.

Aquest és un aspecte prioritari a procurar conservar quan les capacitats d'expressió, de relació i de comunicació estan limitades per la presència de discapacitats (siguin del tipus que siguin) o si la situació de dependència, tal com he exposat en el punt 2.4 del capítol anterior, contribueix a fer que la persona adopti actituds passives o d'aïllament.

Les activitats expressives ajuden al desenvolupament o a la materialització de la pròpia creativitat, de la imaginació i dels aspectes simbòlics del moviment, a la desinhibició i a l'espontaneïtat, en definitiva, a l'exteriorització de sentiments, idees...

L'expressió no verbal es serveix d'un seguit d'instruments bàsics de l'expressió corporal. Són els que ens ajudaran a determinar i organitzar el treball expressiu dins el programa. Segons Mercè Mateu (2004) els més directament relacionats amb el moviment són:

- L'expressió facial
- El silenci
- La mirada
- El contacte físic
- Gestos, postures i actituds
- Distància social i posició corporal proxèmica

El joc, la combinació i l'experimentació amb tots aquests elements ens permetrà crear infinitat de situacions expressives assequibles a la majoria de les persones que participen en el programa.

Si bé aquest és un treball fàcilment aplicable en grups amb persones amb discapacitats perquè és adaptable a situacions de mobilitat reduïda i/o dèficits cognitius lleus o moderats, té la dificultat de topar amb creences, valors culturals i la inexperiència en l'expressió a través del cos. És per això que la proposta d'aquest tipus d'activitats ha d'estar lligada a la cohesió, al coneixement i a la confiança que hi hagi entre els membres del grup.

La utilització de les activitats expressives dins el VAFiD ha de partir de:

- El treball progressiu, introduint elements expressius més difícils o que poden generar reticències, de mica en mica i en funció de la resposta del grup.

- El respecte a les vivències personals (sentit del ridícul, tensió...), procurant evitar o minimitzar totes aquelles situacions que puguin resultar incòmodes per a les persones del grup.
- El respecte a les creences i als valors personals (contacte corporal entre homes i dones...).
- El sentit de l'humor i el respecte.

6.1.5 Activitats a l'aire lliure

Si bé sortir a l'aire lliure comporta una dificultat organitzativa i d'infraestructura important per a grups constituïts per persones en situació de dependència, m'agrada incloure aquest punt en l'apartat de recursos, perquè entenc que és fonamental per a la salut física i mental de les persones que, per raó de la seva condició, tenen poques oportunitats de sortir.

Per descomptat que, des del programa VAFiD, només podem utilitzar aquest tipus d'activitats si disposem d'un espai a l'aire lliure (jardí, terrassa...) que sigui adjacent o molt proper al lloc on realitzem l'activitat. Segons les característiques i les dimensions del grup, també és possible que necessitem l'ajuda d'altres persones.

El sol fet de tenir contacte directe amb l'aire i el sol comporta no només els beneficis de l'activació, el moviment i la prevenció de l'osteoporosi, sinó que també facilita l'orientació en l'espai (ampliació del camp d'acció), el temps (matí/tarda, fred/calor...) i el contacte amb l'entorn. Entenc que per a una persona que surt poques vegades –o mai– de la residència o del centre, aquest és un aspecte molt important, sobretot per la funció de reorientació envers la realitat i l'entorn que suposa.

Des del programa d'activitat física, les propostes en aquest tipus d'activitat probablement s'hauran de limitar a dues:

- Sortir a l'aire lliure i desenvolupar una sessió d'activitat física semblant a les que es fan a la sala.
- Sortir a passejar.

Per poderles portar a terme cal:

- Disposar d'un espai proper.
- Que aquest espai:
 - Sigui prou ampli per acollir al grup.
 - No tingui barreres arquitectòniques.
 - Sigui reservat.
 - Sigui ombrívol.
- Plantejar-les en moments en que la temperatura ambient sigui agradable.
- Disposar d'ajuda complementària si el grup és nombrós.
- Aprofitar l'ocasió per fer un treball que faciliti i reforci el contacte amb l'entorn.

Finalitzada la descripció dels diferents tipus d'activitats cal remarcar que siguin quines siguin les activitats que utilitzem en el programa VAFiD –i a banda de les particularitats de cadascuna– totes han de tenir les següents característiques:

- Segures: evitant les situacions de risc o que puguin ser compromeses per a alguna de les persones que participen en l'activitat.
- Adaptabilitat als participants, a la situació i a l'entorn: han d'estar d'acord amb les possibilitats i les limitacions de les persones grans, amb el moment de treball, amb l'espai i el grup amb qui treballem.
- Coherents amb els objectius i les intencions de treball: han de ser utilitzades amb finalitats concretes, amb una intenció educativa.
- Variades i dinàmiques: aquestes característiques donen riquesa al treball i fan possible una estimulació integral.

- Que facilitin la relació i la comunicació com a elements bàsics i fonamentals del programa.
- Progressives en la dificultat i la intensitat de treball: garantint el procés que va d'allò més fàcil a allò més difícil, d'allò més senzill a allò més complex, d'allò més suau a allò més intens.
- Que tinguin en compte la globalitat de la persona.
- Inclusives: que garanteixin la participació de tothom, no discriminin ningú i respectin les diferències.

Certament, aquestes són característiques que han de tenir totes les activitats i tasques que es plantegin en una sessió d'activitat física amb persones grans, però si les analitzem detingudament, ens donarem compte que aquestes característiques no depenen tant de la modalitat de l'activitat com de la manera com es proposen i es duen a la pràctica. Insisteixo en aquest aspecte –que desenvoluparé més endavant– perquè entenc que no és tan important el *què* es fa (l'activitat) com el *com* s'aplica (el mètode).

6.2 El paper del material i la música

Aquests dos elements són dos recursos molt útils en les sessions d'activitat física, i els podem introduir en la majoria de les activitats que conformen el programa. Contribueixen a donar varietat i riquesa a les sessions, ajuden a crear determinats ambients i són elements motivadors i estimulants molt importants. Tot i les seves excel·lents propietats, no necessàriament han d'estar presents en totes les propostes, precisament són útils quan s'utilitzen en la justa mesura, en el moment adequat i amb la funció apropiada per a l'objectiu de treball. Ni la música ni el material no són un objectiu, sinó que són eines que ens faciliten la tasca de treballar cara a unes intencions.

En el treball amb persones molt grans i amb discapacitats, tant la música com el material prenen una significació especial, ja que ajuden molt en les tasques d'estimulació i de comunicació. Quan les capacitats físiques o cognitives són

molt reduïdes, el contacte o manipulació d'un objecte i/o el so d'una música coneguda, són l'estímul que facilita l'emissió de respostes motrius.

Si considerem el material i la música entorn a la seva **funcionalitat** dins el programa VAFiD, hem de tenir en compte que podem utilitzar-los amb la intenció de:

- *Estimular.* La manipulació i la utilització de material i música comporta un primer nivell d'estimulació que és el dels sentits –la porta d'entrada de la informació–. Exercitar-los és contribuir a la conservació de les seves funcions. És el primer graó de tot el procés d'aprenentatge i d'experimentació que es produirà durant la sessió.
- *Facilitar el moviment.* El segon graó està en la resposta a l'estímul. El material i la música que poguem utilitzar durant la sessió sovint són els desencadenants i els vehicles de la resposta. Quan els recursos creatius i les possibilitats de moviment són limitats, la manipulació del material o la presència d'una música, ajuden a “fer sortir” el moviment. Disposar d'un objecte o d'una música que l'acompanyi o el dirigeixi és molt útil i dóna seguretat a la persona que té poca riquesa de moviments.
Sobre aquest aspecte cal remarcar que per a les persones amb apràxia, les tasques que requereixen la manipulació o la utilització de material, en lloc de facilitar el moviment poden esdevenir una font d'estrès, si la proposta no s'adiu a les seves possibilitats.
- *Motivar.* Moltes vegades la utilització d'un material o d'una música – sigui per les seves característiques, per la manera d'utilitzar-los, pel seu simbolisme o perquè són nous per al grup– aporten un grau d'interès i motivació que facilita el treball, ajuda a crear un bon ambient de grup. Aquest seria el tercer graó del procés, el que estimula a continuar, a millorar, a repetir o a avançar en la resposta i el que dóna satisfacció.

Al meu entendre, la **utilització** de material i de música en el programa VAFiD ha de tenir en compte quatre criteris generals:

- Ha d'estar al servei de les intencions de treball, no a la inversa. Cal que el material i la música siguin elements facilitadors del treball que ens proposem fer. Pensar primer en el material o en la música per després elaborar el pla de treball seria poc coherent amb els plantejaments d'aquest programa.
- Ha de ser variada en el conjunt del programa però no gaire nombrosa en les sessions. La disponibilitat de diferents tipus de músiques i de materials permet fer més atractiu el programa i –el què és més important– propiciar la diversitat en les respostes motrius de les persones que participen en el programa. Al mateix temps, aquesta varietat en la utilització d'aquests recursos ha de ser controlada i ha de permetre l'adaptació i l'experimentació. Això vol dir que en una sessió cal limitar la varietat per tal de poder respectar el ritme d'assimilació, d'experimentació de les persones grans.
- Ha d'aportar un punt de novetat i de sorpresa, però en just equilibri amb el material i la música ja coneguts. L'equilibri entre el què és nou i el què és conegut, permet fer una mena de joc entre la seguretat que dóna allò que coneixem (que reafirma i fa sentir competent) i la incertesa del que no (que permet experimentar, motiva i posa reptes).
- Ha de contribuir a l'orientació cap a la realitat. La utilització de materials i de músiques que estiguin d'acord amb la situació del moment (Ex: música de pluja el dia que plou a fora), amb esdeveniments significatius o de referència per a les persones del grup (Ex: Nadal, aniversaris...), amb les estacions de l'any, el dia o l'hora, contribueixen a consolidar l'orientació cap a la realitat tan important per a les persones que estan institucionalitzades.

6.2.1 Especificitats sobre el material

En les sessions d'activitat física del programa VAFiD podem utilitzar una varietat molt gran de material, només cal imaginació per poder donar cabuda a diversitat d'objectes que contribueixen, amb les seves característiques o la seva simbologia, a fer-les més creatives i variades.

Per ordenar i descriure els **tipus** de materials podem considerar tres grans grups:

- *Convencional.* Es tracta del material que és propi de l'àmbit de l'activitat física i l'esport, hi està relacionat i que es sol utilitzar de forma habitual. Alguns exemples són les cordes, les pilotes, les piques, els cèrcols, els pesos lleugers, les gomes elàstiques....
- *Alternatiu.* En aquest grup podem considerar els objectes que no han estat pensats per ser utilitzats en l'àmbit de l'activitat física i l'esport, però que són utilitzables durant les sessions i formen part de la vida diària. El seu interès pot estar centrat en les característiques físiques i/o en el seu valor simbòlic. Vegem alguns exemples de possibles materials alternatius: ampolles de plàstic, mocadors, canyes, daus, barrets, peces de vestir, paper de diari, flors...
- *Complementari.* En aquest grup s'inclou el material que està relacionat amb la infraestructura, que sol ser gros i que ens serveix de suport. Em refereixo a les cadires (imprescindibles en el VAFiD), barres de paret, miralls grans, espatlles

A banda del tipus de material a utilitzar, el que ens interessa especialment són les seves **característiques**, la funció que li podem donar i la seva utilització. En general, qualsevol tipus de material que utilitzem ha de complir les següents característiques:

- *De fàcil manipulació i bona prensilitat.* Hem de tenir en compte que en algunes ocasions ens trobarem amb persones amb poca mobilitat a les mans o d'altres problemes (poca sensibilitat, flacciditat...) que dificulten la manipulació o el fet d'agafar objectes. En aquests casos caldrà buscar les adaptacions (canviar el pes, la mida, complements per poder agafar-lo...) necessàries perquè la persona pugui utilitzar-lo
- *Lleuger.* Cal que fem servir objectes que no pesin massa per facilitar-ne el seu ús, però també s'ha de tenir en compte que, en determinades activitats –per exemple els llançaments i les recepcions– la utilització

d'objectes que pesen molt poc –per exemple una bola de paper– comporta un nivell de dificultat alt

- De *colors vius i contrastats*. Tal com ja he exposat en el capítol anterior, les deficiències més corrents entre les persones grans amb dependència són les sensorials (vista i oïda). L'èxit en la manipulació i la utilització d'objectes durant la sessió d'activitat física depèn en gran mesura d'aquestes capacitats. Per això caldrà valorar com contrasta el color i la forma de l'objecte amb el fons (parets, terra) de l'espai en què estem treballant
- *Divers* en formes, colors, textures, mides i pesos. La diversitat en les característiques físiques del material facilita l'elaboració de respostes motrius variades i adaptades a l'entorn material. Constitueix, també, un "entrenament" per a la manipulació dels objectes de la vida diària

La utilització i la selecció del material durant les sessions del programa VAFiD ha de respondre als següents criteris:

- Adequar la utilització del material als aspectes que vulguem treballar, a les característiques dels qui l'han d'utilitzar i a l'espai en què treballem.
- Introduir el material en el moment adequat, procurant que no entorpeixi la dinàmica del grup ni de la sessió.
- No utilitzar molta diversitat de material en una mateixa sessió, excepte quan això sigui una condició per treballar un aspecte concret (per exemple l'estimulació del tacte).
- Procurar buscar totes les possibilitats de treball que aporta cada tipus de material i cadascun dels objectes que utilitzem.
- Preveure amb anticipació la disponibilitat de la quantitat de material necessari amb anticipació.
- Evitar una utilització descontrolada que pugui provocar situacions de risc (contusions, caigudes).

6.2.2 Especificitats sobre la música

La utilització de la música en les sessions d'activitat física també és molt útil, contribueix en gran mesura a crear un ambient propici per al moviment.

La pràctica corporal amb música proporciona un veritable plaer, reforça el descobriment del cos i la seva relació amb els altres cossos i objectes de l'entorn, i ajuda a la persona gran a “vivenciar” el moviment. A més, és un llenguatge i una forma de comunicació i comprensió entre els éssers humans. (Pont, 1996:85)

Efectivament, el punt d'unió i connexió entre les persones que es crea a partir de la música és insubstituïble. Aquesta circumstància ens permet incidir –entre d'altres aspectes– en les capacitats de relació, comunicació i expressió de les persones grans.

En les sessions d'activitat física es poden utilitzar tot tipus de músiques, sempre que sigui de manera oportuna. Hi ha moltes variables que condicionen aquesta oportunitat i, sobretot, depèn del moment i de les característiques del grup. En general es pot dir que si volem fer un treball més actiu necessitarem una música activa i, en canvi, si estem fent un treball de relaxament, la música haurà de ser lenta. Les músiques que són conegudes pel grup solen ser ben acollides, faciliten el moviment, l'expressió i el reforçament de la pròpia identitat, però les respostes poden estar més condicionades per fets personals i culturals. Les músiques noves permeten fer un treball centrat en el ritme i l'estructura musical més que en l'expressió “apresa”, i poden aportar un punt més de llibertat.

Podem utilitzar la música de quatre maneres diferents (Padró, 2004):

- *Com a fons sonor*: quan la música no guia el moviment, només l'acompanya i ajuda a crear un ambient propici per a la tasca que s'estigui fent (respiració, relaxament, activació...). Es tracta d'un suport a les propostes. Treballant amb persones grans amb discapacitats cal

posar especial atenció en el fet que la música no “contamini” les consignes verbals que es puguin donar, per això és important aturar o abaixar el volum de la música quan es parla.

- *Com a mitjà d'inspiració i generador d'emocions*: és quan s'aprofiten les qualitats emotives i comunicatives de la música. Aquesta situació es dóna sobretot quan es fan treballs expressius en els quals es valora i s'intenta facilitar la lliure expressió. Aquest tipus de treball requereix un grup experimentat i amb bona cohesió.
- *Com a guia del moviment*: en aquest cas utilitzem la música com a eina per educar el ritme i perquè al mateix temps ens dirigeixi. És el cas de les danses i els balls que tenen una tècnica estructurada (que nosaltres haurem d'adaptar, tal com he explicat anteriorment), però també un component estètic i expressiu.
- *Com a manteniment de l'activitat*: aquí cal adaptar-se al *tempo* de la música com és el cas de propostes tipus aeròbic, on allò més important és seguir a la velocitat que marca la música, més que el seu component simbòlic. Treballant amb persones amb dependència és imprescindible utilitzar músiques molt marcades i a baixa velocitat.

7 Organització del treball

Fins ara hem vist les finalitats i els objectius del programa, i també hem determinat quins són els aspectes a treballar dins el programa VAFiD i de quins recursos disposem per a fer-ho. Ha arribat el moment de prendre decisions sobre com organitzar el treball. Tot aquest plantejament necessita un ordre, una manera d'anar combinant tot el que tenim al nostre abast per aconseguir aquells propòsits que marcàvem al començament. És una organització que té dos nivells. El primer és el de la distribució qualitativa dels aspectes a treballar, la programació –que pot ser anual, trimestral o mensual– i que inclou el plantejament d'ordenació i de proporció dels diferents blocs de continguts i la seva distribució temporal. El segon nivell correspon a la manera d'estructurar, repartir i triar les tasques que hauran de constituir la sessió.

7.1 Ordre i proporció dels aspectes a treballar

L'ordre i la prioritat dels diferents continguts del programa VAFiD està en funció de les característiques del grup, o de l'època de l'any... A partir d'aquests aspectes podem decidir si és més important treballar-ne un o bé un altre, i amb quina freqüència o intensitat.

Podem dir que, quant a aquest aspecte i per als grups de persones grans en situació de dependència, els criteris generals són:

- Tenir en compte que tots els punts a treballar estan relacionats entre ells; el que fa la programació és posar èmfasi en aquells sobre els quals ens proposem treballar de manera més concreta en cada moment, però mai donant-los un tractament aïllat.
- Cal treballar tots els aspectes de manera equilibrada, tot i que n'hi ha tres que –treballats de manera més o menys específica –haurien d'estar presents en totes les sessions: la mobilitat articular, l'equilibri i la percepció del propi cos. Al meu entendre, la mobilitat articular és una

condició fonamental a conservar a fi de mantenir l'aspecte mecànic de la mobilitat general. L'equilibri, per contribuir a evitar caigudes, i la percepció del propi cos perquè és la base de tot moviment i de la relació amb l'entorn.

- Atenent el plantejament bio-psico-social del programa, també cal equilibrar la quantitat de treball que es faci entre els quatre blocs de capacitats (biològiques bàsiques, psicomotrius i perceptives, socio-afectives i cognitives) descrites anteriorment. Únicament estaria justificada la major incidència –no exclusiva– en el bloc de capacitats cognitives si treballéssim amb un grup específic afectat per demències i amb objectius d'estimulació cognitiva mitjançant el moviment, complementari o no amb d'altres intervencions específiques.
- És útil fer el plantejament de la programació per unitats de treball que ajudin a organitzar-la en blocs coherents. Una bona referència per al programa VAFiD és el treball a partir del ritme de les estacions que proposa el mètode “Cos i consciència” descrit en el punt 2.1.5 d'aquest mateix capítol.

Tenint en compte aquests criteris, es pot organitzar i planificar el treball a partir d'un patró igual o semblant al que es mostra en el quadre 10 com a model per a la programació. Es tracta d'un full en el que es poden definir les característiques generals que volem donar a la unitat, el nombre de sessions i quin “pes” donarem a cadascun dels aspectes a treballar (expressat en percentatges o en nombre de vegades que apareixerà). Aquesta seria una primera presa de decisions entorn de la manera d'organitzar la feina a fer.

Quadre 10: Model de programació

PROGRAMACIÓ PEDAGÒGICA
CARACTERÍSTIQUES GENERALS DE LA UNITAT

NOMBRE DE SESSIONS UNITAT:

DISTRIBUCIÓ DE CONTINGUTS

AMBIT	GLOBAL	ESPECÍFIC	%	N. REP.
CAPACITATS BIOLÒGIQUES				
	S. Càrdio-vascular	Capacitat resistència a l'esforç.		
	S. Respiratori.	Vies Fases Formes Ritmes		
	S. Ossi i Muscular	Tonificació muscular. Mobilitat articular.. Flexibilitat.		
CAPACITATS PSICOMOTRIUS I PERCEPTIVES				
	Coordinació	Dinàmica general Específica.		
	Equilibri	Estàtic Dinàmic		
	Percepció propi cos	Esquema corporal Actitud postural		
	Percepció espai	Conceptes bàsics Trajectòries i direccions Orientació		
	Percepció temps	Conceptes bàsics Relacions en el temps (simultaneïtat i successió) Estructuració del temps (percepció, reproducció estructures rítmiques)		
	Capacitats sensorials	Vista Oïda Tacte		
CAPACITATS SÒCIO-AFECTIVES				
	Rel. amb un mateix	Acceptació i reconeixement pròpies possibilitats i limitacions Actitud d'escolta		
	Rel. interpersonals			
	Rel. amb entorn	Físic Material		
CAPACITATS COGNITIVES				
	Cap. concentració i atenció			
	Funcions executives	Associacions, categories i seqüències Preses de decisions, estratègies		
	Memòria			
	Llenguatge	Expressió Comprensió auditiva Fluència verbal Denominació		
TOTAL				

Elaboració pròpia.

7.2 Distribució temporal dels aspectes a treballar

Per programar el treball a realitzar amb el grup, a banda de saber les intencions i els objectius que perseguim, cal organitzar en el temps els aspectes a treballar. La manera com es distribueixin els continguts del programa dependrà de factors propis del grup, de la persona que planifica, de les finalitats i dels objectius del programa, de les condicions organitzatives, de la durada, del context en què s'ha de desenvolupar, o de les característiques dels mateixos aspectes a treballar (Viciàna, 2002). No hi ha una fórmula que es pugui generalitzar per a tots els grups i situacions, cada programació és pròpia de cada grup.

Per altra banda, cal tenir en compte que, donades les finalitats i els objectius del programa, la funció de la programació és la d'organitzar el treball per tal d'assegurar-nos que fem un treball global –segons es desprèn de les finalitats– i adequat als objectius. No es tracta de fer una programació que encotilli la feina a fer o que s'oblidi de la dinàmica i l'evolució del grup; sinó que es tracta d'ordenar, d'orientar i de guiar aquesta feina buscant l'equilibri entre les intencions i la resposta del grup. Són dues característiques que han de “presidir” l'aplicació de la programació a fi de garantir la coherència amb els plantejaments generals del programa, la seva flexibilitat i la seva capacitat d'adaptació a l'evolució del grup,.

