



**Universitat Ramon Llull**

## **TESI DOCTORAL**

**Títol: Relació entre Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut i els  
usuaris de Programes d'Exercici Físic Comunitaris per a Gent Gran de  
Catalunya**

Realitzada per Jesús Fortuño Godes

en el Centre Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport  
Blanquerna.URL

i en el Departament de Ciències de l'Activitat Física i l'Esport.

Dirigida per Dra. Miryam Guerra Balic i Dr. Jordi Segura Bernal

**Relació entre Qualitat de Vida Relacionada amb  
la Salut i els usuaris de Programes d'Exercici  
Físic Comunitaris per a Gent Gran de Catalunya**

**Tesi doctoral presentada per Jesús Fortuño Godes**

**Codirigida per**

**Dra. Myriam Guerra Balic**

**Dr. Jordi Segura Bernal**

**Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna.**

**UNIVERSITAT RAMON LLULL**

**Barcelona 2008**

**A l'Àngels, en Raül i en Daniel, que són el sentit de la meva vida.**

**A mon pare i ma mare.**

**A mon germà.**

## **Reconeixement i agraïments**

Vull expressar els meus sincers agraïments per les facilitats i l'atenció rebuda durant tot el procés d'elaboració de la present tesi, des de les primeres fases del treball de recerca dels cursos de doctorat, fins a la part final de la presentació del present document a la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, i en especial per la seva implicació personal al meu tutor de doctorat i codirector de tesi, en Doctor Jordi Segura, i a la directora de tesi, Doctora Myriam Guerra. Gràcies pels seus consells, la seva constant motivació i dedicació desinteressada vers la confecció d'aquesta investigació.

Al Doctor Carles Virgili, vull agrair-li les seves inestimables aportacions fetes en el camp metodològic, de tractament estadístic i informàtic de les dades. Amb ell he après una aplicació més àmplia del SPSS/ PC.

Al Professor Ricardo Sánchez, pels seus consells inestimables en el camp de la sociologia de l'esport, que m'han servit per donar cos a l'aparell teòric de la present recerca.

Es mereix un especial reconeixement el Doctor Xavier Badia, que és la persona que m'ha decidit en centrar el tema en la Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut i en l'administració del Qüestionari EuroQol. Ell ha estat qui ha adaptat aquest instrument a la realitat catalana.

Vull fer esment en aquest apartat també al Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, que m'ha facilitat la base de dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2002, fonamental per a l'anàlisi dels resultats corresponents a la primera hipòtesi.

També m'agradaria agrair a Joan Carles Burriel, President fundador d'Esport 3, la possibilitat de realitzar-me en el seu dia en el món de l'activitat física i la gent gran.

És precisament a Esport 3, entitat a la que em dedico professionalment des de fa divuit anys, i als professionals amb els qui treballo de forma més personal a qui vull agrair l'accés i el suport a una bona part del treball de camp de la present investigació:

- Ma. Lina Blázquez.
- Ma. Teresa Fenollosa.
- Lourdes Arana.
- Beatriz Tobón.
- Núria Bonastre.
- Inés Malet.
- Noemí Fresno.
- Hind Boujemaa.
- Patrícia Alarcón.
- Antònia Vidal

Un record molt especial també per al grup de persones grans que conformen el col·lectiu de socis d'Esport 3, que amb la seva il·lusió i entusiasme no han deixat mai de participar en les demandes de col·laboració que han rebut respecte els treballs de camp de diferents investigacions, entre les que es troba la present.

Els meus pensaments no poden deixar de costat a la Doctora Àngels Soler i a la Professora Isabel Carrera, pioneres a Catalunya en l'àmbit de l'activitat física i l'esport i amb les que he pogut comptar en tot moment, amb el seu inestimable coneixement, consell i experiència en el camp.

Agraeixo també la tasca de suport a l'administració de qüestionaris i el treball de camp dels professionals d'Esport 3:

- Maria Sillero.
- Ignacio Domínguez Antuña.
- Ester Cuenca.
- Bety Vilella.
- Maria Jesús Sánchez.
- Conxita Villalba.
- Miguel Ángel Gancedo.
- Gloria Mazo.
- Maria Auxiliadora Ribera.
- Susana Fernández.
- Sebastián Muñoz.
- Ferran Tarragó.
- Patricia Navarro.

A professionals pioners de reconegut prestigi i de gran experiència en el camp:

- Carme Palau de l'Ajuntament de Calafell.
- Neus Barbany de l'empresa AVISPORT.
- Rosa Moreno de l'Ajuntament de Molins de Rei.
- Carme Ruiz de l'Hospital de dia St. Jordi de Granollers.