Així doncs, en aquest estudi no proposaré una distribució temporal dels aspectes a treballar sinó que apuntaré els criteris generals, propis d'un programa dirigit a persones grans amb dependència, que cal tenir presents per fer-la. Ho faré a partir dels factors que, d'alguna manera, podrien condicionar aquest ordre temporal:

- *El plantejament general del programa*, definit per les finalitats i els objectius, determina que es tracta de fer un treball global i que la importància de la intervenció està repartida entre l'aprenentatge,

l'estimulació i l'adaptació, i per això caldrà preveure que en la unitat de temps que planifiquem (any, trimestre...) apareguin tots els continguts.

- *La persona que planifica* parteix d'una concepció de la seva acció, del programa que ha de desenvolupar, dels alumnes i la seva situació –en el cas del programa VAFiD segons tot el què s'ha exposat en el capítol anterior–, i d'una experiència prèvia, tots ells sens dubte, factors que influeixen en el repartiment dels aspectes a treballar. La planificació sempre té un punt de personalització. Per tant, el criteri que ha de prevaldre és el de la coherència amb els objectius, en consonància amb l'estil propi.

- *De les característiques del grup* hi ha un seguit de factors que influeixen en la distribució temporal del treball:
 - Les dimensions del grup poden permetre o dificultar el treball intensiu sobre aspectes més complexos o que comporten situacions de risc. Per exemple, el treball de l'equilibri pot ser més intensiu i continuat si podem treballar amb un grup reduït.

 - Les característiques comunes del grup (poder caminar de manera autònoma o no, tenir demència...) poden aconsellar insistir en determinats grups de continguts. Per exemple, treballar amb més freqüència l'equilibri quan es tracta de grups formats per persones que poden caminar, treballar els aspectes cognitius amb grups de persones amb demència.

 - L'estabilitat del grup (com sol passar a les residències) fa que la distribució de continguts pugui ser més àmplia; en canvi, si treballem amb un grup en el qual les persones van canviant (centre sociosanitari) cal repartir-los en períodes de temps més curts i repetir-los de manera més freqüent.

- La situació vital de les persones que participen en el programa condiona la seva continuïtat en la participació. Per això si treballem amb grups de persones molt grans i amb molta dependència, haurem de planificar períodes curts de temps i donar preferència a continguts més bàsics i propers als últims estadis de la retrogènesi.

- *Les condicions organitzatives* del programa (durada, nombre de sessions setmanals) i el context en què es treballa (disponibilitat de material especial o d'espais complementaris, factors meteorològics) poden condicionar –igual que apuntava en el punt anterior i igual que en altres tipus de programes– la distribució de continguts en el temps.

Per poder planificar la distribució temporal dels aspectes a treballar, és útil reflectir-los en un quadre fent-hi constar els continguts i les sessions que constitueixen la unitat de treball. D'aquesta manera es poden anar ordenant en el temps, seleccionant dos continguts principals per a cada sessió i tenint en compte les característiques que s'hagin definit per a la unitat que s'estigui planificant. (Vegeu quadre 11).

És important remarcar que aquestes propostes d'organització de continguts tenen una funció de guia. El desenvolupament d'un programa com el VAFiD suposa un treball dirigit per la dinàmica de cada grup i per cada situació, no per una planificació molt estructurada i rígida que no s'adapti a la diversitat, a l'evolució i a l'heterogeneïtat del grup.

Quadre 11: Distribució del treball en el temps.

DISTRIBUCIÓ DEL TREBALL EN EL TEMPS

TRIMESTRE:

NUMERO SESSIÓ			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
ASPECTES A TREBALLAR																								
C. BIOLÒGQUES	S. Càrdio-vascular	Cap. Resist esforç.																						
	S. Respiratori.	Vies																						
		Fases																						
		Formes Ritmes																						
S. Ossi i Muscular	Tonificació																							
	Mob articular..																							
	Flexibilitat.																							
C. PSICOMOTRIUS I PERCEPTIVES	Coordinació	Din. general																						
		Específica.																						
	Equilibri	Estàtic																						
		Dinàmic																						
	Percepció propi cos	Esquema corporal																						
		Actitud postural																						
	Percepció espai	Conceptes bàsics																						
Trajec i direccions																								
Orientació																								
Percepció temporal	Conceptes bàsics																							
	Relacions en el temps (simultaneïtat i successió)																							
	Estruc. temps (percepció, reproducció estruc rítmic)																							
Capacitats sensorials	Vista																							
	Oïda																							
	Tacte																							
C. SÒCIO-AFFECTIVES	Rel. amb un mateix	Accep i recon pròpies possib i limitacions																						
		Actitud d'escolta																						
	Rel. interpersonals																							
Rel. amb entorn	Físic																							
	Material																							
C. COGNITIVES	Cap. Concent. i atenció																							
	Funcions executives	Assoc, categ i seqües																						
		Presca de decisions, estratègies.																						
	Memòria	Llenguatge	Expressió																					
Compren. auditiva																								
Fluència verbal																								
	Denominació.																							
Observacions:																								

Elaboració pròpia.

7.3 Organització de la sessió

L'últim graó de l'organització de la feina que volem fer és el de la sessió. És allà on es concreta l'organització més general dels aspectes a treballar que, al seu torn, han estat definits a partir de les intencions del programa. La sessió és aquell temps i aquell espai que comparteixen el grup i l'educador/a²⁹, en els quals es desenvolupen els continguts del programa a través de la relació pedagògica que s'estableix entre ells, a més de les tasques que els són complementàries (motivació, acollida del grup...).

A fi d'organitzar el treball de manera coherent i eficaç, és important considerar diverses qüestions i criteris que ens ajuden en la presa de decisions –abans, durant i després– i en el desenvolupament de les accions lligades a la sessió.

7.3.1 Estructura general de la sessió

Partint de la idea que la sessió és quelcom més ampli que el temps d'exercici físic, cal tenir en compte que *“inclou un seguit de previsions que s'agrupen en tres moments clau: just abans de començar, la realització de la sessió i immediatament després d'acabar.”* (Galera, 2001:161).

Just abans de la sessió (fase prèvia) hi ha dos tipus de tasques: les relacionades amb el condicionament de l'espai o la preparació del material necessari, i les lligades a la motivació, el desplaçament fins a l'espai de pràctica i a la recepció del grup. En els grups de persones amb dependència aquest darrer aspecte requereix una dedicació intensa, especial i decidida.

²⁹ Per a aquest estudi utilitzaré la paraula educador/a per referir-me a la persona que dirigeix la sessió, entenent que la tasca que es fa en el desenvolupament del programa sempre té un component educatiu. La realitat actual dels centres comporta que qui fa aquesta feina en els centres de dia, residències... siguin persones amb perfils i tipus de formació ben diferenciats: professionals de l'educació física, terapeutes ocupacionals, fisioterapeutes, animadors/es, auxiliars de geriatría..., de manera que trobo més encertat fer referència a la tasca que es fa que no pas al o a la professional que la desenvolupa.

En el decurs de la sessió (fase de desenvolupament) és el moment d'informar, de preparar el grup, de regular la pràctica... En aquest període es distribueix el treball en tres parts: escalfament o part inicial, part principal, i tornada a la calma. (Vegeu el quadre 12)

L'últim moment és el que ve just en acabar la pràctica (fase final) que comprèn aquell temps que permet desfer el camí fet en la fase prèvia: retorn al lloc i a l'activitat normal de la vida diària, recollida del material i adequació de l'espai utilitzat.

Quadre 12: Moments, fases i parts de la sessió.

MOMENTS	FASES	PARTS
Abans	Fase prèvia: Adequació de l'espai i del material. Motivació i desplaçament (anada) de les persones grans.	
Durant	Desenvolupament: Pràctica.	<ul style="list-style-type: none"> - Escalfament o activació - Part principal - Tornada a la calma.
Després	Fase final: Avaluació, adequació de l'espai i del material. Desplaçament (retorn) de les persones grans.	

Font: Elaboració pròpia a partir de Galera, 2001.

Així doncs, queda clar que la sessió és quelcom més ampli que el temps de pràctica. Vegem els aspectes a tenir en compte, emmarcats en el programa VAFiD, en cadascuna de les fases i parts de la sessió:

Fase prèvia

Aquest és el temps que dediquem a condicionar l'espai de pràctica quan sigui necessari – s'ha de tenir en compte que en molts centres l'activitat física es fa en espais polivalents– i a preparar el material que necessitarem en la fase de desenvolupament. Abans d'acollir el grup en l'espai de pràctica és molt important que el tinguem a punt per fer aquesta funció. Generalment treballarem amb grups de persones que tenen poca mobilitat i en espais que

acullen altres activitats, això fa que –en moltes ocasions– calgui adequar l'espai cada vegada que s'hagi de fer la sessió. Per altra banda, la preparació del material que necessitem durant la fase de treball és important per tal d'evitar la despesa de temps de pràctica en tasques organitzatives com ara anar a buscar material.

En aquesta fase també és el moment de rebre el grup –si les persones venen a l'espai de pràctica per iniciativa pròpia i de manera autònoma– o d'anar a informar, motivar i acompanyar les persones que no poden venir per elles mateixes. En el primer cas, es tracta d'un temps de relació informal entre les persones del grup i l'educador/a que facilita el coneixement d'interessos, necessitats, preocupacions, expectatives i vivències actuals de les persones grans. Aquesta informació té un gran valor per a la fase de desenvolupament, perquè ens orienta sobre què és més adequat per a cadascú i per a aquell moment.

En el segon cas, és el temps que es pot dedicar a fer una o més de les següents tasques:

- *Informar* la persona gran que ens disposem a iniciar la sessió. Ens podem trobar què, quan treballem amb persones amb deteriorament cognitiu, tinguem la necessitat –cada dia– d'anar a explicar què és el que anem a fer, perquè la persona no se'n recorda.
- *Motivar* la persona gran que tendeix a la passivitat, procurant animar-la perquè participi a la sessió.
- *Acompanyar*-la fins a l'espai en què s'ha de desenvolupar la sessió perquè ella no ho pot fer sola.

Fer aquestes tasques sovint requereix molt de temps perquè, a banda d'utilitzar habilitats comunicatives, de tenir paciència o de mantenir una actitud comprensiva, no es pot anar depressa. Quan hi ha moltes discapacitats i/o poca motivació per a la participació, aquesta fase és fonamental per poder desenvolupar el programa i representa la dificultat més important a superar.

De la mateixa manera que en el primer cas, aquest és un temps que proporciona una informació molt valuosa per a la fase de desenvolupament, saber que aquella persona avui està molt animada, o que té dolor, o que no ha pogut dormir bé, ens ajudarà a adequar les propostes de la sessió a la seva realitat.

Sigui com sigui, no podem oblidar mai la importància d'aquesta fase i cal preveure la necessitat de temps que requereix. Encara que és un període de temps de relació informal, no és un temps buit de contingut. Tenint en compte que aquesta fase inclou el desplaçament fins a l'espai de desenvolupament de la sessió, per a les persones que el fan caminant és una forma d'iniciar-la.

Escalfament o activació

És la primera part de la fase de desenvolupament: es rep el grup, s'explica breument com anirà la sessió, s'inicia el treball dels continguts previstos. És el punt en què es comença la pràctica pròpiament dita. Una pràctica que es caracteritza per:

- Estar formada per tasques de tipus global que permetin adaptar-se (físicament i mental) a l'exercici físic i a la situació de grup.
- Incloure activitats dinàmiques i relacionals.
- Preveure una progressió en dificultat i intensitat adequades que garanteixin la transició de la fase prèvia (informal, amb component relacional important i de poca intensitat) a la part principal (amb més exigència física i mental).

Treballant amb grups amb moltes discapacitats (sobretot si són cognitives), és una part que s'inicia amb indicacions molt clares de què es comença la sessió. És una manera d'orientar i de situar les persones que participen en el grup, també de crear una dinàmica que dóna seguretat, perquè s'identifica clarament què és el que succeirà properament: la sessió d'activitat física.

Aquesta part de la sessió ha d'estar d'acord –com totes les altres– amb la resta. Els continguts que s'hi desenvolupin han d'estar pensats en funció de què i com es treballarà a continuació.

La durada d'aquesta part, en una sessió d'una hora, pot oscil·lar entre 10 i 15 minuts.

Part principal

La segona part de la fase de desenvolupament constitueix l'eix central de la sessió. És quan es treballen de manera més específica i més intensiva aquells aspectes que ens hem proposat. És un temps que demana la màxima implicació i treball personals, per això caldrà posar atenció en els períodes de recuperació i en la quantitat de situacions i/o tasques que es proposen.

Les persones i el grup necessiten un temps de recuperació (física i mental) adequat a la intensitat del treball, que, per altra banda, no només depèn de les propostes sinó que també canvia en funció de les característiques i les capacitats de les persones. Paral·lelament, cal combinar la recuperació amb el nombre de propostes o de situacions que es creen durant aquesta fase de la sessió. Massa quantitat pot dificultar la concentració del grup, però massa poques poden cansar-lo o desmotivar-lo.

Representa entre el 40 i el 50% del temps total de la sessió i s'hi poden incloure tot tipus d'activitats i formes d'organització del grup, sempre que siguin adequades per treballar els aspectes que ens proposem.

En aquesta part de la sessió –per ser la principal– té una importància especial la dinàmica de treball que es crea en el si del grup. La construcció, l'estructura i l'organització de les tasques que es proposen, les estratègies que utilitza l'educador/a o les relacions que s'estableixen, faciliten o dificulten la consecució dels objectius que ens haguem proposat.

Tornada a la calma

De la mateixa manera que l'escalfament, és un període de treball de transició que permet la progressiva adaptació a la vida diària, aquest és un temps que va del treball intens a l'activitat normal de la persona.

Serveix per reduir paulatinament el nivell d'activitat, i per això sol incloure activitats de relaxament, de respiració, d'estiraments suaus. Els continguts d'aquesta part de la sessió també han d'estar d'acord amb el què hagi succeït durant el seu desenvolupament. Si, per exemple, hem fet un treball muscular molt important, caldrà que en aquesta fase busquem el relaxament muscular; en canvi, si hem fet activitats complexes que han necessitat molta concentració i atenció, serà convenient proposar activitats que facilitin la distensió mental.

La durada d'aquesta part, en una sessió d'una hora, pot oscil·lar –igual que l'escalfament– entre 10 i 15 minuts.

Fase final

Un cop finalitzat el període de pràctica hi ha un espai de temps que –com la fase inicial– és de relació més informal, durant el qual és possible que les persones que hi han participat facin algunes valoracions sobre la sessió. Així, doncs, és una fase important per al plantejament de futures sessions i per a la motivació i el reconeixement a les persones que hi han participat, i s'acomiada el grup. És un temps d'avaluació tant de la sessió com del programa.

Per altra banda, tot retorna a la situació inicial. A les persones que cal acompanyar, se les acompanya fins allà on hagin d'anar (l'habitació, la sala d'estar...) i es recull l'espai i el material.

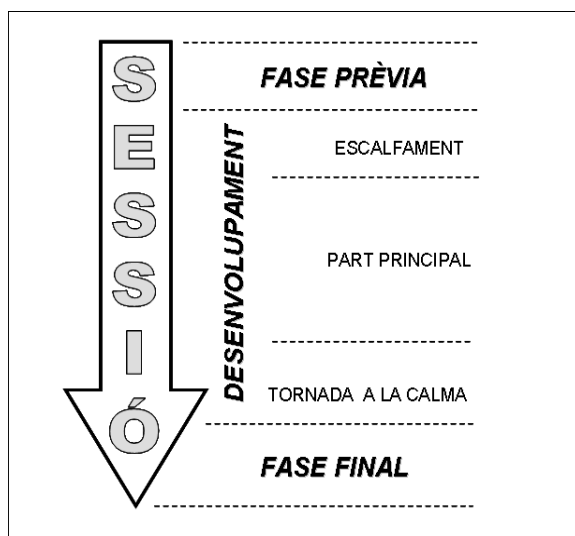
La durada d'aquesta fase variarà en funció de:

- Factors organitzatius i d'infraestructura: nombre de persones en el grup, distància per arribar a l'espai de pràctica, disponibilitat de persones que puguin ajudar en el desplaçament, característiques de l'espai de pràctica....
- Les característiques dels participants: nivell d'autonomia, capacitats físiques i cognitives.

Aquests aspectes determinen si és necessari acompanyar les persones, el ritme, la quantitat de tasques complementàries que cal fer (moure taules, cadires....) i, per tant, el temps que cal dedicar-hi. Sigui com sigui, és imprescindible establir aquest contacte final amb les persones grans que han participat i fer les tasques complementàries que permetin un correcte desenvolupament –i continuació– del programa.

Tal com hem vist, l'estructura de la sessió conté tres fases i tres parts amb unes característiques ben definides, però el conjunt ha de constituir una unitat coherent (Vegeu la figura 6).

Figura 6: Estructura general de la sessió.



Elaboració pròpia.

7.3.2 Criteris per a l'organització de les tasques durant la sessió

La sessió es va desenvolupant a partir d'un seguit de tasques i de situacions que són producte de la relació que s'estableix entre l'educador/a i les persones grans. És una dinàmica contínua entre propostes/estímuls i respostes mediatitzada per les tasques i les situacions. Atenent la perspectiva ecològica de l'educació física (Siedentop, 1998), aquest joc d'equilibris constants entre diferents sistemes que s'influeixen i es condicionen –com la imatge de l'holograma que proposa Leonardo Boff i que citava en el punt 1.2 del capítol II– les tasques que configuren la sessió poden ser:

- Tasques d'organització: que comporten accions relacionades amb aspectes organitzatius com distribuir-se en grups, escollir material...
- Tasques d'aprenentatge: que comporten accions directament relacionades amb l'activitat física (jocs, situacions de treball, exercicis...) que són eines que han de servir per assolir els objectius de treball previstos en el plantejament del programa.
- Tasques d'interacció social: que sorgeixen de la dinàmica del grup durant el desenvolupament de la sessió. Encara que l'educador no defineix explícitament aquest tipus de tasques, sí que les condiciona des del moment en què contribueix a crear determinades situacions o les mateixes tasques d'organització i aprenentatge.

Els criteris per organitzar la seqüència de tasques durant una sessió del programa VAFiD tenen en compte diferents aspectes. Vegem-los per a cadascun dels sistemes de tasques que proposa Daryl Siedentop.

Les tasques d'organització: Treballant amb grups de persones grans en situació de dependència és corrent que ens trobem amb grups formats per persones que, per exemple, tenen dificultat per desplaçar-se, per agafar un

objecte, per escoltar o per comprendre el significat d'una situació concreta o d'una indicació que s'ha donat. A nivell organitzatiu, això suposa que:

- És important procurar que el temps destinat a aquest tipus de tasques sigui el just perquè les persones grans es puguin organitzar en funció de les seves capacitats. Massa temps pot fer perdre l'interès per l'activitat, i massa poc pot desconcertar.
- Cal preveure la dificultat que suposa canviar l'organització en l'espai (per parelles, en cercle, en petits grups...) del grup. Si treballem amb un grup de persones la majoria de les quals no es poden desplaçar per elles mateixes, haurem de situar el grup pensant que no el podrem anar canviant de lloc –o només podrem fer petites modificacions– en tota la sessió, el contrari comportaria una despesa de temps molt important en aquest tipus de tasques. Si tenim la possibilitat de fer canvis en l'organització del grup, s'ha d'intentar fer-ho de manera progressiva i ordenada, anant de formes més fàcils (individual) a formes més complexes (per parelles, en petits grups).
- Cal tenir present que les discapacitats cognitives limiten de forma important l'execució d'aquest tipus de tasques i per tant, han de ser senzilles, molt clares, amb elements de suport que evidenciïn i ajudin a orientar la persona (Ex: senyals a terra per delimitar espais) i que demanin una sola acció cada vegada (Ex: primer situar-se per parelles, després agafar una pilota...).
- En les tasques d'organització en què cal utilitzar algun tipus de material, i tenint en compte que moltes vegades és l'educador/a qui ha d'apropar el material a la persona, és importantíssim tenir cura de la forma com es fa. Al meu entendre, hi ha una diferència important entre donar l'objecte o deixar que la persona l'agafi –i l'esculli– pels seus propis mitjans. De la mateixa manera que és diferent recollir el material –l'educador/a va més depressa– o deixar que les persones grans col·laborin en aquesta tasca. Són maneres de preservar les capacitats que es conserven.

Les tasques d'aprenentatge: l'organització d'aquest tipus de tasques, a més d'estar condicionada per les característiques del grup, també està influenciada per factors com els objectius, el temps o l'estructura de la sessió. Els criteris a tenir en compte en el programa VAFiD són:

- Les característiques de les tasques han d'estar d'acord amb la part de la sessió en què estan incloses. Durant l'activació caldrà utilitzar propostes més dinàmiques i globals; les de la part principal seran tasques amb un tractament més específic i amb una dificultat o intensitat més elevades, per acabar amb tasques més tranquil·les i de baixa intensitat. A banda d'aquestes característiques, que solen ser comunes per a tot tipus de programes d'activitat física, en el programa que ens ocupa és útil i molt necessari, quan es treballa amb grups de persones amb demència, començar cada dia la sessió amb tasques molt semblants, amb l'objectiu d'orientar les persones mitjançant la utilització de rutines.
- Cal utilitzar el nombre just de tasques perquè les persones grans tinguin l'oportunitat d'experimentar i de modificar –en benefici propi– les tasques que se li proposen. Massa tasques o situacions en una mateixa sessió poden donar lloc a la reproducció automàtica i poc conscient de moviments, al desinterès, a la desorientació o a situacions estressants per a la persona que no pot seguir el ritme. Contràriament, poca varietat i quantitat de tasques comporten avorriment i passivitat. En general es pot dir que els grups amb més autonomia permeten un nombre més gran de tasques o de situacions durant una mateixa sessió, que els que en tenen menys.
- El mateix criteri ha de prevaldre quant a la gestió del temps dedicat a cadascuna de les tasques. Ha de ser el just per poder respondre i experimentar, en funció de les possibilitats i característiques de cadascú.
- La seqüència de les tasques ha de respondre al principi de la progressió. L'ordre de les diferents tasques que componen la sessió ha d'anar d'allò fàcil a allò més difícil, del treball més suau al més intens. La progressió ha de ser tant en el component motor de la tasca, com en

el cognitiu. Així doncs, cal analitzar la dificultat i/o intensitat física de la tasca, que pot venir determinada per aspectes com el ritme, la càrrega de treball, o els grups musculars implicats. També la dificultat cognitiva que comporta la tasca, a partir de l'atenció i la concentració que demana, el nombre i seqüència de les diferents accions, la presa de decisions, el component simbòlic... Una eina útil per determinar aquest tipus de complexitat i aplicar-la als grups de persones amb dependència són les característiques de les activitats descrites en els nivells cognitius de Claudia Allen esmentats en el punt 2.1.3 d'aquest mateix capítol.

- Les tasques que componen la sessió també han de respondre al principi de connexió. Una sessió no és un seguit de tasques i de situacions posades una a continuació de l'altra, sinó que és una estructura unitària formada per petites unitats de treball –les tasques i/o situacions– connectades entre elles. Les unes tenen sentit en funció de les altres. Les tasques de l'activació –a banda de servir per “posar en marxa”– han de servir per preparar el treball que es farà durant la part principal, i les de la tornada a la calma hauran d'estar en funció del treball que s'ha fet anteriorment. Aquesta connexió és tant a nivell de tipus de treball, com organitzatiu (utilització de material, organització del grup...).
- Finalment, les tasques de la sessió també han de respondre al principi de l'alternança. Han de permetre un treball físic i cognitiu respectuós amb les capacitats i amb el ritme de cadascú, preveient períodes de recuperació, amb alternança en el treball de diferents grups musculars, tasques compensatòries, i treball de menys intensitat després d'un de més intens. En els grups de persones amb dependència el “joc” constant entre tasques de diferent intensitat o característiques és fonamental per tal de mantenir la motivació i l'interès. Es tracta d'una dinàmica molt específica de cada grup, que es va “afinant” a mesura que augmenta la coneixença de les persones que el formen.

Les tasques d'interacció social. Aquest tipus de tasques sorgeixen de la iniciativa de les persones grans, més que de la proposta de l'educador/a. Tot i

així, les estratègies i els mètodes que utilitzi per aconduir la sessió condicionen o faciliten la creació d'un ambient propici perquè hi hagi un sistema d'interaccions socials entre els vells, ric i profitós per als altres dos tipus de sistemes de tasques. En la descripció de les característiques de les persones a qui va dirigit aquest programa (capítol II), he destacat la tendència a l'aïllament i les dificultats per interaccionar amb l'entorn, per la qual cosa aquest punt constitueix un eix d'interès primordial per al programa. Per facilitar i cultivar la relació entre les persones grans que hi participen caldrà tenir en compte els següents criteris:

- Evitar organitzar el grup sempre de la mateixa manera (per exemple en cercle). Així la relació de proximitat i comunicació amb els altres serà canviant i permetrà l'experimentació, el descobriment. S'ha de tenir en compte que quan la mobilitat és molt reduïda, les possibilitats d'aproximació a l'altre també disminueixen, i la interacció espontània és més difícil –moltes vegades només pel problema “pràctic” de la proximitat–.
- Utilitzar metodologies amb tendència a la no directivitat i basades en estratègies de col·laboració i de cooperació, en les quals el fet de compartir (espais, materials, decisions, sensacions...) formi part de la dinàmica de treball.
- Reforçar totes les tasques d'interacció social que sorgeixin de manera espontània i que contribueixin al desenvolupament adequat dels sistemes de tasques d'organització i d'aprenentatge. Un cas diferent seria quan algun component del grup manifesta un trastorn de conducta (desinhibició, labilitat emocional...) que cal reconduir amb tranquil·litat, amb decisió, respectant la dignitat de la persona i preservant l'estabilitat del grup.
- Si la interacció no sorgeix de manera espontània, procurar oferir recursos i estímuls que la facilitin, com per exemple fer propostes concretes (mirar als ulls, donar la mà...) que ajudin i no imposin.

7.3.3 Criteris per a l'organització del grup

A banda del sistema d'organització esmentat en el punt anterior, cal tenir present que totes les tasques d'aprenentatge que proposen l'educador/a, els alumnes o el grup, comporten una determinada manera d'agrupar les persones que hi participen. Aquestes diferents formes d'organització influeixen en els aprenentatges, en la manera de practicar, en les relacions, i en la comunicació que s'estableix entre els integrants del grup. Així que la manera d'organitzar el grup condicionarà gran part de la vivència que cadascú tindrà de la sessió en general i de les tasques en concret.

La proximitat, el contacte ocular, la posició frontal o obliqua i el nombre de persones que hi intervenen en un moment donat tenen un paper fonamental en el resultat final de la comunicació i de la seva vivència psicològica. (Peña-Casanova, 1999 b: 44).

En el desenvolupament del programa és interessant anar canviant les formes d'organització del grup, precisament per modificar les condicions de treball i de comunicació amb la finalitat de proporcionar varietat de situacions que puguin permetre treballar diferents aspectes i enriquir les experiències motrius i comunicatives de les persones grans.

Vegem els diferents tipus d'agrupacions (Carrera, 2004) i les característiques més destacables per al programa VAFiD:

En dispersió: el grup està dispers per la sala, estàtic o en desplaçament. És un tipus d'agrupació que comporta dificultat en la comunicació general amb el grup; per això l'educador/a s'ha de desplaçar entre els seus membres i ha de vetllar especialment perquè totes les persones del grup rebin els seus missatges. Però al mateix temps és una formació que facilita el treball de proximitat amb les altres persones i –si convé– el treball individual concentrant-se en un

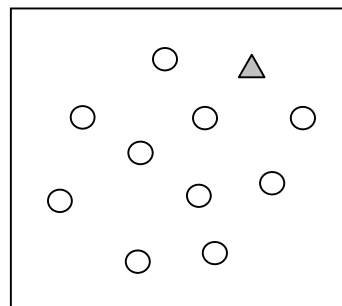


Figura 7: Dispersió.

mateix. També permet una relació amb l'espai rica, variada i canviant, semblant a la realitat quotidiana.

Per treballar amb desplaçament i amb grups formats per persones amb alteracions de l'equilibri i de la marxa, cal disposar d'un espai ampli i amb propostes el més segures possible per tal d'evitar caigudes. Si treballem de manera estàtica (asseguts o drets) caldrà situar a les persones que tenen menys mobilitat a les zones centrals del grup, per tal de facilitar-los la relació amb les altres persones del grup.

En cercle: Aquesta és una forma d'agrupament que permet que tots els membres del grup es puguin veure; això els dona seguretat, però els treu llibertat. És una situació de fàcil control i comunicació, les consignes arriben fàcilment i per això la utilitzarem en les ocasions que necessitem explicar molt bé les propostes i en les que calgui l'observació acurada del grup –per exemple en situacions que puguin comportar risc–. Per altra banda, és una forma d'agrupament que permet observar els companys de manera que és útil fer-la servir quan la comparació amb els altres o la imitació són elements del treball importants.

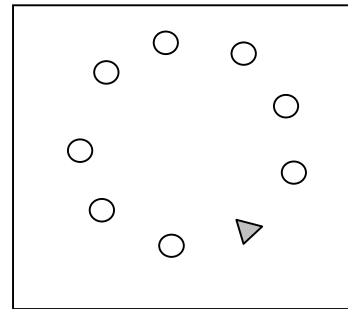


Figura 8: Cercle.

En files o columnes. Aquest tipus d'organització es pot fer servir tant en posició estàtica com en desplaçament. Comporta un bon control visual del grup per part de l'educador/a, però no facilita les relacions interpersonals, excepte quan es fa un treball coordinat entre tots els membres de la fila o de la columna –per exemple en els desplaçaments conjunts, transport d'objectes o altres–. En els grups amb poca autonomia és més corrent utilitzar-la en situacions estàtiques que en dinàmiques. És habitual emprar aquest tipus d'agrupament en treballs tipus aeròbic –pel bon control visual i la

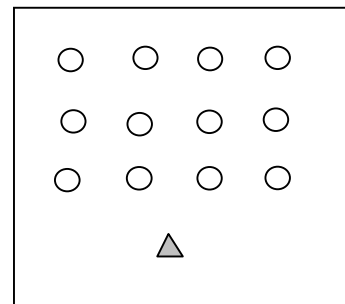


Figura 9: Files o columnes.

possibilitat d'imitar que comporta–, en desplaçaments per files –per poder fer una bona observació i simplificar el desplaçament– o en el desenvolupament de danses o coreografies que predeterminen aquesta organització del grup.

Agrupacions per zones, estacions o petits grups. Aquestes altres agrupacions es caracteritzen per permetre el treball concentrat en grups reduïts. Es pot fer creant zones de treball diferenciades –per exemple les estacions d'un circuit– o formant petits grups que treballen sempre en el mateix espai. La distribució per grups i/o per zones permet diversificar i personalitzar les propostes adequades a l'evolució de cada grup, facilita les relacions interpersonals i l'experimentació compartida. Dóna autonomia al grup i a les persones que l'integren. Ajuda a crear situacions propícies perquè les persones grans puguin decidir, escollir i evolucionar segons els seu propi ritme i capacitats.

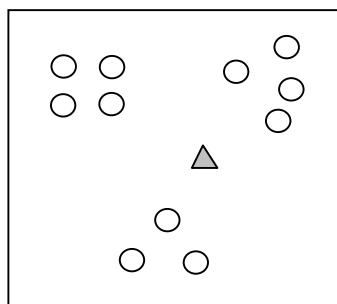


Figura 10: Altres agrupacions.

Aquestes agrupacions demanen una certa maduresa com a grup, una feina més intensiva en la funció de guia de l'educador/a i dificulten la tasca de control i observació del grup. Es poden aplicar en grups que fa temps que treballen junts i és més difícil de fer-ho en grups amb discapacitats cognitives importants. És imprescindible que les persones grans coneguin molt bé el mecanisme, la forma de treball i el què se'ls demana, per això l'educador/a ha d'esmerçar temps i esforç en garantir que els grups puguin treballar de manera adequada.

7.3.4 Criteris per a l'organització de l'espai, el material i el temps

A més de les indicacions exposades en el punt 7.3.2 sobre les tasques d'organització que fan referència a l'espai, el material i el temps, a l'hora de posar en pràctica cada sessió, també és important tenir en compte els següents aspectes:

- Si l'espai que s'utilitza s'ha de condicionar i el grup està format per persones amb dificultats de desplaçament, cal que l'espai de pràctica estigui lliure d'obstacles i preparat per acollir el grup –per exemple, amb les cadires preparades al lloc on han de seure les persones grans–.

- Cal utilitzar el material de manera segura i organitzada, procurant que estigui situat en un lloc assequible per al grup –en cas que aquest tingui la suficient autonomia com per agafar-lo o recollir-lo- o que estigui preparat per tal de poder-lo oferir als participants.

- Que cal gestionar del temps pensant en el màxim aprofitament de les activitats que són significatives per al grup i en la reducció del temps destinat a activitats que ho són poc. Això suposa saber distingir quan és necessari entretenir-se en una conversa, esperar a començar una activitat, alimentar o minimitzar una discussió, etc en lloc de fer una activitat motriu que és la pròpia del programa i a la qual hem de dedicar el màxim temps possible de la sessió. Sigui com sigui, sempre hem de garantir que dediquem el temps just i suficient per tal que totes les persones del grup rebin i comprenguin les informacions i les situacions que es plantegen, disposin de prou temps per elaborar les seves respostes i per experimentar amb les seves pròpies capacitats. Per a les persones amb dependència aquests temps de recepció, elaboració i d'experimentació solen ser llargs i cal saber respectar els ritmes individuals.

8 Aspectes metodològics en l'aplicació del programa

La posada en pràctica del programa suposa la transformació dels plantejaments fets en accions concretes encaminades a que aquests plantejaments teòrics es facin realitat.

És quelcom semblant al procés que seguiríem per preparar un àpat per a uns convidats. Primerament hi ha un seguit de raons que ens mouen a fer l'àpat i progressivament anem planificant què és el que volem fer, preparem els ingredients necessaris, fins que arriba el dia en què cal ficar-se a la cuina i començar a elaborar els plats. Es tracta de combinar els ingredients, generar processos i utilitzar estris per tal d'aconseguir el nostre objectiu. El mateix passa quan hem d'aplicar el programa d'activitat física. Posem en joc, combinem, generem processos de comunicació i d'acció entre tots els elements implicats: el grup de persones grans, l'acció de l'educador/a i les tasques o situacions que es creen. Tot això ho fem d'una determinada manera, seguint criteris metodològics que ens porten a utilitzar estratègies que, al seu torn, ens ajuden a seguir la trajectòria adequada per a l'acompliment dels objectius. D'alguna manera "cuinem" partint d'una concepció determinada i utilitzem les eines disponibles (comunicació, tasques...) en múltiples combinacions.

8.1 Mètodes que guien l'acció pedagògica

Qualsevol tipus d'acció pedagògica parteix d'una determinada concepció de l'acte educatiu. És diferent entendre que l'educador/a és l'únic responsable i director del procés d'ensenyament i aprenentatge, que partir d'una concepció més centrada en el procés elaborat per la pròpia persona gran amb l'orientació de l'educador/a. En l'àmbit de l'activitat física es parla de *pedagogia del model* i de *pedagogia de la situació* (Soler, 2003) per caracteritzar dues maneres d'entendre l'acció pedagògica. Són dues maneres diferents de conduir el

procés i que, en l'aplicació del programa VAFiD, ens seran útils en funció de factors com les característiques del grup o el tipus de treball a realitzar.

La primera parteix d'un plantejament més directiu i la segona d'un de més actiu o menys directiu, plantejaments determinats per la relació pedagògica que s'estableix entre l'educador i el grup. Vegem els dos models i les implicacions de la seva utilització.

8.1.1 Pedagogia del model

Utilitza mètodes i estils d'ensenyament directius i es centra en el protagonisme de l'educador/a, que és el model a imitar. Aquest és qui decideix sobre què cal fer, com fer-ho, amb què, perquè, quan. El paper de l'educand es centra en la reproducció de la proposta que ha fet l'educador. És el màxim exponent d'una concepció tradicional del procés d'ensenyament i aprenentatge.

La relació pedagògica que s'estableix entre l'educador/a i la persona gran segueix sempre el mateix procediment: l'educador explica l'exercici o l'activitat determinant totes o la majoria de les condicions de pràctica (material, durada, repeticions, ritme, organització del grup...), fa una demostració i, finalment, l'educand procura elaborar la seva resposta el més semblant possible al model presentat. Així doncs, l'educador/a pren la majoria de les decisions relatives a la pràctica i les expressa amb consignes tancades.

La inseguretats en el moviment, el propi cos i les discapacitats –sobretot les cognitives–, requereixen un procés educatiu dirigit que, en un principi, permet el descobriment progressiu del potencial i de les possibilitats de si mateix. Per altra banda, les generacions actuals de persones grans han integrat –per raons culturals– una concepció tradicional del paper de l'educador/a. Esperem que sigui el principal protagonista i que dirigeixi la sessió en totes les seves dimensions.

La utilització d'aquests tipus de mètodes és útil quan:

- El grup és inexpert, perquè:
 - Donen seguretat a la persona gran que no coneix la dinàmica i el tipus de treball que es proposa.
 - Faciliten l'observació de les possibilitats i les característiques de cada persona i del grup.
 - Permeten una dinàmica de grup controlada i segura.
- Es persegueixen objectius o es treballen continguts que demanen moviments controlats, estandarditzats (tipus aeròbic) i segurs perquè:
 - Faciliten l'aprenentatge de moviments concrets i predeterminats.
 - És més fàcil el control de postures correctes.
 - Faciliten el control de les situacions de risc.
- Es treballa amb grups de persones que tenen deteriorament cognitiu perquè la seva capacitat per a prendre decisions i elaborar respostes sol estar limitada, de manera que l'educador ha de delimitar, concretar i guiar molt les condicions de pràctica.

Contràriament, aquests mètodes tenen alguns inconvenients:

- No faciliten les relacions interpersonals
- Allò important és la correcta execució de la tasca
- Creen dependència de l'educador/a
- No permeten la possibilitat d'experimentar en cap dels àmbits implicats en la motricitat (físic, afectiu, cognitiu)
- Donen prioritat a l'aspecte físic del moviment
- Limiten les possibilitats d'autorganització

Tot i que la utilització de mètodes més directius és útil –i a vegades imprescindible–, en el desenvolupament de programes d'activitat física per a persones grans amb dependència, cal evitar la seva utilització de manera exclusiva. Tot i els seus aspectes positius, hem de tenir present que no es tracta d'afegir més “dependències” a les persones que participen en el programa.

8.1.2 Pedagogia de la situació

Es centra en mètodes actius d'ensenyament i d'aprenentatge, es basa en la idea que es tracta *“d'ajudar la persona alumna a tenir experiències motrius necessàries i significatives per al seu desenvolupament, amb la finalitat de millorar la seva autonomia, intel·ligència i seguretat en si mateixa”* (Galera, 2001: 74). Així doncs, la referència principal són les capacitats i les possibilitats de l'educand. L'educador/a deixa de ser un model per passar a exercir una funció orientadora, facilitadora. Fa propostes i crea situacions que l'educand ha de resoldre, de manera que hi tenen cabuda diferents respostes. És més important el procés que el resultat i les accions concretes.

La relació pedagògica que s'estableix entre l'educador/a i la persona gran és bidireccional. Es basa en un diàleg amb propostes obertes i sense una única resposta vàlida. Això fa possible una millor adaptació de la pràctica a les possibilitats, a les característiques i als interessos de cadascuna de les persones grans que participen en el programa.

Són mètodes que, deixant llibertat a la persona gran per investigar amb el seu propi cos, donen unes pautes de treball que els orienten i alimenten la seva creativitat.

En el programa VAFiD aquestes característiques són especialment importants per la diversitat de situacions, capacitats i discapacitats que poden confluïr en un mateix grup, de manera que és possible una certa “personalització”³⁰ de l'acció educativa.

³⁰ Cal entendre la personalització com “l'ajustament de l'acció educativa a les característiques personals de cada alumne” (Pujolàs, 2003:46) i diferenciar-la de la individualització. La primera suposa un procés d'adaptació en el si del grup, mentre que la individualització n'aparta, en separa o n'allunya.

La utilització d'aquests tipus de mètodes és útil quan:

- Es treballa amb un grup que té una certa experiència i familiarització amb el programa perquè les persones que el formen ja tenen alguns recursos propis per poder buscar solucions a les situacions i problemes plantejats.
- El grup està format per persones que no tenen limitacions cognitives, funcionals o de relació i comunicació massa importants.
- Els aspectes que es volen treballar tenen components expressius, cognitius i relacionals importants.

Els aspectes positius de la utilització de mètodes basats en la pedagogia de la situació es poden resumir tal i com segueix:

- Permeten que cada persona gran es mogui i respongui en funció de les seves capacitats.
- Faciliten l'experimentació motriu i l'expressió a partir d'unes pautes de treball.
- Donen importància a les relacions interpersonals que es desenvolupen mitjançant la col·laboració i la cooperació.
- Permeten l'adequació del ritme de treball a les característiques de les persones grans.
- Impliquen la persona en la seva globalitat, incloent aspectes cognitius i facilitant la seva autonomia.
- Són enriquidors i motivadors, tant per a l'educador com per a la persona gran.

Però la seva utilització també comporta alguns inconvenients o dificultats:

- L'educador/a ha de tenir experiència.
- És difícil d'aplicar en grups nous.
- El procés d'ensenyament i d'aprenentatge no sempre respon, totalment, a l'ordre preestablert en la planificació.
- Requereixen un procés més llarg en el temps.

Tal i com es pot deduir de l'estudi fet fins ara, la utilització de mètodes que responguin al plantejament de la pedagogia de la situació és més coherent amb les finalitats i els objectius del programa VAFiD que els de la pedagogia del model. Així, la tendència ha de ser la d'utilitzar, sempre que sigui possible, mètodes de treball actius.

8.2 La comunicació en les relacions interactives

L'aplicació del programa no es pot entendre sense una relació basada en la comunicació i el diàleg entre les persones que hi estan implicades. De fet, es construeix i evoluciona sobretot a partir de la interacció entre l'educador/a i les persones grans. Però tota relació està condicionada per factors físics, emocionals, cognitius i socials. Les possibilitats i la forma d'emetre, rebre o comprendre un missatge, el canal i els codis que s'utilitzen o l'entorn en què es desenvolupa, fan de la comunicació un procés complex que caracteritza gran part de l'acció educativa.

Per al programa VAFiD aquest és un aspecte especialment important, perquè les persones grans que hi participen pateixen deficiències que interfereixen i modifiquen les condicions necessàries per a una bona comunicació. Quan les deficiències són de tipus sensorial (Vegeu punt 2.3.1. del capítol II) hi ha una limitació en la recepció dels missatges, ja que els sentits en són la porta d'entrada. Si les deficiències són neuro-músculo-esquelètiques i relacionades amb el moviment (Vegeu punt 2.3.2 del capítol II), la dificultat o la modificació en la comunicació la trobarem en la producció del gest, en l'elaboració i l'emissió de missatges gestuals o paraverbals que puguin ser correctament interpretats. Finalment, si les deficiències són a nivell mental (Vegeu punt 2.3.3 del capítol II), la comunicació estarà afectada quant a l'oportunitat, l'adequació i la interpretació dels missatges que es reben i s'emeten.

És per això que en el desenvolupament del programa cal posar especial atenció en els processos comunicatius i les circumstàncies que els envolten,

tant els que s'estableixen entre l'educador/a i les persones grans, com entre les mateixes persones grans. Caldrà tenir en compte diversos aspectes relacionats amb la comunicació verbal i la no verbal, que especificarem tot seguit.

8.2.1 Sobre la comunicació verbal

En totes les situacions que contenen expressions verbals, hi ha un seguit de condicions que, en la mesura que sigui possible, cal complir per tal de facilitar el procés comunicatiu:

- Procurar parlar amb un to de veu de moderat a alt però sense cridar, amb un so més aviat greu i vocalitzant correctament.
- Fer frases curtes i clares.
- Estructurar el contingut del missatge amb una seqüència coherent.
- Repetir sempre que sigui necessari. Amb les mateixes paraules quan el receptor no ho ha pogut escoltar bé, amb altres paraules o gestos si la comprensió no és bona.
- Utilitzar gestos, imatges o altres recursos no verbals (contacte físic, distàncies, mirada) que complementin el missatge verbal per tal de facilitar-ne la comprensió. Sobretot en la comunicació amb persones amb afàsia, agnòsia o apràxia (Vegeu definicions d'aquests termes en el punt 2.3.3.2 del capítol II).
- Evitar que es superposin als missatges verbals altres sons (música, sorolls) o estímuls (persones que passen pel lloc on es fa la sessió, objectes que es mouen...).
- Complementar, repetir, acabar o refer missatges verbals incomplets, desordenats o incoherents emesos per persones amb deficiències en el llenguatge.

És important tenir en compte que totes aquestes consideracions han de ser presents en qualsevol tipus d'interacció –també en les que s'estableixen entre les mateixes persones grans– i això vol dir que, en un grup format per persones amb discapacitats diverses, l'educador/a ha de vetllar perquè es compleixin fent

de mitjancer quan convingui (per exemple: apropar dues persones que volen parlar, parar la música quan una persona gran vol dir una cosa al grup...).