Als responsables de serveis personals, serveis socials i esportius de diferents institucions públiques i privades, que han participat en la confecció del treball de camp:

- Juan de Dios Ramírez de l'Ajuntament d'Esplugues de Llobregat.
- Marissa Puig de l'Ajuntament de Barberà del Vallès.
- Salvador Grabulosa i Mayra Botey de l'Ajuntament de Mataró.

- Gabriel Moto i Jordi Romea de l'Ajuntament de Granollers.
- María Fernández i Joan Baraldés, de l'Ajuntament de Sabadell.
- Carme Parent de l'Ajuntament de St. Feliu de Llobregat.
- Pilar Pont de l'Associació Esportiva Sarrià- St. Gervasi.

A les institucions públiques que representen els usuaris dels grups als que s'ha administrat el qüestionari:

- Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya.
- Ajuntament de Barberà del Vallès.
- Ajuntament de Barcelona, Districte de Sarrià St. Gervasi.
- Ajuntament de Calafell.
- Ajuntament de Caldes de Montbui.
- Ajuntament de Granollers.
- Ajuntament de Mataró.
- Ajuntament d'Esplugues de Llobregat.
- Ajuntament de St. Feliu de Llobregat.
- Ajuntament del Prat de Llobregat.
- Ajuntament de Molins de Rei.
- Hospital de la Sta. Creu de Vic.
- Hospital de dia de Granollers.
- Institut Nacional d'Educació Física de Barcelona.

També li venen a la ment de l'autor, la Paula, l'Antonio, l'Enriqueta, la Victòria, la Maria Pia,... els avis que ens van permetre la primera experiència professional en el camp; que tots, avis i monitors vàrem començar per provar... sense saber molt bé on ens posàvem. Tots plegats vàrem formar part dels incipients grups de gimnàstica de principis dels 80. Molts d'ells ja han abandonat la pràctica. Alguns, els pocs, encara continuen. Però les experiències, les amistats, les vivències i les emocions generades, perduren en el record i marquen el camí actual...

## ÍNDIX GENERAL

<b>ÍNDIX DE FIGURES</b>	<b>19</b>
<b>ÍNDIX DE TAULES</b>	<b>24</b>
<b>ÍNDIX D'ABREVIATURES</b>	<b>34</b>
<b>PRESENTACIÓ</b>	<b>36</b>
<b>1.- INTRODUCCIÓ</b>	<b>45</b>
1.1.- Definició del subjecte de la investigació	47
1.2.- Exercici físic, activitat física i esport	50
1.3.- Salut, Qualitat de Vida (QDV) i Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut (QVRS)	52
1.4.- Organització institucional de la pràctica esportiva entre la gent gran	53
1.5.- Programes d'Exercici Físic Comunitaris de Gent Gran de Catalunya (PEFCGGC's)	54
1.5.1.- Principis i finalitats dels PEFCGGC's	54
1.5.1.1.- Caràcter pedagògic	55
1.5.1.2.- Adaptabilitat a diferents nivells	56
1.5.1.3.- Caràcter global de la intervenció	57
1.5.2.- Objectius de la intervenció	58
1.5.3.- Continguts	58
1.5.4.- Fases del Programa	60
1.5.5.- Professionals	62
1.5.6.- Característiques temporals dels PEFCGGC's	63



1.6.- Resum de les característiques dels PEFCGGC's	63
<b>2.- MARC TEÒRIC</b>	<b>65</b>
2.1.- La <i>postmodernitat</i> com a marc de referència	67
2.1.1.- De l'ètica del deure a l'ètica del plaer	68
2.1.2.- Del temps futur al temps immediat	70
2.1.3.- De la transcendència a la immanència	73
2.2.- Principis sobre els que se sustenta la present recerca	74
2.2.1.- Pluralisme	74
2.2.2.- Humanisme i Personalisme	75
2.2.3.- Perspectivisme	76
2.2.4.- Constructivisme	77
2.2.5.- Teoria sistèmica	79
2.2.6.- Determinisme estructural de Maturana i Varela	81
2.2.7.- Model ecològic	83
2.3.- Procés d'envelliment	84
2.3.1.- Envelliment biològic	85
2.3.2.- Envelliment psicològic: l'envelliment entès com part del Cicle Vital	86
2.3.3.- Envelliment social i demogràfic	89
2.3.4.- Envelliment i estil de vida actiu	94
2.4.- Exercici físic i gent gran	98
2.4.1.- Beneficis de la pràctica d'activitat física	98
2.4.1.1.- Beneficis funcionals	98
2.4.1.2.- Beneficis psicològics	99
2.4.1.3.- Beneficis socials	101
2.4.1.4.- Beneficis de l'exercici físic segons l'OMS	101
2.4.2.- Nivells de pràctica d'activitat física entre la gent gran	103