8.2.2 Sobre la comunicació no verbal

En la comunicació la força i el valor expressiu del gest, la proximitat entre les persones, l'actitud postural... és evident. Complementen els missatges verbals i poden arribar a dir tant o més que les paraules. Així que també són aspectes a tenir presents i a utilitzar intencionadament en el desenvolupament del programa VAFiD.

En les relacions interactives que es produeixen durant la seva aplicació, caldrà tenir en compte els següents factors de la comunicació no verbal:

8.2.2.1 Distàncies i ubicació

La proximitat i la ubicació de les persones les unes en relació a les altres, condicionen el procés de comunicació en la mesura que permeten o dificulten el contacte, generen respostes i sensacions en funció del moment, de la situació o de la cultura. En el nostre cas, aquest és un aspecte que ens interessa especialment perquè, tal i com hem vist en el punt 7.3.3 d'aquest mateix capítol, la distribució del grup en l'espai és un factor important en el programa.

La utilització intencionada de les distàncies i la ubicació tant de les persones del grup com de l'educador/a forma part de les estratègies per a generar processos comunicatius, d'ensenyament i aprenentatge positius.

Holden i Woods, citats per Peña-Casanova (1999 b: 44), expliquen com les distàncies i la ubicació de les persones en una situació d'interacció, resulten d'adequades per tal que aquesta interacció tingui unes característiques o unes altres. Vegem el paper que poden tenir en el programa d'activitat física per a persones grans en situació de dependència (Quadre 13):

Quadre 13: Distàncies i ubicació de les persones en les interaccions

DISTÀNCIES entre dues persones		
Distància	Característiques interacció	Utilització en el programa VAFiD
A 45 cm	Interacció difícil d'evitar.	<p>És una distància que pot fer sentir incòmode a algun dels interlocutors.</p> <p>En la fase prèvia de la sessió pot ser utilitzada amb persones que tenen una actitud postural molt replegada o tancada.</p> <p>Distància poc utilitzada durant la fase de desenvolupament de la sessió, excepte quan és necessari establir comunicació, intercanvi d'objectes o contacte corporal amb persones amb deficiències de tipus sensorial i/o molt poca mobilitat.</p>
De 45 cm a 1,20 m.	Interacció adequada.	<p>És la més utilitzada en el conjunt de la sessió.</p> <p>S'utilitza en la majoria de les situacions comunicatives i es fa servir per donar i rebre informació, expressar...</p> <p>És la distància de treball que es fa servir en l'organització del grup per parelles o petits grups.</p>
De 1,20 m a 3,5 m.	Interacció possible però requereix més esforç	<p>Aquestes dues distàncies s'utilitzen en situacions que pretenen incidir precisament en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La comunicació "a distància" mitjançant l'expressió gestual o la utilització d'un objecte. ▪ La força mitjançant llançaments o xuts d'objectes de diferents mides i/o pesos. ▪ El treball individual que requereix concentració en si mateix/a.
Més de 3,5 m.	Interacció força difícil. Fàcil de mantenir la privacitat.	
UBICACIÓ de les persones unes en relació a les altres		
Ubicació	Característiques interacció	Utilització en el programa VAFiD
De costat.	Interacció inadequada.	<p>Quan es refereix al grup, aquesta és la forma d'ubicació que es correspon amb l'organització del gran grup en cercle o en fileres.</p> <p>Facilita el treball individual, però és poc útil per tal de generar interacció entre les persones, excepte quan és a través d'algun tipus de material (per exemple una corda, una pica...) que cal donar-se o compartir.</p> <p>Quan es refereix a la interacció de l'educador/a amb el grup o amb les persones grans individualment, és una forma poc utilitzada.</p>
Cara a cara.	Interacció intensa.	<p>Aquesta és la ubicació més utilitzada en la relació educador/a – individualitat, perquè és la que fa més fàcil el intercanvi de missatges, sobretot si hi ha alguna deficiència que dificulta la comunicació.</p> <p>També és la que utilitzen espontàniament els membres del grup que poden moure's per ells mateixos, per relacionar-se.</p>
De cara a uns 45°	Interacció còmoda que permet pauses i silencis amb menys angúnies.	<p>Es correspondria amb l'organització del grup en petits grups o en dispersió.</p> <p>L'educador/a la pot utilitzar en el "joc" d'apropament/distanciament en el treball individual o compartit però autònom de les persones del grup.</p>

Font: Elaboració pròpia a partir de Peña-Casanova, 1999 b:44.

8.2.2.2 Contacte visual

La utilització de la mirada en la comunicació entre dues o més persones és habitual i freqüent, té una significació important. Tant que, per exemple, tancar els ulls en una situació d'interacció denota un desig de trencament d'aquesta relació.

La mirada pot ser utilitzada de diverses maneres:

- Positivament quan es comparteixen complicitats, quan hi ha un component emocional i afectiu.
- Negativament, per reprovar, per intimidar o per reptar l'interlocutor o els interlocutors.
- Evitant el contacte visual per tal d'escapolir-se de situacions conflictives, complexes o incòmodes.

És evident que, en el si del programa i en les relacions interactives entre les persones que hi participen s'utilitzen totes però, per tal de crear un bon ambient de grup i una interacció positiva i satisfactòria per a tothom, la utilització positiva de la mirada és l'objectiu principal.

Cal remarcar que, sobretot en persones amb tendència a l'aïllament, és interessant estimular i "practicar" aquest tipus de comunicació, que tendeix a no ser utilitzada. O que, en persones amb moltes discapacitats, esdevé una potent i important eina de comunicació.

8.2.2.3 La gestualitat

Conjuntament amb els aspectes anteriors, el gest esdevé una eina de comunicació molt present en les sessions d'activitat física. Encara que en aquest cas cal diferenciar-lo dels moviments directament relacionats amb el què és l'exercici físic, el gest –amb funció comunicativa– sovint és utilitzat com

a complement del llenguatge verbal, forma part de la utilització de les distàncies i les ubicacions personals per comunicar-se i acompanya la mirada.

La manera de moure's, l'adopció de postures, les gesticulacions de braços, cara, cames i cos donen referències a l'interlocutor sobre la seva disponibilitat, l'interès per a la relació o el seu dinamisme.

En el programa VAFiD la dimensió comunicativa del gest té dues funcions principals: la primera és la facilitadora/entorpidora de les interaccions en el sentit que pot acollir o rebutjar l'altre, i permet situar-se en una relació d'igualtat o de poder envers l'altre. En segon lloc, té una funció expressiva que "parla" sobre l'estat d'ànim, el dolor, l'alegria, la satisfacció, la fatiga, la tristesa... que ens ajuda a la comprensió de l'altre i que, amb persones que no poden, no volen o no tenen capacitat per expressar-se, pot jugar un paper important per al desenvolupament d'una acció educativa adequada i coherent.

Tot això es tradueix en dos grans criteris a tenir presents sempre, tant per la interacció educador-a/grup o persones individuals, com per la interacció entre les persones grans:

- Procurar acollir l'altre i mostrar-se disponible mitjançant el gest. Això és adoptant postures que no siguin de superioritat envers l'altre (sobretot en la interacció amb persones que estan assegudes o estirades) i realitzant gestos harmònics, oberts i acollidors en lloc de gestos bruscos i forçats.
- L'actitud observadora que l'educador/a ha de mantenir sempre per tal de copsar els missatges que vénen de les persones grans, i la mateixa actitud que ha d'estimular en les persones grans per tal de millorar la seva interacció amb l'entorn.

En resum, la comunicació en les relacions interactives que s'estableixen en el moment de l'aplicació del programa d'activitat física, constitueix una eina clau per a l'aplicació dels seus criteris metodològics i el seu desenvolupament.

8.3 El paper de l'educador/a

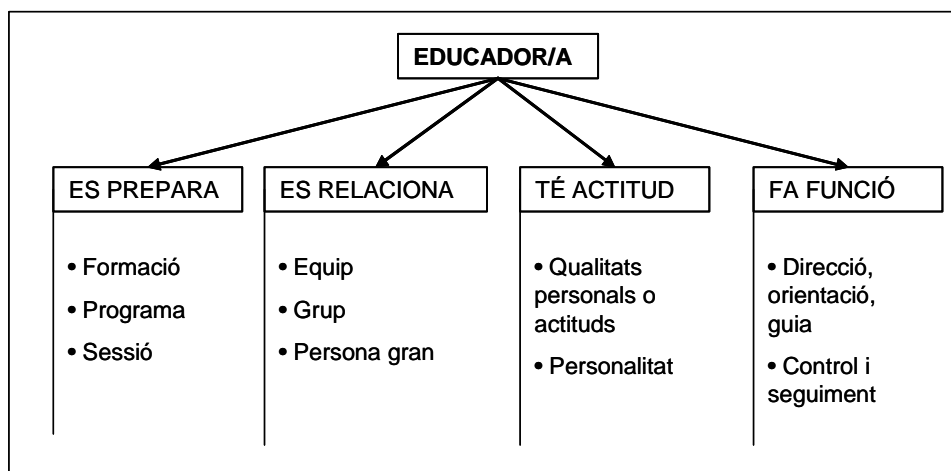
Les actituds, la manera de fer, els coneixements, les decisions que pren l'educador/a són aspectes que tenen una influència decisiva en la manera com les persones grans aprenen, reaprenen o aprenen a desaprendre, i sobre la vivència que extreuen de la seva participació en el programa. Per tant, té un paper importantíssim en el desenvolupament de les sessions.

Abans d'iniciar l'anàlisi dels diferents aspectes que han de definir el paper d'educador/a en relació al programa VAFiD, vull destacar dues idees inicials: la primera és que, al meu entendre, les qualitats i les característiques generals que ha de tenir l'educador/a, no difereixen gaire de les de qualsevol altre professional de l'atenció a persones grans en situació de dependència. I la segona és que l'educador/a sempre ha d'assumir el paper de principal responsable de tot el que fa referència al programa, amb una implicació personal compromesa.

Per analitzar el paper de l'educador/a i descriure les línies directrius a tenir en compte per a l'aplicació del programa VAFiD, partiré de quatre grans accions que fa en el conjunt del procés de planificació, programació i desenvolupament del programa i que determinen la seva competència com a professional (Vegeu la figura 11):

- Es prepara
- Es relaciona
- Manté una actitud
- Exerceix una funció

Figura 11: El paper de l'educador/a.



Elaboració pròpia

8.3.1 La preparació

Fa referència als diferents nivells de preparació que ha d'assumir l'educador/a com a professional i responsable del desenvolupament del programa. El procés de preparació va des dels aspectes més generals fins als més concrets, des de la planificació del programa fins a la de les sessions.

En el conjunt de tasques relacionades amb la preparació de l'educador/a, l'experiència hi té un paper significatiu. Permet precisar i anar destriant progressivament allò que és més important del què ho és menys. Tot i així, no justifica l'absència de preparació, perquè precisament és un exercici que permet avançar i fer evolucionar i, si convé, –només si convé– poder improvisar a fi d'adequar-se a respostes i situacions que no estaven previstes.

Aquesta acció té tres nivells diferents, que veurem a continuació:

La formació i la preparació com a professional. Això és, tot allò que forma part del camp del saber, allò que *ha de saber* per poder aplicar el programa. Necessita conèixer bé les característiques de les persones grans en situació de dependència i de les institucions que les acullen, ha de conèixer els recursos

pedagògics (metodologia) i materials que pot utilitzar i ha de tenir formació sobre la matèria –en el nostre cas l'activitat física– que utilitzarà per desenvolupar la seva acció.

La preparació del programa. En un nivell inferior hi ha les tasques de preparació del programa. L'educador/a pren decisions sobre les línies d'actuació, els objectius, la manera com el durà a la pràctica i com l'avaluarà. No fa altra cosa que plantejar el camí que es proposa seguir i com el vol seguir, tot definint-lo i decidint sobre aquells aspectes que considera més importants i els que menys, les prioritats en el temps, els principis metodològics que tindrà en compte... en definitiva, tot allò que considera rellevant.

La preparació de la sessió. Finalment, en l'últim graó del procés de preparació hi ha la sessió. Sempre és necessari que l'acció pedagògica que acaba fent l'educador/a durant la sessió d'activitat física vagi precedida per un exercici de reflexió sobre el què es farà i com es farà (objectius principals, activitats, tasques i situacions que es proposaran, durada prevista de cadascuna, material necessari, organització del grup...). Això contribueix a l'aplicació d'accions adequades i coherents amb el programa.

8.3.2 La relació

En el desenvolupament de la seva tasca l'educador/a no treballa en solitari, sinó que forma part de l'equip d'atenció a les persones grans i del grup que dirigeix. La relació que estableix amb ells forma part de l'aplicació del programa, que de fet no es podria entendre ni fer realitat sense el joc de les relacions i interaccions personals.

La relació s'inscriu en el *saber fer* de l'educador/a per poder desenvolupar amb èxit el programa.

La relació amb l'equip. El contacte amb l'equip d'atenció a les persones grans que participen en el programa ha de servir sobretot per:

- Contribuir a la definició i a la valoració del pla d'atenció a la persona.
- Informar i sensibilitzar sobre les característiques i els objectius del programa d'activitat física.
- Conèixer els trets generals de l'acció d'altres professionals implicats en l'atenció a la persona gran.
- Conèixer prèviament les característiques generals de la persona que ha de participar en el programa.
- Conèixer els canvis que es produeixen en el pla d'atenció a la persona gran.
- Transmetre informació sobre l'evolució i les característiques de la participació de la persona gran en el programa.
- Enriquir la formació i la informació personal sobre els aspectes que són propis d'altres professionals i professions implicades en l'atenció a les persones grans.

La relació formal amb l'equip pot ser relativament curta, però ha de ser efectiva, periòdica, i ha de tenir un espai i un temps preestablerts. D'aquesta manera es garanteix el contacte i el compromís entre l'equip i l'educador/a.

La relació amb el grup. A banda del que ja s'ha exposat en el punt 8.2 d'aquest mateix capítol, la relació entre l'educador/a i el grup ha d'anar encaminada a vetllar per:

- La integració de totes les persones del grup de manera que cap en quedi exclosa.
- La participació activa de tothom. Totes les persones del grup han de poder participar activament en les propostes que es fan. A causa de l'heterogeneïtat del grup, això suposa tenir la capacitat de fer adaptacions (en les propostes, les estratègies, la utilització del material...), i donades les característiques de les persones grans que hi participen, també suposa fer-ho de manera estimulants: que convidi, que mantingui i que reforci la participació activa.

- L'acceptació i el reconeixement de totes les persones del grup amb les seves característiques particulars (capacitats, formes de comportament, motivacions...), tant per part de l'educador com per part de la resta de participants del grup.

La relació individual amb cada persona. Aquesta és una relació que té per objectiu conèixer a cadascú de manera individual per tal de poder respondre a les seves necessitats, als seus interessos i a les seves peculiaritats. La relació individual amb cada persona del grup permet desenvolupar una acció més personalitzada i passa per actituds i actuacions més generals (per exemple parlar més o menys formalment amb una persona en funció de la situació) o més concretes (com per exemple saber el nom de totes les persones del grup).

8.3.3 L'actitud

La manera de comportar-se en relació a les situacions directament relacionades amb el desenvolupament del programa (reunions d'equip, sessió) està lligada a les qualitats personals de l'educador/a i també a la seva personalitat. Aquestes qualitats s'inclouen en el camp del *saber ser* i constitueixen una eina fonamental en l'exercici de les seves funcions com a educador/a.

Les qualitats personals o actituds. Són aspectes que influeixen en la creació d'un l'ambient i una dinàmica de treball adequats, faciliten l'aplicació coherent del programa i contribueixen a la bona comunicació amb el grup i l'equip. Les actituds són educables a partir del treball amb un mateix i amb han de constituir un repte personal i un objectiu per a l'educador/a. Les actituds afavoridores més importants cara al VAFiD són:

- Pacència. Per poder adaptar-se a un ritme més lent que el propi i respondre adequadament davant de conductes repetitives, inapropiades o lligades a determinades discapacitats, malalties o situacions.

- Actitud atenta i observadora. Per tal de poder intervenir d'acord amb les respostes del grup i de les persones que el formen. L'observació constant és fonamental en totes aquelles situacions que poden comportar riscos, no s'ha d'oblidar que en la majoria de les ocasions estem treballant amb persones fràgils.
- Respecte. El respecte als altres és indiscutible, es tracti de persones com nosaltres o de persones "diferents". Es tracta d'acollir l'altre amb les seves peculiaritats, amb dignitat per a ambdues parts; això suposa evitar tractes de tipus paternalista o infantilitzador.
- Dinamisme. El treball amb persones que tendeixen a mantenir actituds passives requereix un dinamisme constant que estimuli i inciti a l'activació.
- Disponibilitat i flexibilitat. Per acollir i/o reconduir totes les iniciatives, preguntes, demandes o accions que puguin sorgir de les persones grans, d'altres professionals o de la pròpia acció.
- Sentit de l'humor. Per cultivar un ambient alegre i una visió positiva de les situacions, tot contrarestant les més negatives.
- Iniciativa. Per poder prendre decisions quan calgui i evolucionar en el propi treball.

Personalitat. Els trets generals de la personalitat de l'educador/a constitueixen la base dels seus comportaments com a persona, solen estar molt instaurats, són menys "educables" i podem dir que, per al seu paper en el programa d'activitat física, no són tan importants com les qualitats personals o les actituds en relació al propi programa, a les persones grans o a la seva situació, perquè no hi tenen una influència tan decisiva a l'hora de la seva aplicació. Per posar un exemple: un educador/a pot tenir una personalitat extravertida però una actitud poc atenta i observadora, de manera que li costi adaptar les seves propostes a les respostes del grup; això podria donar lloc a una aplicació poc adequada del programa.

8.3.4 La funció

L'educador/a, des de la seva posició, és el punt de referència per al grup i ha de complir amb un seguit de tasques i funcions que li són pròpies, situades també en el camp del *saber fer*:

Direcció, orientació, guia. L'educador/a lidera el programa, ha de ser un lideratge positiu. Des de la seva responsabilitat, és qui s'encarrega de fer que el programa es vagi desenvolupant i evolucioni en un ambient adequat a fi que es puguin assolir els objectius plantejats. Això ho aconsegueix gràcies a la utilització de mètodes i d'estratègies adequats, i a l'establiment de relacions interactives satisfactòries. Però, en l'acompliment d'aquesta funció de lideratge, tant o més important que els mètodes i les estratègies que utilitza, ho és la manera com l'educador/a sap crear (Florence, 1991:26) en la persona gran:

- El **desig** d'intentar, superar i progressar.
- La **presència** en la tasca, el compromís personal amb la pràctica.
- **Confiança** en l'èxit personal.

Aconseguir aquestes tres actituds en les persones grans amb dependència que participen en el programa no és fàcil, perquè sovint la tendència i el punt de partida són la passivitat i l'acomodació a la situació, la resposta automàtica a les propostes, i preval el sentiment d'incompetència sobre el de competència (*"jo no podré fer..., ja no serveixo per.."*). Tot i així, la pràctica continuada en un ambient de respecte i amb la direcció, l'orientació i la guia adequades per part de l'educador/a i/o els companys de grup, és possible despertar, encara que sigui per uns moments, aquestes actituds.

Per altra banda, l'educador/a ha de saber que, com a punt de referència que és, exerceix de model i com a tal tendeix a ser imitat/da. Això vol dir que, en algunes ocasions, l'educador pot utilitzar aquesta tendència a la imitació amb l'objectiu de donar recursos de manera indirecta a aquella persona que no sap o que no pot resoldre una situació.

Finalment, d'aquesta funció d'orientació i de guia cal destacar la manera com exercir-la. Segons les característiques del grup –sobretot les cognitives– es poden utilitzar tres maneres –tècniques– diferents de proposar, d'orientar o de guiar les accions que es demanen al grup (Soler, 1995):

- *Animant*. S'utilitza quan la persona és capaç de realitzar el moviment de manera intencionada. L'educador/a condueix la sessió animant les persones del grup perquè elaborin les seves pròpies iniciatives motrius, afectives i relacionals. Reforça de manera constant els patrons motors de moviment que es conserven.
- *Estimulant*. En aquest cas la manera de procedir de l'educador/a és semblant a l'anterior –també anima– però exerceix una acció més intensiva i guiada. Quan la persona no pot trobar la resposta adequada a la situació que se li planteja, es fa servir el suport de la imitació com a recurs per a guiar-ne el procés d'elaboració.
- *Sol·licitant*. Quan la persona gran té dificultats importants a l'hora d'elaborar la seva resposta motriu o per comprendre la demanda que se li fa, l'acció de l'educador/a és més intensiva, de manera que s'utilitzen la imitació i el moviment guiat. En aquest cas, l'estimulació de la persona gran es fa mitjançant la imitació del model i l'educador/a fa servir la manipulació del cos (mitjançant el contacte directe o bé d'un objecte) per desencadenar els estímuls que propiciïn el moviment.

Control i seguiment. La funció de control de l'educador es centra en tot allò que pugui representar un risc o una situació conflictiva. Forma part de la seva tasca:

- Preveure les possibles situacions de risc.
- Informar que es poden produir i com cal actuar perquè no es produeixin.
- Resoldre aquestes mateixes situacions quan es produeixin, amb responsabilitat, rapidesa i encert.

Al mateix temps, l'educador/a exerceix una funció de seguiment de les respostes de les persones grans. La resposta de l'educador/a a l'esforç dels qui participen en l'activitat forma part del diàleg pedagògic que s'estableix entre ambdós. En funció de la situació i del tipus de treball hi pot haver una acció observadora que "objectiva" i posa paraules o bé una acció correctora al procés que està elaborant la persona gran. Tot i així, tenint en compte que en aquest programa és més important el procés que el producte, cal evitar els tecnicismes. Corregir les respostes de la persona gran s'ha de fer:

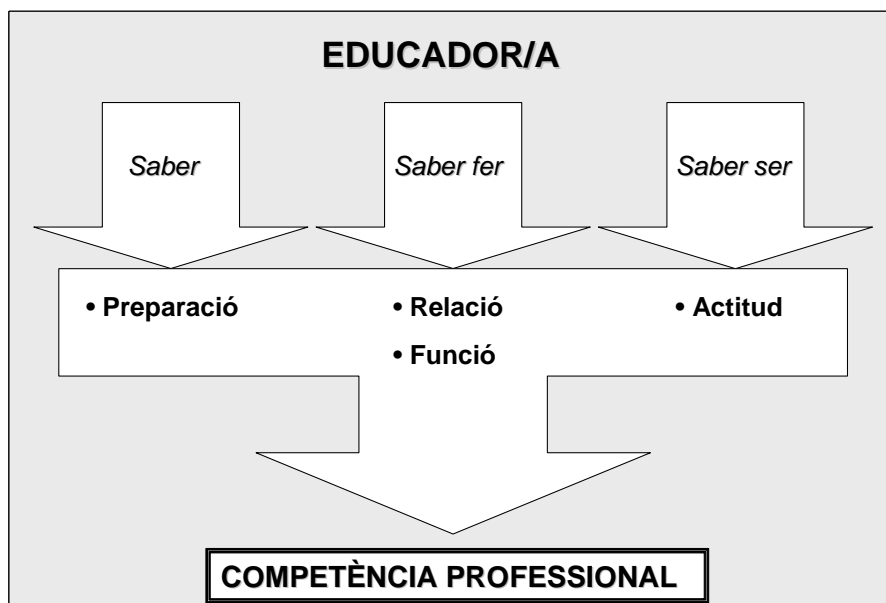
- Per evitar lesions, sobretot en aquells tipus de treball durant els quals és molt important mantenir postures correctes i sempre que es facin moviments bruscos o contraindicats.
- Sense posar-la en evidència davant dels altres.
- Amb discreció, quan la correcció no és ben acollida.
- Procurant evitar les manipulacions –més si són brusques– d'extremitats o parts del cos. Hi ha dues raons per evitar-les: la primera és que, en aquest programa, tenen prioritat els moviments actius sobre els passius, i la segona és que una manipulació incorrecta pot provocar una lesió.

A manera de resum, la competència professional (allò que ha de *saber*, *saber fer* i *saber ser*) de l'educador/a en el programa VAFiD queda reflectida en la figura 12.

8.4 Les tasques: la construcció i l'adaptació

Les tasques són les eines que utilitzem per poder construir progressivament el camí que va en direcció a les finalitats i als objectius que ens hem proposat amb el programa. La forma com estiguin construïdes i els elements que les constitueixen les caracteritza d'una manera particular. Les fa més o menys intenses/suaus, lentes/ràpides, fàcils/difícils, dinàmiques/estàtiques, globals/analítiques... Tant l'estructura i els elements que formen la tasca, com la utilització d'unes o d'altres durant la sessió, tenen implicacions

Figura 12: Competència professional de l'educador/a.



Elaboració pròpia.

metodològiques, formen part de les decisions lligades a l'aplicació del programa. Sigui l'educador/a, la persona gran o ambdós qui escullin o construeixen les tasques –això dependrà sobretot del mètode i l'estil d'ensenyament i aprenentatge que s'utilitzi– totes han respondre a unes característiques generals comunes –esmentades en el punt 6.1– i totes contenen un seguit d'elements que cal tenir en compte a l'hora d'analitzar-les.

Aquesta anàlisi de les tasques ens ha de servir per adequar-les a les possibilitats i a les característiques de les persones grans que les han de practicar, si bé és cert que, quan es treballa amb un plantejament actiu on la persona gran participa activament en la construcció de la tasca –pedagogia de la situació–, no cal adaptar-la perquè el mateix procés de construcció ja la fa adaptada. Quan les propostes vénen de l'educador/a i es busca que la persona gran les reproduïxi –pedagogia del model– és important que siguin adequades i adaptades prèviament.

Quan cal buscar, inventar o utilitzar una tasca i decidir si és adequada o no per a la situació que plantejarem, hem de considerar diversos aspectes relatius a la seva construcció i als elements que la constitueixen:

- *Quins aspectes permet treballar.* És sabut que totes les tasques permeten treballar diferents aspectes, però en determinats moments, ens pot interessar posar l'accent en uns o en d'altres. En el llançament d'una pilota hi estan implicades la coordinació de moviments, la percepció de l'espai, la percepció del temps, la força... Si el que ens interessa és la percepció de l'espai, haurem de donar importància a la precisió del llançament; si, en canvi, ens interessa la coordinació de moviments, ens haurem de fixar en l'harmonia del gest.
- *Com s'organitza el grup.* Cal valorar les implicacions que això comporta, tal com ja hem explicat en el punt 7.3.3.
- *Quins elements de dificultat i d'intensitat inclou.* La dificultat d'una tasca pot estar regulada per diversos factors:
 - El ritme d'execució. La variació del ritme modifica la dificultat de la tasca i la seva intensitat. Ritmes lents poden suposar més o menys facilitat depenent del què es faci i de les característiques del qui ho ha de fer. Per exemple caminar molt lentament pot suposar una dificultat elevada per a persones amb deficiències en l'equilibri. En general, els ritmes d'execució ràpids i continuats comporten una intensitat de treball físic i/o cognitiu alta –per la despesa energètica que representen–.
 - El nombre d'accions i/o moviments diferents que conformen la tasca. A més accions, més dificultat.
 - El nivell de precisió que es demana en l'execució de la tasca. Els moviments més precisos suposen una dificultat afegida, sobretot per a aquelles persones que tenen rigidesa articular i/o dificultats en les praxis.
 - La definició i l'obertura de la tasca. Això vol dir si permet més o menys possibilitats de resposta adequada. Si la tasca o situació és més oberta, menys definida i menys predeterminada, permet diversitat de respostes però exigeix més capacitat de decisió, cosa que comporta més dificultat. Si, contràriament, és més tancada, la persona gran només ha de procurar reproduir-la tal i

com s'hagi definit o mostrat en el model; això demana menys implicació cognitiva i, per tant, més facilitat.

- El coneixement previ de la tasca. Les tasques que són conegudes pel grup són més fàcils, orienten i donen seguretat. Quan són noves comporten un nivell de dificultat més elevat perquè tenen un punt d'incertesa, però també aporten motivació i riquesa al programa. En el VAFiD és fonamental buscar l'equilibri entre conegut i novetat, sobretot quan el treball s'adreça a persones amb deteriorament cognitiu.
- *Quins elements de motivació inclou.* Hi ha diversos components en les tasques i les situacions que contribueixen a la motivació de les persones grans, sempre que s'utilitzin d'acord amb la situació del moment. Els elements de motivació més importants per al VAFiD i que formen part de l'estructura i l'essència de les tasques, són:
 - Component lúdic. Les tasques amb component lúdic aporten bon ambient al grup i satisfacció personal de moure's en un entorn alegre i distès.
 - L'element estètic. Les tasques que inclouen elements estètics contribueixen a crear un ambient i un entorn agradables, a més de despertar el sentit creatiu de cadascú.
 - Final clar. Les tasques que tenen un final o un resultat clar donen un sentit de progressió i permeten identificar molt clarament quan s'han acabat i amb quin resultat. Un exemple és el de les danses –que a més tenen un component estètic– on hi ha un procés d'aprenentatge que acaba amb una situació molt evident, que és ballar-les des del principi fins al final. Un altre exemple estaria en les tasques, també amb un resultat final molt evident, com és el cas dels llançaments de precisió (la pilota cau dins la capsa o no, la bitlla es tomba o no). Aquests tipus de tasques són útils i adequades per als grups formats per persones amb deteriorament cognitiu (per exemple les que correspondrien al nivell 3 definit per Claudia Allen).
 - La utilització del material. Tal com ja hem exposat en el punt 6.2.1. d'aquest mateix capítol, el material és un element útil per a

la motivació. La presència d'objectes –amb mides, formes, textures i valor simbòlic diversos– en la tasca, la fa diferent, nova, estimulants.

- *Quins elements de risc inclou.* Per a la construcció de les tasques i/o proposta de situacions cal valorar si contenen o poden facilitar l'aparició d'elements de risc. Això vol dir posar atenció a si:
 - Inclouen moviments o accions brusques que puguin ocasionar lesions.
 - La intensitat de treball que requereixen és adequada a les característiques del grup i a les persones que el formen.
 - Contenen accions o moviments que puguin produir dolor articular, muscular...
 - La utilització de material que comporten pot provocar contusions a conseqüència de la seva manipulació o situacions de risc com caigudes (trepitjar un objecte que és a terra).

L'anàlisi de la tasca o de la situació que s'utilitza en l'aplicació del programa és necessària per a les possibilitats d'adaptació i modificació que té. Aquest exercici ha de permetre la personalització del procés d'ensenyament i d'aprenentatge.

Tot i així, s'ha de tenir en compte que els elements que conté la tasca o la situació no són els únics que es poden modificar per tal d'adaptar el treball a les capacitats i a la realitat dels participants. Tal com exposa Salvador Toro (1998) també es poden fer altres tipus d'adaptacions. Per al programa VAFiD, a més de les que ja hem esmentat, podem tenir en compte:

- Adaptacions pedagògiques: oferir recolzament verbal, visual o manual, dividir el moviment en seqüències, deixar temps prudencial entre l'explicació i l'execució.
- Adaptacions en el mitjà d'aprenentatge: aplicació d'adaptacions tècniques que facilitin la prensilitat dels objectes, modificació de condicions de l'entorn com distàncies, alçades..., eliminar fonts de distracció, utilitzar rituals, modificar l'organització del grup.

- Simplificar les percepcions: utilitzar objectes de colors vius, modificar les dimensions dels objectes que cal manipular, modificar la trajectòria (horitzontal, parabòlica) la velocitat, la distància o l'angle del mòbil en els llançaments / recepcions.

8.5 L'avaluació

En el procés d'aplicació del programa no hi pot faltar la reflexió, l'observació i/o la mesura de tot allò que succeeix durant el seu desplegament. Es tracta d'identificar totes aquelles coses que faciliten o dificulten el desenvolupament i la utilització de les possibilitats de cadascú amb l'únic objectiu de reorientar i adequar, de manera constant, l'acció educativa al procés que comparteixen els vells i l'educador/a durant les sessions. L'avaluació en el programa VAFiD té una funció d'anàlisi del procés, més que d'estudi exclusiu dels resultats. El que ens interessa és la manera com la persona gran hi participa i els resultats només ens interessen en la mesura que proporcionen benestar i eines per desenvolupar-se de la manera més autònoma possible. Es tracta de saber com la participació en el programa contribueix a aquests dos factors.

Així doncs, l'objecte d'avaluació del VAFiD és el procés, els subjectes són les persones grans i l'educador/a, el punt de referència són les capacitats i la finalitat de l'avaluació és adequar i millorar el mateix procés (Vegeu quadre 14).

Degut a les característiques del programa, de les persones que hi participen i del marc en què es desenvolupen aquests tipus de programes, l'avaluació n'és una eina més. Ha de ser continuada –de tipus formatiu– per dues raons fonamentals:

- Per ser coherent amb els plantejaments generals del programa.
- Perquè solen ser programes que es desenvolupen de manera continuada en el temps i els grups solen tenir una rotació constant de persones. Moltes vegades, la incorporació al grup no es correspon

amb l'inici del programa, ni el seu acabament es produeix al mateix temps per a tots els membres del grup.

Quadre 14: L'avaluació en el programa VAFiD

Finalitat	Objecte	Subjecte	Referent	Fases / tipus
Adequació i millora del procés	Procés	Persones grans i educador/a	Capacitats de les persones.	Inicial, reguladora, final i integradora.

Font: Elaboració pròpia a partir de Zabala, 1995.

Seguint la proposta d'Antoni Zabala (1995), el procés d'avaluació de tipus formatiu inclou diferents avaluacions que es realitzarien en diferents moments del procés educatiu: l'avaluació inicial, l'avaluació reguladora, l'avaluació final i la integradora. Per al programa VAFiD farà servir aquesta classificació de referència per determinar les característiques i els criteris principals a tenir en compte en l'àmbit de l'avaluació.

Segons el mateix autor, l'avaluació inicial és la que serveix per conèixer el punt de partida en relació als objectius generals del programa. L'avaluació reguladora és la que permet adequar les propostes a les necessitats dels alumnes mentre s'està desenvolupant. L'avaluació final ens serveix per veure fins on hem arribat, i l'avaluació integradora per identificar i valorar el procés que s'ha seguit de manera que permeti plantejar noves propostes en el futur.

Vegem tot seguit l'aplicació i les característiques de les diferents avaluacions en el programa VAFiD.

8.5.1 Avaluació inicial

Aquesta avaluació té per objecte conèixer les característiques, les capacitats, els interessos i les necessitats de les persones que han de participar en el programa. Es fa en el moment d'iniciar-lo i cal fer-la a totes les persones del grup, tant si s'inicia el programa de nou, com si hi ha algú que s'hi incorpora una vegada ha començat. Per a conèixer tots els aspectes objecte d'avaluació

es poden utilitzar diferents mètodes i podríem dir que l'avaluació inicial també hi ha un procés que conté diverses accions:

- Contacte de l'educador/a amb l'equip d'atenció. Aquest contacte pot ser mitjançant la participació en una reunió de l'equip multidisciplinari en la qual s'elabora el pla terapèutic per a aquella persona, o pot ser en un contacte amb un membre de l'equip que coneix la situació, les característiques generals de la persona gran i el pla terapèutic que s'ha plantejat per a ella. El fet que sigui d'una manera o d'una altra dependrà d'aspectes organitzatius de l'equip de cada institució. Sigui com sigui, cal que hi hagi un procés de recollida d'informació bàsica (es pot enregistrar en una fitxa individual) referent a la persona, que ha d'incloure:
 - Dades personals (nom, edat...)
 - Diagnòstic mèdic principal (principals malalties diagnosticades)
 - Situació funcional bàsica (grau de mobilitat, com es desplaça, comunicació, capacitat de resistència a l'esforç, índex de Barthel...)
 - Situació cognitiva (nivell de comprensió de consignes)
 - Situació social en cas que presenti característiques que puguin influir en la seva participació en el programa (Per exemple: persona que ha viscut molt temps sola sense tenir relació social)
 - Pla terapèutic establert per a aquella persona (objectius d'atenció, pla i accions previstes)
 - Qualsevol altra informació que pugui ser rellevant per a la participació en el programa d'activitat física
- Contacte de l'educador/a amb la persona gran que ha de participar en el programa. És bo que aquest contacte sigui individualitzat perquè permet un apropament mutu que també és molt important per a la motivació de la persona gran a participar en el programa. Es tracta d'un diàleg en el decurs dels qual ambdós interlocutors intercanvien informació: la persona gran ens en dona –directament o indirecta– sobre les seves capacitats, interessos, motivacions, i nosaltres podem

informar-la i motivar-la respecte les característiques del programa (què s’hi fa, com es treballa, per què és útil...).

- Observació sistemàtica de la participació de la persona gran durant les primeres sessions. L’observació ha de permetre conèixer les característiques generals de la persona gran quant a les seves capacitats (biològiques, psicomotores i perceptives, socio-afectives i cognitives), la seva actitud en relació al programa i a les altres persones del grup. Per això és útil fer dues coses:
 - Proposar, durant la sessió, algunes activitats bàsiques que serveixin per observar les respostes de les persones grans (per exemple: caminar, llençar i rebre objectes, donar consignes més senzilles i més complexes...).
 - Fer una observació global i sistemàtica de la participació de la persona gran en la sessió. Tenint en compte si comprèn les consignes, si respon adequadament a les propostes, la quantitat d’estímul necessari, si pot seguir tota la sessió, la relació amb el grup, la motivació per a la participació... (Vegeu quadre 15).

En cas que es vulgui fer una valoració més específica (equilibri, força, capacitats cognitives...) passant un test, aquest és el moment per a fer-ho, a l’inici de la participació en l’activitat.

Quadre 15: Observació qualitativa global de la participació

Data Valoració						
VALORACIÓ	1	2	3	1	2	3
ASPECTES A OBSERVAR						
1. Comprensió de les consignes. (1 no té dificultat, 2 alguna dificultat, 3 molta dificultat)						
2. Eficàcia en l’acció (Fa bé el què se li demana?) (1 no té dificultat, 2 alguna dificultat, 3 molta dificultat)						
3. Independència (Quantitat d’estímul necessari) (1 animació, 2 estimulació, 3 sol·licitació)						
4. Funcionalitat global. (Pot seguir tota la sessió?). (1 no té dificultat, 2 alguna dificultat, 3 molta dificultat)						
5. Relació amb grup i persones (1 espontània, 2 per necessitat, 3 aïllament).						
6. Motivació /col·laboració (li agrada?, col·labora?) (1 sí, 2 indiferent, 3 no)						
TOTAL						

Elaboració pròpia

L'avaluació inicial ens serveix per conèixer el grup i les persones grans que hi participen i, de moment, ens permet començar i fer propostes adequades a les observacions que hem fet. Més endavant ens serviran per identificar canvis ocorreguts a partir de l'acció educativa.

Pel què fa a les activitats i a les accions de l'educador/a també cal fer una valoració de com s'han fet, les actituds i la comunicació que ha establert amb la persona gran. Aquesta valoració es pot fer mitjançant l'observació sistemàtica de terceres persones i l'auto-avaluació.

8.5.2 Avaluació reguladora

És la que serveix per anar coneixent la forma particular que té cadascú de participar en el programa, d'anar adquirint habilitats o de modificar conductes. Es fa durant el desenvolupament del programa, de manera periòdica –quasi constant– i en funció de l'organització del treball que es vagi fent. Aquest tipus d'avaluació és la que –al meu entendre– és més important perquè permet adaptar les propostes i la línia de treball a la resposta del grup i a les persones. És en funció del què observem que podem decidir si continuem aquell treball que hem iniciat, o si és millor fer-lo d'una altra manera.

L'observació sistematitzada sobre aspectes concrets de les respostes del grup i de les persones durant la sessió és la millor manera d'identificar amb detall aquesta forma de participar. És una observació més dirigida que la que proposava en el punt anterior. Consisteix en anar observant la resposta de cada persona en els diferents aspectes específics que es treballen (els descrits en el punt 5 d'aquest capítol). La manera ideal de fer-ho seria enregistrant les sessions amb vídeo per poder fer l'observació de manera més detallada. Però la realitat i els recursos (humans, materials i de temps) disponibles a la majoria de les institucions on es puguin desenvolupar aquests tipus de programes, fan que aquest recurs sigui poc habitual i difícil d'utilitzar.

Complementàriament a l'observació cal considerar les aportacions i les valoracions que fan les persones grans que participen en el programa, ja sigui espontàniament o de manera induïda per l'educador/a. Tot i així cal tenir en compte que aquest aspecte a vegades tampoc és fàcil perquè, entre les persones grans amb dependència, hi pot haver dificultats per expressar la seva opinió i les seves vivències. La manca d'hàbit, la tendència a l'aïllament, el replegament o les discapacitats cognitives són aspectes que la dificulten.

Aquest tipus d'avaluació té una doble funció:

- Permetre adequar el treball a les necessitats i a l'evolució del grup i les persones
- Dibuixar el procés evolutiu –pel que fa a capacitats i forma de participació– que van experimentant amb el temps, tant el grup com les individualitats

Sobre el paper i l'acció de l'educador durant la sessió i en el procés que va construint conjuntament amb el grup, també cal una valoració i una observació sistemàtica que li han de permetre millorar la seva intervenció. Igualment que en el cas de l'avaluació de les persones grans, el mètode seria l'enregistrament amb vídeo o l'observació sistemàtica feta per terceres persones. Sigui com sigui, una acció millorada i adequada al grup i a la situació s'hauria de traduir en una participació més satisfactòria de les persones grans amb dependència.

8.5.3 Avaluació final

L'avaluació final fa referència als canvis observats, als efectes que ha produït l'acció educativa realitzada.

Tenint en compte que, en moltes ocasions aquest tipus de programes són continuats –no estan organitzats per cursos– i, per tant, no tenen un dia concret d'acabament, aquest és el moment de comparar les observacions fetes en l'avaluació inicial i les que es puguin fer en el moment de fer la final.

Abans de determinar els principals criteris per fer l'avaluació final és important tenir en compte dues característiques de les persones a qui va dirigit el programa:

- Es troben en una etapa de la vida que té una part de component involutiu ineludible
- Solen ser persones fràgils amb una clara predisposició a patir problemes de salut que dificulten la participació activa en el programa d'activitat física

Aquests dos factors, junt amb el plantejament del programa, fan que calgui entendre –a l'avançada– que alguns dels resultats o els canvis observats estaran en la línia de les *millores* (a nivell físic quan es participa després d'un període de desús, a nivell afectiu o de relació) i la resta es trobaran en el marge que hi ha entre el *manteniment* i la *pèrdua*. Quan hi ha períodes llargs de participació és més corrent experimentar manteniment i/o pèrdues que millores.

Seguint la visió que fa de la vellesa l'enfocament del cicle vital, podem dir que les millores, el manteniment i les pèrdues formen part de l'evolució de l'ésser humà. Totes tres es combinen i si, des del programa, podem fer que les millores siguin útils per a desenvolupar-se, el manteniment s'allargui el màxim de temps possible i les pèrdues siguin acollides amb un bon procés d'adaptació, el programa haurà aportat millores considerables per a la persona.

Retornant a l'avaluació final, les accions a fer en aquesta fase seran les de:

- Tornar a reproduir les accions, les proves o les propostes que es van fer l'inici per tal de poder comparar-les
- Recollir les valoracions i les observacions que puguin fer les persones que han participat en el programa i/o les persones que els són properes (familiars, membres de l'equip d'atenció, amics) ja sigui perquè no poden expressar-les o per complementar-les amb les seves

Aquestes accions es poden dur a terme mitjançant:

- El contacte de l'educador/a amb l'equip d'atenció per valorar els canvis observats durant la participació de les persones en el programa (individualment i col·lectiva) i el desenvolupament del propi programa (organització, horari, participació....)
- Observació sistemàtica de la participació de la persona gran durant les darreres sessions, de la mateixa manera que es va fer l'inic
- Contacte de l'educador/a amb la persona gran que ha participat en el programa. És una avaluació que es pot fer amb tot el grup i/o amb les persones individualment. Tant en un cas com en l'altre caldrà analitzar les diferents dimensions del treball fet durant el període que s'avaluï (canvis experimentats, aspectes positius, aspectes a millorar, la relació, l'acció de l'educador/a...)
- Reflexió, valoració i anàlisi sobre l'acció i el paper desenvolupat per l'educador/a

8.5.4 Avaluació integradora

Aquesta avaluació és la que reflexiona sobre tot el recorregut que s'ha fet en l'aplicació del programa. És la recopilació de totes les observacions que s'han anat fent des de que es va iniciar fins al moment en què es fa l'avaluació. És com fer un dibuix de la trajectòria feta per la persona gran, per l'educador/a, i pel mateix programa.

Comporta una reflexió global sobre:

- La participació en el programa (nombre de persones, satisfacció, canvis experimentats, integració en el grup)
- L'aplicació del programa (adequació de les accions als objectius, estratègies utilitzades, comunicació entre agents implicats, recursos utilitzats...)

- L'organització del programa (adequació dels horaris, espais, material, contacte amb l'equip, assistència...)

Aquesta reflexió ha de servir per reorientar el programa en els aspectes que sigui necessari. En cas que el programa sigui continuat, aquest és un exercici que cal fer de manera periòdica (una vegada a l'any) i compartida amb l'equip d'atenció.

9 Condicions per a la implementació del programa: orientacions organitzatives

Els aspectes organitzatius del programa depenen en gran mesura dels condicionants propis de cada institució, però hi ha un seguit de punts que són importants per poder-lo desenvolupar de manera satisfactòria. Les que –al meu entendre– són bàsiques i més importants són les que fan referència a: la manera d'organitzar i de constituir els grups, com i quan es fa el contacte de l'educador/a amb l'equip d'atenció, com es fan i s'organitzen els desplaçaments, els horaris i la durada de les sessions i les característiques bàsiques de l'espai que s'utilitza.

Tot i que la majoria de criteris a tenir en compte sobre aquestes qüestions, no difereixen dels aspectes organitzatius d'altres tipus de programes, sí que hi ha un seguit de temes que cal tenir presents quan es treballa amb grups de persones grans en situació de dependència.

9.1 Sobre el grup

Els criteris sobre els quals es forma i s'organitza el grup poden estar condicionats per factors com la disponibilitat de temps i de persones que el puguin dirigir, la disponibilitat d'espai, l'accessibilitat d'aquest espai... però també estan condicionats per la visió i el caire que se li vulgui donar al programa.

Partint de la idea que el grup es desenvolupa en el si d'una institució (residència, centre de dia o centre sociosanitari) i del plantejament de programa que s'ha fet fins ara, els dos criteris a tenir en compte són:

- Respectant l'heterogeneïtat del grup, però en la mesura del possible, és útil homogeneïtzar-lo a partir de criteris molt generals però pràctics, per

poder desenvolupar el programa de manera coherent (Vegeu punt 3 d'aquest mateix capítol).

En cas que aquesta homogeneïtzació no sigui possible, bé perquè no hi ha prou persones per fer dos grups, bé per altres raons, el programa es pot implementar igualment. Qui el dirigeixi haurà de fer les adaptacions necessàries durant la seva aplicació i procurar que tothom que hi participi ho pugui fer en la mesura de les seves possibilitats.

- Formar grups d'entre 10 i 15 persones grans que no pateixen deteriorament cognitiu important, siguin independents per caminar o no. Quan el grup està format per persones amb molt poca mobilitat i/o amb un deteriorament cognitiu avançat, ha de ser més reduït (5-8 persones).

9.2 Sobre el contacte de l'educador/a amb l'equip

En aquest aspecte, a banda de la capacitat de relació i de treball en equip que tinguin els professionals implicats, hi ha dues idees importants a destacar:

- El contacte és imprescindible per tal de garantir part de la coherència del programa. Cal evitar per tots els mitjans que la seva implementació estigui deslligada de la dinàmica i del treball de la resta de l'equip. El programa VAFiD –i al meu entendre qualsevol programa– perd coherència i sentit si es desenvolupa de manera aïllada.
- Cal preveure un espai, un temps i unes persones disponibles de forma estable i periòdica per poder realitzar aquest contacte. És el moment de valorar, de conèixer canvis que es produeixen, de plantejar objectius de treball específics i compartits.

9.3 Sobre els desplaçaments

Una de les característiques més destacables del programa VAFiD és la prevalença de discapacitats entre les persones grans que hi participen, això

significa que la majoria de les vegades cal destinar una quantitat important de temps i/o recursos humans per als desplaçaments.

El trajecte que va des de l'espai en què es troba està la persona gran (habitació, sala d'estar, menjador...) fins a l'espai en què es fa l'activitat física, encara que sigui curt, suposa una barrera per a la participació. Sovint cal anar a buscar, acompanyar i situar o ajudar a seure les persones grans que participen en les sessions cosa que suposa una despesa de temps important que cal preveure en l'organització del programa. Si pensem que la sessió d'activitat física ha de durar una hora, hem de preveure que necessitarem temps per fer els desplaçaments d'anada i de tornada. Així, pot ser que el total de temps necessari per poder fer la sessió sigui d'una hora i mitja.

Per altra banda, és important recordar que ni les presses ni l'excés de lentitud són ben rebudes per les persones que vénen, esperen que arribi la resta o marxen del lloc on es fa la sessió. En aquest sentit, la gestió del temps és molt important per al manteniment de la motivació i l'interès en participar en el programa.

9.4 Sobre l'horari i la durada de les sessions

Moltes vegades, el moment de desenvolupar el programa està condicionat per la coordinació amb altres activitats de la institució. Les possibilitats són molt variades però, com que es tracta de persones amb certa fragilitat, en general podem dir que el matí és el millor *horari* per dur a terme el programa. Les persones grans solen estar més disposades a participar durant les hores centrals del matí. No estan tan cansades com a la tarda, i el seu nivell de vigilància també acostuma a ser millor.

Com a norma generals, i quan a la durada i a la freqüència de les sessions, es pot dir que sessions d'una hora, tres dies a la setmana, és correcta i permet la realització d'altres activitats, aspecte que també és important. Aquest criteri hauria de variar si el grup està format per persones amb molta dependència

(física o cognitiva). En aquest cas seria més apropiat fer sessions més curtes i amb una freqüència més elevada.

9.5 Sobre l'espai

L'espai en què es desenvolupi el programa VAFiD ha de ser agradable i complir les següents característiques mínimes:

- Estar lliure d'obstacles. L'espai ha de permetre que les persones s'hi puguin moure amb llibertat i sense perill de topar amb res.
- Amb un terra que sigui antilliscant per evitar caigudes.
- Ha de tenir una bona il·luminació. Cal tenir en compte que durant les sessions d'activitat física es manipulen objectes, es fan desplaçaments... que requereixen una llum clara que faciliti la percepció, sobretot si les persones que participen en el programa tenen deficiències visuals.
- La temperatura ha de ser l'adequada a l'estació de l'any i millor si és regulable.
- Ha de ser accessible, lliure de barreres i el més proper possible al punt de partida i de retorn de la persona gran.
- És important que sigui un espai aïllat, que no sigui de pas. Aquesta característica facilita la concentració i l'atenció de les persones que participen en el programa. La presència d'estímul externs distorsiona la dinàmica de treball. Això és especialment significatiu quan es treballa amb grups de persones amb demència.
- Ha de tenir les dimensions adequades a les característiques del grup. En general, un grup que es pot desplaçar necessita més espai que el que no ho pot fer. Però en ambdós casos cal que sigui prou gran per poder-se moure amb llibertat, però prou petit per evitar l'excessiva dispersió.

10 A manera de síntesi

El plantejament del programa d'activitat física per a persones grans amb dependència (VAFiD) parteix del coneixement provinent de diverses disciplines (tal i com s'ha expressat en el capítol II) i d'un seguit de referents. N'hi ha que tenen a veure amb aspectes genèrics (enfocament del cicle vital, retrogènesi psicomotora) que ens ajuden a comprendre el procés d'envelliment i ens serveixen per emmarcar les línies generals dels programa. També s'aprofita i es nodreix d'altres de més específics (nivells cognitius d'Allen, altres programes d'activitat física, ritme de les estacions) que contribueixen a determinar criteris i característiques concretes per al nostre programa. Tot això, combinat amb l'experiència personal i amb la clara necessitat de sistematitzar les accions dirigides a les persones grans amb dependència en l'àmbit de l'activitat física, dóna lloc a un programa estructurat i definit a partir de sis grans àrees:

- Les finalitats i els objectius del programa
- Els seus continguts
- Els recursos disponibles per poder treballar des de l'àmbit de l'activitat física
- Les possibilitats d'organització del treball
- Els aspectes metodològics que han de regir l'aplicació del programa
- Les condicions organitzatives mínimes necessàries per poder implantar-lo en centres d'atenció a persones grans amb dependència

Cadascuna d'aquestes grans àrees permet incidir en aspectes molt concrets que contribueixen a sistematitzar el programa i dóna indicacions per poder estructurar-lo cara al seu desenvolupament en institucions d'atenció a persones grans amb dependència.

Les finalitats i els objectius del programa VAFiD

Tant les finalitats –més generals– com els objectius –més concrets– del programa, s'emmarquen en un plantejament que contempla la globalitat de la persona. És per això que el programa es proposa incidir en aspectes biològics, psicomotors, psicosocials i cognitius, contemplant la interconnexió entre tots ells.

Les intencions clau són:

- La influència positiva en el procés d'envelliment
- Contrarestar sedentarisme i passivitat
- Estimular el compromís personal
- Vetllar pel manteniment, l'activació i l'ús de capacitats
- Contribuir a mantenir un bon equilibri emocional
- Millorar la capacitat d'adaptació
- Contribuir a la revalorització de si mateix/a
- Proporcionar una vivència positiva del present
- Prendre part en el benestar global de la persona gran

D'aquest plantejament general se'n desprenen les següents idees prioritàries:

- Es tracta d'un programa que no es planteja una finalitat de rehabilitació física, però contribueix al procés rehabilitador entès de manera global.
- Cal entendre el manteniment com una millora
- Els objectius més concrets del programa han de permetre garantir un procés satisfactori, al mateix temps que serveixen per avaluar-lo i decidir els continguts més adequats perquè aquesta condició es compleixi
- A l'hora de concretar el programa i les accions, és prioritari dimensionar adequadament les intencions

Els continguts del programa VAFiD

Per coherència amb el plantejament general del programa, es proposa de treballar a partir de quatre grans àmbits de capacitats:

- Biològiques
- Psicomotores i perceptives
- Socio-afectives
- Cognitives

Que són la referència bàsica per a elaborar la planificació del treball a desenvolupar amb el grup de persones grans amb dependència.

Recursos disponibles per a desenvolupar el programa VAFiD

Els recursos disponibles des de l'àmbit de l'activitat física són les activitats, el material i la música. Tots ells s'utilitzen amb la finalitat d'estimular, de motivar i de donar riquesa a les propostes.

Les activitats són de diferents tipus (rítmiques, expressives, gimnàstiques...) i han de complir algunes característiques bàsiques:

- Seguretat
- Adaptabilitat
- Coherència
- Varietat i dinamisme
- Relacionals
- Progressives
- Globals
- Inclusives

El material que s'utilitza durant les sessions pot ser convencional en l'àmbit de l'activitat física, de la vida diària o complementari; les possibilitats són molt àmplies però ha de complir les següents característiques:

- Fàcil de manipular i d'agafar
- Lleuger
- De colors vius i contrastats

- Variat

I la seva utilització ha de respondre a criteris de coherència i d'oportunitat amb el moment de la sessió i l'etapa evolutiva del grup.

La música és un excel·lent recurs que es pot fer servir:

- Com a fons sonor
- Com a mitjà d'inspiració i generador d'emocions
- Com a guia del moviment
- Com a manteniment de l'activitat

Tant el material com la música són recursos que han d'estar al servei de les intencions, s'han de fer servir en la mesura justa i tenir en compte el seu paper motivant i d'orientació a la realitat.

L'organització del treball

La feina a fer durant el desenvolupament del programa VAFiD requereix d'un mínim d'organització. Parteix d'uns plantejaments inicials que són:

- Cal treballar tots els aspectes contemplats en els continguts.
- Tot i que tots són importants, la mobilitat articular, l'equilibri i la percepció del propi cos han de ser-hi sempre presents.
- El plantejament d'unitats de treball d'acord amb les estacions de l'any és molt útil.

La distribució temporal del treball és particular per a cada grup i realitat institucional. També ha de servir com a guia i eina útil, mai no ha de constituir un lligam que no permeti avançar en funció de l'evolució del grup.

L'organització de la sessió comporta previsió, presa de decisions i desenvolupament d'accions a quatre grans nivells:

- Sobre l'estructura general de la sessió, que inclou fases en què no es fa activitat física però són molt importants per al desenvolupament del programa

- Sobre l'organització de les tasques dintre la sessió, que respon a una dinàmica constant entre tasques d'organització, d'aprenentatge i d'interacció
- Sobre la manera com s'organitza el grup, que té un paper fonamental en el procés d'ensenyament i d'aprenentatge, en les relacions i en la comunicació de les persones implicades
- Sobre l'organització de l'espai, del material i del temps, que ha de garantir la utilització econòmica i adequada de tots tres elements.

Els aspectes metodològics del programa VAFiD

Gran part de l'especificitat del programa VAFiD està en la manera *com* s'aplica. La traducció dels plantejaments teòrics fets (finalitats, objectius, programació) en accions concretes és l'autèntic programa, el que acaba configurant un procés particular per a cada grup i per a cada persona.

És la *manera de fer* la que esdevé clau en el procés d'ensenyament i d'aprenentatge i en la vivència que experimenten les persones que hi participen. Una manera de fer que es configura a partir de:

- La concepció de l'acció pedagògica que fa que s'utilitzi la pedagogia del model o la pedagogia de la situació segons les característiques del grup, del seu moment evolutiu o dels aspectes a treballar.
- Factors comunicatius que garanteixen la interacció. El gest, l'actitud corporal, les distàncies entre persones, la seva ubicació, el contacte visual o les expressions verbals de les persones grans i de l'educador/a en la seva acció, són l'eina clau –i un gran repte– per a l'aplicació del programa.
- El paper que juga l'educador/a com a responsable de gran part del que succeeix abans, durant i després de la sessió. Determinat per la seva preparació, per la relació que estableix amb l'equip i les persones grans, per l'actitud i la funció que exerceix.
- Les característiques i la construcció de les tasques que s'utilitzen per aplicar el programa. Són eines que cal analitzar detingudament per tal de poder identificar els elements d'adaptabilitat que contenen. Les possibilitats d'adaptació a diferents realitats, capacitats o necessitats són fonamentals per treballar amb persones grans en situació de dependència.

- L'avaluació de tot el procés per tal de poder identificar com participa la persona gran i analitzar les repercussions del programa en el seu benestar i desenvolupament personal. Tot això amb una única finalitat: l'adequació i la millora del procés que es va construir durant l'aplicació del programa.

Condicions organitzatives per a la implementació del VAFiD

La implantació d'un programa d'activitat física per a persones grans en situació de dependència no només depèn de la programació pedagògica que es faci ni dels aspectes metodològics que hagi de complir, sinó que també està condicionada per aspectes organitzatius que –d'alguna manera– també influeixen en com s'acaba aplicant en la realitat de cada institució.

Els factors organitzatius que poden condicionar d'una manera més decisiva la manera com s'implementi el programa són:

- Les dimensions o l'heterogeneïtat del grup
- Les possibilitats de treball en equip que tingui l'educador/a
- Els desplaçaments que hagin de fer les persones grans per participar-hi
- L'horari o la durada de les sessions
- Les característiques de l'espai que s'hagi d'utilitzar per desenvolupar les sessions

Resumint, la proposta del programa d'activitat física dirigit a persones grans en situació de dependència (“Vellesa, Activitat Física i Dependència”) que he fet en aquest capítol de la recerca, té les següents característiques generals:

- És un programa d'intervenció basat en el **moviment**
- Contempla la **unitat bio-psico-social** de la persona que hi participa
- Està pensat per ser desenvolupat en **grup**
- Amb persones grans que són **dependents** per a alguna de les activitats de la vida diària i/o pateixen alguna discapacitat

- Persegueix **finalitats** encaminades a la participació activa, la realització personal, el gaudi i la diversió, la prevenció i la competència de les persones que hi participen
- Es desenvolupa a partir del treball de diversos aspectes (treball de **multicomponents**)
- Dóna major importància al **procés** de participació que experimenta cadascú, que no pas al resultat
- Per a la seva aplicació són importants la **varietat** de propostes i recursos, al mateix temps que la manera com s'aplica
- Està pensat per ser portat a la pràctica amb **regularitat i continuïtat**, entre dues i cinc vegades a la setmana
- Mitjançant sessions de 30 a 60 minuts de **durada**, segons el tipus de grup i/o altres condicionants organitzatius
- És **complementari** a d'altres intervencions especialitzades (fisioteràpia, teràpia ocupacional...)

Capítol IV

CONCLUSIONS I LINIES DE FUTUR

1 Conclusions

Ateses les dues preguntes formulades en el plantejament general de la recerca (Vegeu punt 4 dels capítol I) i després de tot el procés d'anàlisi, les podem respondre de la següent manera.

Les raons que justifiquen la importància i la necessitat de desenvolupar programes d'activitat física per a persones grans en situació de dependència que viuen, assisteixen o estan ingressades en centres d'atenció per a gent gran, es fonamenten:

En una concepció àmplia i global del fenomen de l'envelliment

- L'envelliment forma part del cicle vital, té una dimensió individual i una altra de col·lectiva, però no és una catàstrofe, únicament és l'última etapa de la

vida. Els canvis que comporta requereixen l'elaboració d'un procés d'adaptació que s'ha anat construint en el transcurs de la vida.

- La concepció de la persona com a unitat bio-psico-social. La mirada holística contempla el tot i les parts en la seva relació dialògica.
- Les aportacions de la ciència permeten identificar com envellim les persones però no el per què. L'esforç per explicar els mecanismes desencadenants del procés i les seves característiques ens aporta coneixements imprescindibles per a comprendre i poder desenvolupar qualsevol acció en l'àmbit de la vellesa.
- La probabilitat d'emmalaltir augmenta amb l'edat, però la vellesa no és sinònim de malaltia.
- La salut és un concepte directament relacionat amb el benestar global de la persona i la dependència està lligada a l'alteració de les condicions de salut.

En el fet que la dependència és una situació complexa i canviant

- En l'etapa de la vellesa, l'arribada a la dependència sol seguir un procés – cascada de la dependència– que s'inicia en el pla corporal (dèficit), continua en el pla personal (limitació en l'activitat) i acaba en el social (restricció en la participació). La dependència és una situació que suposa una limitació de la persona quant a realitzar alguna activitat i que modifica la seva percepció, la seva vivència i la seva acció en l'entorn, a més de requerir ajuda d'elements tècnics o bé de persones.
- La situació de dependència és canviant en funció de factors personals o de l'entorn. Això vol dir que és possible fer modificacions (canviar, educar...) i que, per tant, les persones grans en aquesta situació es poden beneficiar, poden gaudir i tenen el dret de poder participar en les accions i les activitats que els aporten benestar.

En que l'atenció a la persona gran amb dependència en el marc d'una institució, ha de respondre a un model integral

- Aquesta atenció comporta el desenvolupament d'accions preventives i estimulatives planificades, desenvolupades i conduïdes a partir del compromís i del treball cooperatiu dels professionals, sense perdre el punt de referència més important: la persona gran.
- El vetllar pel manteniment, l'estimulació i/o la millora de les capacitats de les persones grans institucionalitzades, a més de ser necessari per a la seva atenció, és una obligació que estableix per la normativa vigent.

En que l'activitat física és una eina útil, eficaç i amb moltes possibilitats cara a l'atenció a les persones grans en situació de dependència

- La pràctica constant, continuada, en grup i adequada d'exercici físic té repercussions positives en els aspectes bio-psico-socials de la persona, també en les persones que són molt grans, tenen deficiències i es troben en una situació de dependència.
- L'àmbit de l'activitat física és molt ric en recursos, això el fa especialment interessant per ser aplicat a diferents situacions, persones, entorns i modalitats.
- Allò més important d'aquesta eina és la manera com s'utilitza.
- La investigació té un repte plantejat: el de definir els programes, observar com s'apliquen i determinar les repercussions, els canvis i les vivències que experimenten arran de la seva aplicació.

Els programes d'activitat física que s'apliquin i es desenvolupin en grups de persones grans en situació de dependència han de tenir un seguit de característiques per tal de ser coherents amb la seva realitat. Si es corresponen amb els plantejaments del VAFiD, es resumeixen en els següents criteris i característiques generals:

Han de partir d'un procés de reflexió fruit de la planificació

- Decidir i definir què ens proposem, com ho aconseguirem i com sabrem que ho hem aconseguit, és important per a la coherència del programa. Però de la mateixa manera que aquesta planificació orienta i guia, pot lligar. És per aquesta raó que ha de ser flexible.

Han de considerar les dimensions biològica, psicomotora, perceptiva, socio-afectiva i cognitiva de la persona, en interacció constant

- Les finalitats i els objectius el defineixen com un programa global que procura posar la dimensió adequada a les intencions i que pot contribuir al procés rehabilitador, però no es planteja una rehabilitació específica.
- Els continguts del programa també es corresponen amb aquestes cinc dimensions.

Han d'utilitzar els recursos disponibles com a eines útils per a l'estimulació, la motivació i la varietat

- És important que les activitats siguin molt variades perquè es puguin adaptar i proporcionin diversitat d'oportunitats de moviment, però han de ser útils i coherents amb les intencions.
- El material i la música són uns excel·lents recursos per facilitar i propiciar el moviment encara que es tinguin poques capacitats. Però cal utilitzar-los

amb mesura i oportunitat d'acord amb la situació del grup, els aspectes a treballar o les respostes de les persones grans que hi participen.

Han d'organitzar el treball de manera coherent amb els plantejaments inicials

- Preveure el treball de tots els aspectes que inclouen els continguts, distribuir-los en el temps a partir de referències generals (per exemple el ritme de les estacions), d'acord amb les característiques i l'evolució particular de cada grup i, sobretot, amb capacitat per modificar-la sempre que calgui.
- L'organització del treball durant la sessió és a nivell de la seva estructura general, de l'organització de les tasques que s'hi fan, de com s'organitza el grup i, finalment, com s'organitzen l'espai, el material i el temps. Tots aquests aspectes organitzatius del desenvolupament del programa són claus per a la dinàmica que s'hi estableix: la comunicació, la motivació, la vivència, la coherència i l'adequació del programa.

Cal aplicar-lo donant més importància al procés que al producte

- La manera com es visqui el present, allò que succeeix ara, pren una importància especial per a la persona gran en situació de dependència. El passat és diferent i cal elaborar un procés adaptatiu a la nova situació; el futur és curt i, en conseqüència, els projectes també ho són. Si a aquesta situació s'afegeix un deteriorament cognitiu que empobreix la memòria, el present és l'únic patrimoni de la persona. És per aquestes raons que el procés, construït pel dia a dia, té una importància rellevant en el programa VAFiD.
- Paral·lelament, la manera com s'apliqui el programa tindrà una influència decisiva en el procés. La concepció de l'acció pedagògica de referència, els factors comunicatius, el paper de l'educador/a, com s'adeqüin les tasques a la realitat i a les necessitats de les persones grans o la funció i la forma

d'avaluació, són els elements clau en la construcció i la vivència d'aquest procés. Tots han d'anar en una mateixa direcció: la potenciació de les màximes possibilitats de cadascú en un ambient estimulant, positiu i compromès.

Cal implementar-lo a partir de condicions mínimes d'infraestructura i organitzatives que es corresponguin amb el plantejament general del programa

- Procurar formar grups que facilitin el desenvolupament del programa a partir de la homogeneïtzació (amb criteris generals) i l'adequació del nombre de participants a les capacitats i a les característiques de les persones grans.
- Vetllar pel contacte periòdic i costant de l'educador/a amb l'equip d'atenció de la institució en què desenvolupi el programa.
- Evitar, tant com sigui possible, els desplaçaments llargs i preveure la despesa de temps que comporta aquest aspecte.
- Procurar desenvolupar les sessions del programa al matí, amb una durada d'una hora i tres dies a la setmana.
- Preveure un espai de treball segur, espaiós, ben enllumenat, amb temperatura regulable i que es pugui tancar.

2 Línies de futur

Tal i com explicava en el plantejament general de la recerca (Capítol I) aquest treball vol ser la primera part d'una tesi doctoral dedicada a l'estudi de factors relacionats amb l'aplicació i l'avaluació del programa "*Vellesa, Activitat Física i Dependència*".

La necessitat d'investigar amb profunditat sobre programes d'activitat física que es desenvolupen en molts centres i institucions d'atenció a les persones grans amb dependència, és molt clara. Després de la sistematització, és un repte respondre a preguntes com:

- Quins beneficis experimenten les persones que participen en el programa? De quin tipus són? N'hi ha que són més significatius que d'altres?
- Es tracta d'un programa eficaç? Repercuteix positivament en la persona? Com es tradueix tot això en la seva vida diària? I en les persones amb demència?
- Quina valoració fan del programa els diferents agents implicats? Què pensen, senten o diuen les persones grans que hi participen? I els professionals implicats directament o indirecta en l'atenció a les persones grans amb dependència? I la mateixa institució que acull aquests tipus de programes? Quina repercussió té tot això en l'eficàcia del programa?
- Hi ha diferències entre un programa que es desenvolupa en una residència, en un centre de dia o en un de sociosanitari? Quines? Per què?
- Fins on arriba la importància de la forma *com* s'aplica el programa? Quin paper hi juga l'acció de l'educador/a? I els tipus de propostes i activitats? I les relacions interactives que s'estableixen durant la sessió? I les possibilitats de comunicació?
- Quina és la millor manera d'avaluar un programa tant genèric? Quins en són els elements clau?

Efectivament, de preguntes n'hi ha moltes, totes prou estimulants com per avançar i progressar en l'estudi. Certament, caldrà seleccionar i veure quina és l'estratègia d'investigació més adequada per poder fer aportacions útils a aquest àmbit de treball.

Des del convenciment que aquest tipus de programa és necessari i pot aportar benestar a les persones grans en situació de dependència, entenc que el procés a seguir a partir d'ara ha de ser el de l'aplicació i l'avaluació. Determinant on i com s'aplica, les condicions, els aspectes i les formes d'avaluació més pertinents.

En aquest sentit hi ha una proposta de model d'avaluació (Responsive evaluation) de Robert Stake, que té per "propòsit prioritari *respondre* als problemes i a les qüestions reals que es plantegen els alumnes i els professors quan desenvolupen un programa educatiu" (Pujolàs, 2002: 271). De fet, aquesta també és l'intenció del programa VAFiD, quan vol contribuir a donar resposta a les necessitats, als interessos i les motivacions de persones grans, educadors/es i institucions que hi estan implicats. Així, la primera impressió – tenint en compte que cal estudiar-lo més a fons – és que pot ser un model útil per poder fer l'avaluació del VAFiD.

Avaluar un programa com el que hem descrit i justificat en els capítols precedents, és una tasca difícil i complexa. La diversitat de situacions i d'activitats que pot acollir el fan molt ric i adaptable a la realitat de cada grup però alhora molt "dispers". És per això que un model d'avaluació que doni importància al conjunt i analitzi totes les seves dimensions –amb les interaccions que hi ha entre elles– sembla que pot ser adequat i útil. Sobretot perquè es correspon amb la filosofia del mateix programa.

Es tracta d'un model d'*investigació avaluativa* (de tipus qualitatiu) que pretén determinar la qualitat i la coherència dels programes educatius. Això és investigar si les activitats o actuacions (prèviament programades) que es desenvolupen en el programa, obtenen els efectes, de canvi en la situació inicial, que s'esperaven. Parteix de la descripció i l'anàlisi dels *antecedents*, de

les *activitats* i dels *efectes* d'un programa educatiu. Aquesta anàlisi la fa tant en la fase de la planificació com en la de l'implantació del programa que s'avalua (Vegeu la figura 13).

Els tres grans pilars del model d'avaluació responent de Robert Stake són:

- **La fonamentació teòrica** que és la que avala la validesa del programa i ajuda a definir els criteris de qualitat del programa –que en la fase final ens seran útils per determinar la qualitat absoluta del programa–.

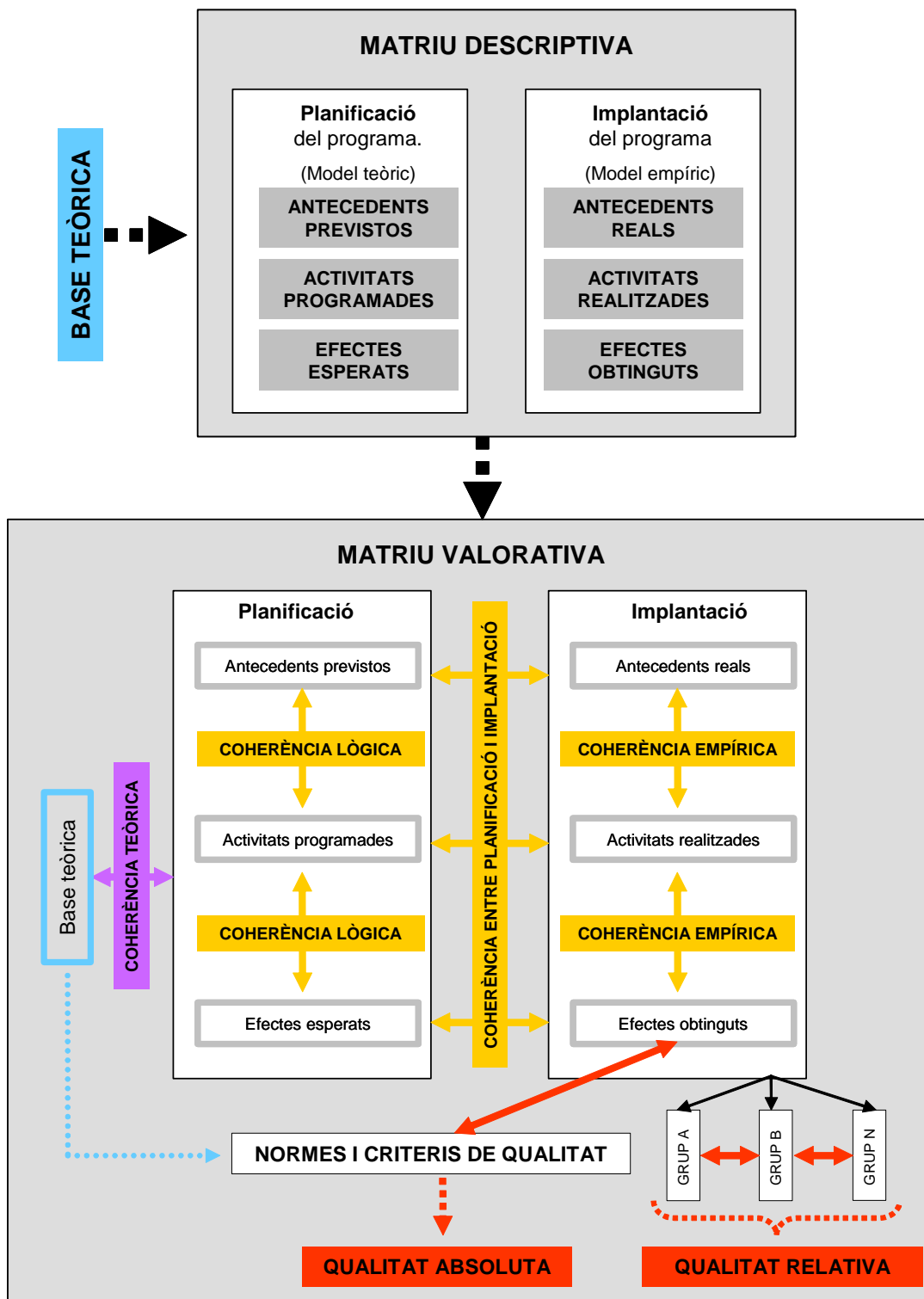
- **La matriu descriptiva** que inclou la definició del procés de planificació (model teòric) que, al seu torn, conté la determinació dels *antecedents previstos* (característiques de la realitat en la qual es pensa incidir), la programació de les *activitats* que es pensen desenvolupar (característiques, metodologia..) i la descripció dels *efectes* o resultats que es pretenen obtenir amb les activitats proposades sobre la realitat que es vol transformar.

També inclou la definició de l'implantació del programa (model empíric) a partir dels *antecedents reals* (característiques de la realitat en la qual s'ha aplicat el programa), de les *activitats* o procediments que s'han dut a la pràctica i dels *resultats* que s'han obtingut.

- **La matriu valorativa** que és la que serveix per analitzar i avaluar el conjunt del programa que efectivament s'ha realitzat. Preveu l'anàlisi de la coherència del programa en totes les seves dimensions. En primer lloc fa una anàlisi de la *coherència teòrica* i la *coherència lògica* per tal de verificar que, des del punt de vista teòric, els antecedents, les activitats programades i els efectes previstos es corresponen entre ells.

En segon lloc analitza si hi ha coherència entre el que s'ha planificat i el que s'ha aplicat, entre el model teòric i l'empíric. Si entre un i altre no hi ha diferències significatives, també es pot dir que –segons Robert Stake– el programa té *coherència empírica*. Es pot considerar que els efectes aconseguits per l'aplicació del programa –en els antecedents reals– són deguts a les activitats realitzades.

Figura 13: Procés d'avaluació responnet.



Adaptat d' Arnal, J; Del Rincón, D; Latorre, A. (1992) i Pujolàs, P (2002).

Finalment, fa una anàlisi de la *qualitat relativa* del programa (comparant l'aplicació del programa en diferents contextos) i de la seva *qualitat absoluta* (buscant la correspondència entre els efectes obtinguts i els criteris de qualitat definits a partir de la fonamentació teòrica inicial).

Així doncs, l'anàlisi de la utilitat d'aquesta eina en avaluació del programa VAFiD, podria ser un punt de partida per a la continuació de l'estudi. En cas de poder concloure que és adequada, la fonamentació teòrica i la planificació ja estarien quasi del tot elaborades. Caldria completar la matriu descriptiva aplicant el programa en diversos grups, enregistrant i fent una descripció dels antecedents (característiques i condicions inicials de cada grup), les activitats que es desenvolupen i els resultats que s'obtenen de l'aplicació del programa. Paral·lelament, s'hauria d'anar fent l'anàlisi de les correspondències i divergències entre els diferents aspectes, per determinar la coherència i qualitat del programa, cosa que permetria elaborar les conclusions finals.

EPÍLEG

Els cursos de doctorat i la realització d'aquest estudi són la primera fase d'un procés emmarcat per una necessitat i un repte personal. Primerament tenia ganes de recuperar, d'una manera decidida, l'exercici de l'estudi. En segon lloc pensava que després de tanta experiència pràctica en l'àmbit de l'activitat física amb les persones grans, havia de fer l'esforç de sistematitzar-la, de reflexionar profundament; de posar paraules a tot allò que faig, penso i sento durant la meva activitat laboral amb persones grans en situació de dependència.

Ha estat un procés que m'ha proporcionat més coneixement i els aprenentatges han estat diversos i variats. Però de tot, el que més m'agrada és comprovar que la meva acció en el dia a dia dels grups d'activitat física ha canviat. El major coneixement i la reflexió s'han traduït més seguretat i coherència a l'hora d'aplicar el programa. Haig de dir que aquest és un aspecte sobre el que no havia posat atenció abans d'iniciar la recerca, de fet no m'ho esperava.

Entenc que el fet d'estar treballant amb grups de persones grans en situació de dependència al mateix temps que realitzant aquest estudi, és un gran avantatge. M'ha permès observar més detingudament quan ho he necessitat, he pogut reflexionar i "fer proves" sobre allò que expliquen els experts a través de classes, llibres o documents. Per altra banda, el fet de tenir experiència pràctica en aquest tema també m'ha ajudat a utilitzar i a seleccionar els coneixements dels altres amb una certa orientació prèvia.

La meva valoració final de tot el procés és molt positiva i m'anima a seguir en la tasca investigadora, encara que el punt de dificultat que comporta el plantejament de la continuació de la recerca, em torna a situar en un nou punt de partida, amb tot el que això comporta d'estímul i d'inquietud alhora.

Sé que la realització de la tesi em proporcionarà nous reptes i nous aprenentatges que a hores d'ara desconec, exceptuant-ne un: el plantejament, la realització i l'anàlisi d'un estudi de camp. El present treball de recerca no en conté cap, d'estudi de camp i, per tant, és una tasca sobre la qual hauré de treballar i aprendre.

Espero que, junt amb tot el que encara em falta per aprendre, que és molt, la nova etapa m'ajudi a fer millor la meva feina, a millorar personalment i, sobretot, a saber envellir satisfactòriament.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Abizanda, P., Romero, L., i Luengo, C. (2005). Uso apropiado del término fragilidad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 40 (1): 58-9.
- Alonso Trujillo, F. (2004). Longevidad y dependencia. Dins: Salvador-Carulla, L. Cano Sánchez, A. Cabo-Soler, J.R. (coordinadors). *Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida*. Madrid: Médica Panamericana.
- Alustiza Galanza, A i Pérez Díaz, J. (2005) *Los mayores en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999*. Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias. Nº 14, Febrer 2005. Madrid: IMSERSO.
- Aragunde Soutullo, J. L. (2000). Equilibrio. Dins: Trigo, E. (Coordinadora). *Fundamentos de la motricidad. Aspectos teóricos, prácticos y didácticos*. Madrid: Gymnos.
- Arnal, J; Del Rincón, D; Latorrer, A. (1992). *Investigación educativa. Fundamentos y metodología*. Barcelona: Labor.
- Baddeley, A. (1999). Memoria Humana. Teoría y práctica. Madrid: McGraw-Hill/Internacional de España, S.A.U.
- Barenys Perez, M P. (1990). *Residencias de ancianos. Análisis sociológico*. Barcelona: Fundació Caixa de Pensions.

- Barnes, D. E., Yaffe, K., Satariano, W. A. i Tager, I. B. (2003). A longitudinal study of cardiorespiratory fitness and cognitive function in healthy older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 459-465.
- Barnett, A., Smith, B., Lord, S. R., Williams, M., i Baumand, A. (2003). Community-based group exercise improves balance and reduces falls in at-risk older people: A randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 32(4 (Print)), 407-414.
- Barry, H. C., i altres. (1993). *How Exercise can Benefit Older Patients. A Practical Approach*
- Baum, E. E., Jarjoura, D., Polen, A. E., Faur, D., i Rutecki, G. (2003). Effectiveness of a group exercise program in a long-term care facility: A randomized pilot trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(2 (Print)), 74-80.
- Baur, R; Egeler, R. (2001). *Gimnasia, juego y deporte para mayores*. Barcelona: Paidotribo.
- Bazo, M T. (1990). *La sociedad anciana*. Madrid: CIS i Siglo XXI.
- Bellero, O., Fabris, F., Ferrario, E., Guglielmino., Imeroni, A. i Troletti, G. (1983). *L'anziano, il corpo, il movimento*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- Benito Vallejo, J. (2001). *Cuerpo en armonía. Leyes naturales del movimiento*. Barcelona: Inde.
- Bermejo García, L. (2004). *Gerontología educativa: cómo diseñar proyectos educativos con personas mayores*. Madrid: Médica Panamericana.
- Binder, E. F., Schechtman, K. B., Ehsani, A. A., Steger-May, K., Brown, M. i Sinacore, D. R. i altres (2002). Effects of exercise training on frailty in community-dwelling older adults: Results of a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(12; 12), 1921-1928.
- Boff, L. (2001). *Ética planetaria desde el Gran Sur*. Madrid: Trotta.
- Boné Salat, C. (2004). Insuficiencia venosa. Dins: Salvador-Carulla, L. Cano Sánchez, A. Cabo-Soler, J.R. (coordinadors). *Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida*. Madrid: Médica Panamericana.
- Borowiak, E., i Kostka, T. (2004). Predictors of quality of life in older people living at home and in institutions. *Aging Clinical and Experimental Research*, 16(3 (Print)), 212-220.
- Burriel Paloma, J C., Carrera Blancafort, I. (1986). Garantir un marc organitzatiu idoni. *Apunts educació física*. (Dosier: un cos actiu més enllà dels 60 anys), 5, 37-45.

- Camps, V. (2005). *La voluntad de vivir. Las preguntas de la bioética*. Barcelona: Ariel.
- Cano Sanchez, A. De Teresa Galván, C. Hermenegildo Capdevila, C. (2004). *Enfermedad cardiovascular. Aspectos generales*. Dins: Salvador-Carulla, L. Cano Sánchez, A. Cabo-Soler, J.R. (coordinadors). *Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida*. Madrid: Médica Panamericana.
- Carrera Blancafort, I (2004). Implementación de programas sociomotrices. Aspectos didácticos. Dins: Universitat de Barcelona i Inefc. *Curso programas sociomotrices para personas mayores*. Barcelona: UB Virtual.
- Carter, N. D., Kannus, P. i Khan, K. M. (2001). Exercise in the prevention of falls in older people: A systematic literature review examining the rationale and the evidence. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*, 31(6 (Print)), 427-438.
- Castañer Balcells, M i Camerino Foguet, O. (1991). *La educación física en la enseñanza primaria*. Barcelona: Inde.
- Chin A., Paw, M J M., de Jong, N., Schouten, E. G., van Staveren, W. A., i Kok, F. J. (2002). Physical exercise or micronutrient supplementation for the wellbeing of the frail elderly? A randomised controlled trial. *British Journal of Sports Medicine*, 36(2 (Print)), 126-131.
- Conn, V. S., Minor, M. A., Burks, K. J., Rantz, M. J., i Pomeroy, S. H. (2003). Integrative review of physical activity intervention research with aging adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(8), 1159-1168.
- Courchinoux, G. (2002). Documentació del curs de formació: Método Cuerpo y Consciencia. Gimnasia suave y Global. Document no publicat. Barcelona: INEFC.
- Coutier, D. Camus, Y. Sarkar, A. (1990). *Tercera edad. Actividades físicas y recreación*. Madrid: Gymnos.
- Cuadrat, P. (1997). Mecanicismo y holismo en medicina. *Revista Natura Medicatrix*, 46-47: 5-7.
- Da Fonseca, V. (1998). *Manual de observación psicomotriz*. Barcelona: Inde.
- Da Fonseca, V., Maria, A., Henriques, A., Passarinho, M., Mourao, G., Afonso, M. (1987). Gerontopsicomotricidad: una aproximación al concepto de retrogénesis psicomotora. *Psicomotricidad Citap*. 25, 57-68.
- De Febrer de los Ríos, A. Soler Vila, A. (1989). *Cuerpo, dinamismo y vejez*. Barcelona: Inde.

- De Gracia, M. Marcó, M. (2000). Efectos psicológicos de la actividad física en las personas mayores. *Psicothema*. 12 (2), 285-292.
- Delbaere, K., Crombez, G., Vanderstraeten, G., Willems, T., i Cambier, D. (2004). Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study. *Age and Ageing*, 33(4 (Print)), 368-373.
- Delgado Fernández, M; Tercedor Sánchez, P. (2002). *Estrategias de intervención en educación para la salud desde la Educación Física*. Barcelona: Inde.
- Departament de les Nacions Unides sobre l'Envel·liment i Associació Internacional de Gerontologia (2002). Programa de investigación sobre el envejecimiento para el siglo XXI. Dins: *Revista Española de geriatría y gerontología* 2002; 37 (S2): 57-64.
- Durante Molina, P. Hernando Galiano, A.L. (1994). Actividad física en los muy viejos. Metodología y resultados. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 29 (4): 197-203.
- Echavarri Videgain, B. (2000). *La influencia de un programa de educación física en la autoimagen y autoestima de la tercera edad*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Zaragoza.
- Evans, W. J. (1999). Exercise training guidelines for the elderly. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31(1 (Print)), 12-17.
- Fiatarone, M. A., O'Neill, E. F., Ryan, N. D., Clements, K. M., Solares, G. R. i Nelson, M. E. i altres (1994). Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *The New England Journal of Medicine*, 330(25 (Print)), 1769-1775.
- Fletcher, P. C., i Hirdes, J. P. (2004). Restriction in activity associated with fear of falling among community-based seniors using home care services. *Age and Ageing*, 33(3 (Print)), 273-279.
- Florence, J. (1991). *Tareas significativas en la educación física escolar*. Barcelona: Inde.
- Fortuño Godes, J. (2004). Proceso de envejecimiento biológico. Dins: Universitat de Barcelona Virtual i Inefc. *Curso de actividad física para personas mayores*. Barcelona: UB Virtual.
- Fried, L.P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J.D. i Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *The Journals of Gerontology*, 59A, 3, 255-263.

- Frizzell, L. B. (1991). *Promotion Considerations for Exercise and Physical Activity in Mentally Impaired, Diseased, and Disabled Older Adults*. U.S.; North Dakota.
- Fujita, K., Nagatomi, R., Hozawa, A., Ohkubo, T., Sato, K., i Anzai, Y., i altres. (2003). Effects of exercise training on physical activity in older people: A randomized controlled trial. *Journal of Epidemiology / Japan Epidemiological Association*, 13(2 (Print)), 120-126.
- Fundació Institut Català de l'Envel·liment. Universitat Autònoma de Barcelona. (2004). *Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España*. Barcelona: Edad & Vida.
- Galera, A. D. (2001). *Manual de didáctica de la educación física I. Una perspectiva constructivista moderada. Funciones de impartición*. Barcelona: Paidós.
- García Arroyo, M. J. (1995). *Entrenamiento de habilidades psicocorporales en la vejez. Un modelo alternativo de educación para la salud*. Salamanca: Amarú.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social (2002). *Llibre Blanc de la Gent Gran amb Dependència*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Germain, P. (2003). *La armonía del gesto*. Barcelona: La Liebre de Marzo.
- Gil Calvo, E. (2003). *El poder gris. Una nueva forma de entender la vejez*. Barcelona: Mondadori.
- Goldberg, Elkhonon. (2002). *El cerebro ejecutivo*. Barcelona: Crítica.
- Gonzalez Mas, R. (1995). *Rehabilitación médica en ancianos*. Barcelona: Masson.
- Graafmans, W. C., Lips, P., Wijnhuizen, G. J., Pluijm, S. M., i Bouter, L. M. (2003). Daily physical activity and the use of a walking aid in relation to falls in elderly people in a residential care setting. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie: Organ Der Deutschen Gesellschaft Für Gerontologie Und Geriatrie*, 36(1 (Print)), 23-28.
- Graña Menduina, I. (2000). Temporalidad. Dins: Trigo, E. (Coordinadora). *Fundamentos de la motricidad. Aspectos teóricos, prácticos y didácticos*. Madrid: Gymnos.
- Hankey, G. J., Jamrozik, K., Broadhurst, R. J., Forbes, S., i Anderson, C. S. (2002). Long-term disability after first-ever stroke and related prognostic factors in the perth community stroke study, 1989-1990. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation*, 33(4 (Electronic)), 1034-1040.

- Hauer, K., Specht, N., Schuler, M., Bärtsch, P., i Oster, P. (2002). Intensive physical training in geriatric patients after severe falls and hip surgery. *Age and Ageing*, 31(1 (Print)), 49-57.
- Helbostad, J. L., Sletvold, O. i Moe-Nilssen, R. (2004). Home training with and without additional group training in physically frail old people living at home: Effect on health-related quality of life and ambulation. *Clinical Rehabilitation*, 18(5; 5), 498-508.
- Henderson, N. K., White, C. P., i Eisman, J. A. (1998). The roles of exercise and fall risk reduction in the prevention of osteoporosis. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 27(2 (Print)), 369-387.
- Heyn, P., Abreu, B. C., i Ottenbacher, K. J. (2004). The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: A meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(10), 1694-1704.
- Hopkins, H L. Smith, H D. (1998). *Terapia ocupacional*. Madrid: Médica Panamericana.
- Houareau, M J. (1986). *Guía práctica de las gimnasias suaves*. Barcelona: Martínez Roca.
- Imsero (2005). Las personas mayores en España. Informe 2005. Madrid: Imsero.
- Imsero. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*. Disponible a: < www.inforesidencias.com > consultat el 25/1/05.
- Jansson, S. i Söderlund, A. (2004). A new treatment programme to improve balance in elderly people--an evaluation of an individually tailored home-based exercise programme in five elderly women with a feeling of unsteadiness. *Disability & Rehabilitation*, 26(24), 1431-1443.
- Jirovec, M. M. (1991). The impact of daily exercise on the mobility, balance and urine control of cognitively impaired nursing home residents. *International Journal of Nursing Studies*, 28(2), 145-151.
- Kahana, E., Lawrence, R. H., Kahana, B., Kercher, K., Wisniewski, A., i Stoller, E. i altres. (2002). Long-term impact of preventive proactivity on quality of life of the old-old. *Psychosomatic Medicine*, 64(3 (Print)), 382-394.
- Kalapotharakos, V. I., Michalopoulos, M., Strimpakos, N., Diamantopoulos, K. i Tokmakidis, S. P. (2006). Functional and neuromotor performance in older adults: Effect of 12 weeks of aerobic exercise. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation / Association of Academic Physiatrists*, 85(1 (Print)), 61-67.

- Katz de Armoza, M. (1988). *Técnicas corporales para la tercera edad*. Barcelona: Paidós.
- Kirkwood, T (2000). *El fin del envejecimiento. Ciencia y longevidad*. Barcelona: Tusquets.
- Knight, S., Bermingham, M. A. i Mahajan, D. (1999). Regular non-vigorous physical activity and cholesterol levels in the elderly. *Gerontology*, 45(4), 213-219.
- Kolb, B. (2006). *Neuropsicología humana*. 5ª edició. Madrid: Médica Panamericana.
- Landi, F., Cesari, M., Onder, G., Lattanzio, F., Gravina, E. M., i Bernabei, R. (2004). Physical activity and mortality in frail, community-living elderly patients. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(8 (Print)), 833-837.
- Landi, F., Russo, A., i Bernabei, R. (2004). Physical activity and behavior in the elderly: A pilot study. *Archives of Gerontology and Geriatrics. Supplement*, (9 (Print)), 235-241.
- Larson, E. B., Wang, L., Bowen, J. D., McCormick, W. C., Teri, L., i Crane, P. i altres. (2006). Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Annals of Internal Medicine*, 144(2 (Electronic)), 73-81.
- Laurin, D., Verreault, R., Lindsay, J., MacPherson, K., i Rockwood, K. (2001). Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Archives of Neurology*, 58(3), 498-504.
- Lauritzen, J. B., McNair, P. A., i Lund, B. (1993). Risk factors for hip fractures. A review. *Danish Medical Bulletin*, 40(4 (Print)), 479-485.
- Lavery, L. L., i Studenski, S. A. (2003). *COMMENTARY ON SPECIAL ARTICLE Tai Chi, Falls, and the Heritage of JAGS* Blackwell Publishing Limited.
- Lázaro del Nogal, M. González Ramírez, A. Palomo Iloro, A. (2005). Evaluación del riesgo de caídas. Protocolos de valoración clínica. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40 (Suple 2): 54-63.
- Lazowski, D. A., Ecclestone, N. A., Myers, A. M., Paterson, D. H., Tudor-Locke, C. i Fitzgerald, C. i altres. (1999). A randomized outcome evaluation of group exercise programs in long-term care institutions. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 54(12 (Print)), M621-8.
- Le Boulch, J. (1978). *Hacia una ciencia del movimiento humano. Introducción a la psicokinética*. Buenos Aires: Paidós.

- Leher, U. (1980). *Psicología de la senectud*. Barcelona: Herder.
- Levy, Linda .L. (1998). Marco de referencia de la discapacidad cognitiva. Dins: Hopkins, HL. Smith, HD. *Terapia ocupacional*. Madrid: Médica Panamericana.
- Lord, S. R., Castell, S., Corcoran, J., Dayhew, J., Matters, B., i Shan51, A. i altres. (2003). CLINICAL INVESTIGATIONS the effect of group exercise on physical functioning and falls in frail older people living in retirement villages: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(12), 1685-1692.
- 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. Disponible a: <<http://www.imsersomayores.cesic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>>
- Mañós Balanzó, Q. (1996). *Animació estimulativa per a gent gran discapacitada*. Barcelona: Pleniluni.
- Mañós Balanzó, Q. (2005). La profesionalización en el campo gerontológico y geriátrico. Un trabajo interdependiente. Dins: Pinazo, S. Sánchez, M. *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Perason Educación.
- Martínez de Miguel López, S (2003). *Reconstruyendo la educación de personas mayores. Estudio cualitativo de necesidades*. Murcia: Grupo editorial universitario.
- Mascaro Lamarca, J. Selva O'Callaghan, A. Espauella Panicot, J. (2005) Visión clásica de la enfermedad frente a nuevos enfoques. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. 15 (1): 54-56.
- Mateu Serra, M (2004). Actividades rítmico-expresivas. Dins: Universitat de Barcelona Virtual i Inefc. *Curso de actividad física para personas mayores*. Barcelona: UB Virtual.
- Mayan Santos, J M. (2005). *Enfermería en Cuidados Sociosanitarios*. Madrid: División Avances de Enfermería (DAE).
- McDermott, M. M., Liu, K., Ferrucci, L., Criqui, M. H., Greenland, P. i Guralnik, J. M. i altres (2006). Physical performance in peripheral arterial disease: A slower rate of decline in patients who walk more. *Annals of Internal Medicine*, 144(1 (Electronic)), 10-20.
- Melendez Ortega, A. (2000). *Actividades físicas para mayores. Las razones para hacer ejercicio..* Madrid: Gymnos.
- Miquel, J. (2006). Integración de teorías del envejecimiento (parte I). *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 41 (1): 55-63.

- Mishara, B.L i Riedel, R.G. (1986). *El proceso de envejecimiento*. Barcelona: Morata.
- Montorio, I i Carrobles, J A. (2000). Comportamiento y salud. Promoción de la salud. Dins: Montorio, I y Izal, M. *Intervención psicológica en la vejez*. Madrid: Síntesis.
- Mora, S., Lee, I., Buring, J. E. i Ridker, P. M. (2006). Association of physical activity and body mass index with novel and traditional cardiovascular biomarkers in women. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 295(12 (Electronic)), 1412-1419.
- Moragas Moragas, R. (1991). *Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.
- Moreno Martínez, N.R. Ruiz Hidalgo, D. Burdoy Joaquim, E. Vázquez Mata, G. (2005) Incidencia y factores explicativos de las caídas en ancianos que viven en la comunidad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40 (Suple 2): 11-7.
- Moreno, J. Tarradellas Bertran, J. (2004). Las funciones superiores en la edad media de la vida. Dins: Salvador-Carulla, L. Cano Sánchez, A. Cabo-Soler, J.R. (coordinadors). *Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida*. Madrid: Médica Panamericana.
- Morgan, R. O., Virnig, B. A., Duque, M., Abdel-Moty, E., I Devito, C. A. (2004). Low-intensity exercise and reduction of the risk for falls among at-risk elders. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(10 (Print)), 1062-1067.
- Morin, E. (2001). *Tenir el cap clar. Per organitzar els coneixements i aprendre a viure*. Barcelona: La Campana.
- Muchnik, E. (1998). El curso de la vida y la historia de vida. Dins: Salvarezza, L (compilador). *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Paidós, p. 311-332.
- Muñoz Céspedes, J M. Tirapu Ustarroz, Javier. (2001). *Rehabilitación neuropsicológica*. Madrid: Síntesis.
- Olazarán, J., Muñiz, R., Reisberg, B., Peña-Casanova, J., del Ser, T., i Cruz-Jentoft, A. J. i altres. (2004). Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate alzheimer disease. *Neurology*, 63(12 (Electronic)), 2348-2353.
- Ommo Grupe (2001). El significado del movimiento, el juego y el deporte para las personas mayores. Dins: Baur, R; Egeles, R. *Gimnasia, juego y deporte para mayores*. Barcelona: Paidotribo.

- OMS. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales
- OMS. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. 37 (S2): 74-105.
- Otero, A I., Zuznuegui, M V., Rodriguez-Laso, Á., Aguilar, M D., Lázaro, P., (2004). Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento de la población española. *Revista Española Salud Pública*. 78 (2): 201-213.
- Padró López, F (2004). *Actividades rítmico-expresivas*. Dins: Universitat de Barcelona Virtual i Inefc. *Curso de actividad física para personas mayores*. Barcelona: UB Virtual.
- Pastor Pradillo, J L. (2002). *Fundamentación conceptual para una Intervención psicomotriz en Educación Física*. Barcelona: Inde.
- Peña-Casanova, J. (1999 a). *Malaltia d'Alzheimer. Del diagnòstic a la teràpia: conceptes i fets*. Volum 1. Col·lecció Activem la ment. Barcelona: Fundació "La Caixa".
- Peña-Casanova, J. (1999 b). *Malaltia d'Alzheimer. Intervenció cognitiva en la malaltia d'Alzheimer. Fonaments i principis generals*. Volum 4. Col·lecció Activem la ment. Barcelona: Fundació "La Caixa".
- Pérez Díaz, J. (2002). Avantatges internacionals de l'envelliment demogràfic. Dins: <www.ced.uab.es/jperez/pags/vejez.htm> consultada el 21/3/05.
- Pérez Jara, J. Enguix Armada, A. Fernández Quintas, J.M. Gómez Salvador, B. Baz, R. Olmos Zapata, P. Rodríguez Arroyo, L.A. (2005) Estudio de la evolución del síndrome de temor a caerse entre pacientes mayores con mareos, caídas y síncope. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 40 (Suple 2): 3-10.
- Pérez-Ortiz. L. (2003) Construcción social de la vejez: el sexo y la dependencia. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 38 (6): 308-10.
- Pont Geis, P. (1994). *Tercera edad, actividad física y salud. Teoría y práctica*. Barcelona: Paidotribo.
- Pont Geis, P. (1996). El material i la música com a recursos en un programa d'activitats físiques adreçat a la gent gran. *Apunts: Educació Física i Esports*. (43) 75-88.

- Pont Geis, P (2004a). *Efectes d'un programa d'activitat física sobre la memòria en la gent gran*. Tesi doctoral. Barcelona: UB.
- Pont Geis, P (2004b). Actividades gimnásticas. Dins: Universitat de Barcelona Virtual i Inefc. *Curso de actividad física para personas mayores*. Barcelona: UB Virtual.
- Portellano, J A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: McGraw-Hill / Interamericana de España.
- Pujolàs i Maset, P (2002). El model d'avaluació basat en la negociació. Dins: Carretero, M R; Pujolàs, P; Serra, J. *Un altre assessorament per a l'escola. L'assessorament psicopedagògic des d'una perspectiva comunitària*. Barcelona: La Galera.
- Pujolàs i Maset, P. (2003). *Aprender juntos alumnos diferentes. Els equips d'aprenentatge cooperatiu a l'aula*. Vic: Eumo.
- Querejeta Gonzalez, M. (2004). Discapacidad / dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid: IMSERSO.
- Quivh, R. Campenhoudi, L.U. (1995). *Manual de recerca en ciències socials*. Barcelona: Herder.
- Requena, E. (2001). *Ejercicio físico y equilibrio en personas mayores: efectos de un programa de ejercicio específico*. Tesi doctoral. Universitat del País Basc.
- Risteen Hasselkus, B. (1998 a). Envejecimiento y salud. Dins: Hopkins, HL.; Smith, HD. *Terapia ocupacional*. Madrid: Panamericana.
- Risteen Hasselkus, B. (1998). Discapacidad funcional en ancianos. Dins: Hopkins, HL.; Smith, HD. *Terapia ocupacional*. Madrid: Médica Panamericana.
- Rockwood, K., Howlett, S. E., MacKnight, C., Beattie, B. L., Bergman, H., i Hébert, R. i altres. (2004). Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: Report from the canadian study of health and aging. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(12 (Print)), 1310-1317.
- Rose, D J. (2005). *Equilibrio y movilidad con personas mayores*. Barcelona: Paidotribo.
- Rudman, D., Drinka, P. J., Wilson, C. R., Mattson, D. E., Scherman, F., i Cuisinier, M. C. i altres. (1994). Relations of endogenous anabolic hormones and physical activity to bone mineral density and lean body mass in elderly men. *Clinical Endocrinology*, 40(5 (Print)), 653-661.

- Ruiz Torres, A. (2001). Envejecimiento: causa, mecanismos y regulación. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 36 (S5): 13-19
- Rydwik, E., Frändin, K. i Akner, G. (2004). Effects of physical training on physical performance in institutionalised elderly patients (70+) with multiple diagnoses. *Age and Ageing*, 33(1 (Print)), 13-23.
- Sáez Carreras, J. (2005). Gerontagogía: intervención socioeducativa con personas mayores. Dins: Pinazo, S. Sánchez, M. *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Perason Educación.
- Salvà, A. Bolívar, I. Pera, G. Arias, C. (2004) Incidence and consequences of falls among elderly people living in the community. *Medicina Clínica*, 122 (5): 172-6.
- Santos Urbaneja, F. (2005). Tres modelos de atención a las dependencias. *Revista Abogacía española. Derecho y sociedad*.(35): 32-33.
- Sartorio, A., Lafortuna, C., Capodaglio, P., Vangeli, V., Narici, M. V., i Faglia, G. (2001). Effects of a 16-week progressive high-intensity strength training (HIST) on indexes of bone turnover in men over 65 years: A randomized controlled study. *Journal of Endocrinological Investigation*, 24(11 (Print)), 882-886.
- Scherder, E. J. A., Van Paasschen, J., Deijen, J. -, Van Der Knokke, S., Orlebeke, J. F. K., i Burgers, I. i altres. (2005). Physical activity and executive functions in the elderly with mild cognitive impairment. *Aging & Mental Health*, 9(3), 272-280.
- Schoenfelder, D. P. (2000). A fall prevention program for elderly individuals. exercise in long-term care settings. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(3 (Print)), 43-51.
- Schoenfelder, D. P. i Rubenstein, L. M. (2004). An exercise program to improve fall-related outcomes in elderly nursing home residents. *Applied Nursing Research: ANR*, 17(1 (Print)), 21-31.
- Shimada, H., Uchiyama, Y., i Kakurai, S. (2003). Specific effects of balance and gait exercises on physical function among the frail elderly. *Clinical Rehabilitation*, 17(5), 472.
- Shin, Y. (1999). The effects of a walking exercise program on physical function and emotional state of elderly Korean women. *Public Health Nursing*, 16(2), 146-154.
- Siedentop, D. (1998). *Aprender a enseñar la educación física*. Barcelona: Inde.
- Sihvonen, S. E., Sipilä, S., i Era, P. A. (2004). Changes in postural balance in frail elderly women during a 4-week visual feedback training: A randomized controlled trial. *Gerontology*, 50(2), 87-95.

- Simons, L. A., Simons, J., McCallum, J., i Friedlander, Y. (2006). Lifestyle factors and risk of dementia: Dubbo study of the elderly. *The Medical Journal of Australia*, 184(2 (Print)), 68-70.
- Skelton, D.A i Salvà, A, en nom del grup ProFaNE. (2005). Prevención de las caídas basada en la evidencia en Europa. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 40 (Suple 2): 64-9.
- Solà Santesmases, J (2004). *Tàctica, tècnica i estratègia: un enfocament funcional*. Tesi doctoral. Barcelona: UAB.
- Soler Vila, A. (1995). Solicitación corporal y demencia senil. Dins: Boada Rovira, M. i Tarrega Mestre, LI (directores). *El médico ante la demencia y su entorno*. Barcelona: Bayer.
- Soler Vila, A. (2003). *Evaluación de la eficacia del programa de intervención psico-socio-motriz para ancianos (PIPSMA) sobre el bienestar de las personas mayores*. Tesi doctoral. Barcelona: UB.
- Souchard, P. E. (2005). *Stretching Global Activo (I)*. Barcelona: Pidotribo.
- Souchard, P E. (2006). *Stretching Global Activo (II)*. Barcelona: Pidotribo.
- Spiriduso, W. W. i Cronin, D. L. (2001). Exercise dose-response effects on quality of life and independent living in older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(6 Suppl (Print)), S598.
- Stevens, J., i Killeen, M. (2006). A randomised controlled trial testing the impact of exercise on cognitive symptoms and disability of residents with dementia. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 21(1 (Print)), 32-40.
- Taylor, L., Whittington, F., Hollingsworth, C., Ball, M., King, S. i Patterson, V. i altres (2003). Assessing the effectiveness of a walking program on physical function of residents living in an assisted living facility. *Journal of Community Health Nursing*, 20(1), 15-26.
- Teri, L., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., Logsdon, R. G., Buchner, D. M., i Barlow, W. E. i altres. (2003). Exercise plus behavioral management in patients with alzheimer disease: A randomized controlled trial. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 290(15), 2015-2022.
- Teri, L. Montorio, I. Izal, M. (2000). Intervención en problemas de comportamiento asociados a la demencia. Dins: Montorio, I y Izal, M. *Intervención psicológica en la vejez*. Madrid: Síntesis.
- Timonen, L., Rantanen, T., Timonen, T. E., i Sulkava, R. (2002). Effects of a group-based exercise program on the mood state of frail older women after discharge from hospital. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(12), 1106-1111.

- Tomas, C. Zunzunegui, M. V. Moreno, L. A. Germán, C. (2003). Dependencia evitable para las actividades de la vida diaria: una perspectiva de género. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38 (6): 327-33.
- Toro Bueno, S.; Zanco Resa, J A. (1998). *Educación física para niños y niñas con necesidades educativas especiales*. Archidona: Aljibe.
- Trigo, E. (Coordinadora). (2000) *Fundamentos de la motricidad humana. Aspectos teóricos, prácticos y didácticos*. Madrid: Gymos.
- Ueno, L. M. i Moritani, T. (2003). Effects of long-term exercise training on cardiac autonomic nervous activities and baroreflex sensitivity. *European Journal of Applied Physiology*, 89(2 (Print)), 109-114.
- Vaitkevicius, P. V., Ebersold, C., Shah, M. S., Gill, N. S., Katz, R. L. i Narrett, M. J. i altres. (2002). Effects of aerobic exercise training in community-based subjects aged 80 and older: A pilot study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(12 (Print)), 2009-2013.
- Vallès, I., Padró, F. (1990). Les activitats rítmiques en un programa d'activitat física per a persones d'edat. *Apunts: Educació Física i Esports*. (22) 45-50.
- Vázquez Gómez, B. (2001). Los fundamentos de la educación física. Dins: Vázquez Gómez, B. Coordinadora. (2001). *Bases educativas de la actividad física i el deporte*. Madrid: Síntesis.
- Vega Vega, JL. i Bueno Martínez, B. (1996). *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis.
- Verdugo, M A., Gutierrez-Bermejo, B. (2000). Promoción de la autonomía. Dins: Montorio, I y Izal, M. *Intervención psicológica en la vejez*. Madrid: Síntesis.
- Viciano Ramírez, J (2002). *Planificar en educación física*. Barcelona: Inde.
- Villar Posada, F. (2005). El enfoque del ciclo vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. Dins: Pinazo, S. Sánchez, M. *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Educación.
- Villareal, D. T., Binder, E. F., Yarasheski, K. E., Williams, D. B., Brown, M., i Sinacore, D. R. i altres. (2003). Effects of exercise training added to ongoing hormone replacement therapy on bone mineral density in frail elderly women. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(7), 985.
- Vincent, K. R., i Braith, R. W. (2002). Resistance exercise and bone turnover in elderly men and women. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 34(1 (Print)), 17-23.

- Vincent, K. R., Vincent, H. K., Braith, R. W., Bhatnagar, V. i Lowenthal, D. T. (2003). Strength training and hemodynamic responses to exercise. *The American Journal of Geriatric Cardiology*, 12(2 (Print)), 97-106.
- Vizcaíno Martí, J. (2000). *Envejecimiento y atención social. Elementos para su análisis y planificación*. Barcelona: Herder.
- Vu, M. Q., Weintraub, N., I Rubenstein, L. Z. (2005). Falls in the nursing home: Are they preventable? *Journal of the American Medical Directors Association*, 6(3 Suppl (Print)), S82-7.
- Wenisch, E., Stoker, A., Bourrellis, C., Pasquet, C., Gauthier, E., i Corcos, E. i altres. (2005). [A global intervention program for institutionalized demented patients]. *Revue Neurologique*, 161(3 (Print)), 290-298.
- Wolf, S. L., Sattin, R. W., Kutner, M., O'Grady, M., Greenspan, A. I., i Gregor, R. J. (2003). Intense tai chi exercise training and fall occurrences in older, transitionally frail adults: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(12), 1693-1701.
- Wu, G. (2002). Evaluation of the effectiveness of tai chi for improving balance and preventing falls in the older Population—A review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(4), 746-754.
- Zabala i Vidiella, A. (1995). *La pràctica educativa. Com ensenyar*. Barcelona: Graó.