---

2.4.2.1.- Fonts d'informació	103
2.4.2.2.- Problemes metodològics d'interpretació de dades entre estudis	106
2.4.2.3.- Resultats dels estudis	108
2.5.- QVRS i envelliment	112
2.5.1.- Medicina moderna	112
2.5.2.- Concepte de salut	114
2.5.2.1.- Dimensió ambiental de la salut	117
2.5.2.2.- Dimensió subjectiva de la salut	118
2.5.2.3.- Dimensió emocional de la salut	119
2.5.2.4.- Dimensió social de la salut	121
2.5.2.5.- Salut i gènere	123
2.5.2.6.- Dimensió dinàmica de la salut	124
2.5.2.7.- Salut i malalties cròniques	125
2.5.2.8.- Salut i implicacions econòmiques	129
2.5.3.- Concepte de QDV	131
2.5.3.1. Definició de QDV	132
2.5.3.2.- Dimensions de la QDV	134
2.5.3.3.- Mesura de la QDV i objeccions	137
2.5.4.- Concepte de QVRS	141
2.5.4.1.- Antecedents del concepte de QVRS	142
2.5.4.2.- Utilitat del concepte QVRS	143
2.5.4.3.- Definició i dimensions de QVRS	144
2.5.4.4.- QVRS i dades socials i demogràfiques	147
2.5.4.5.- QVRS i exercici físic	147
2.5.4.6.- Mesura de la QVRS	150
2.5.4.6.1.- Formes d'administració	150
2.5.4.6.2.- Tipus de qüestionaris o instruments	151
2.6.- Teories i models de ciències socials aplicades a pràctica esportiva	155
2.6.1.- Teories i models que posen l'èmfasi en l'individu	156

2.6.1.1.- Teoria Cognitiva Social	157
2.6.1.2.- Model Transteorètic	158
2.6.1.3.- Teoria de l'Acció Raonada i de la Conducta Planificada	159
2.6.2.- Estructuralisme constructivista	159
2.6.3.- Teories que posen l'èmfasi en l'ambient	162
2.6.3.1.- Factors moduladors de l'estrès	163
2.6.3.2.- Concepte de <i>capital social</i>	164
2.6.3.3.- Accés adaptat al lloc de pràctica	166
2.6.3.4.- Disseny de les ciutats	167
2.6.3.5.- Altres factors a tenir en compte	169
2.7.- Serveis on s'apliquen els PEFCGGC's	170
2.7.1.- Serveis Socials	171
2.7.2.- Serveis de Benestar Social	175
2.7.2.1.- Casals i espais específics de gent gran	175
2.7.2.2.- Centres cívics	176
2.7.3.- Serveis esportius	177
2.7.4.- Serveis sanitaris	178
2.7.5.- Serveis socio-sanitaris	179
2.7.6.- Tipus d'instal·lacions de pràctica	181
2.7.7.- Programa Municipal de Barcelona per a gent gran. Un exemple	182
<b>3.- OBJECTIUS I HIPÒTESIS</b>	<b>183</b>
3.1.- Delimitació del problema	185
3.2.- Objectius de la recerca	187
3.3.- Plantejament de les hipòtesis	188

<b>4.- METODOLOGIA DE LA RECERCA</b>	<b>189</b>
4.1.- Participants	191
4.1.1.- Univers estadístic	191
4.1.2.- Distribució institucional de la mostra	192
4.1.3.- Unitat mostral	193
4.1.3.1.- Mostra emprada per a la verificació de la primera hipòtesi	194
4.1.3.2.- Mostra emprada per a la verificació de la segona hipòtesi	195
4.1.3.3.- Mostra emprada per a la verificació de la tercera hipòtesi	196
4.1.3.4.- Mostra emprada per a la verificació de la quarta hipòtesi	196
4.1.4.- Distribució territorial de la mostra	198
4.2.- Procediment	199
4.2.1.- Gestions prèvies a l'administració dels qüestionari. La xerrada prèvia	199
4.2.2.- Forma d'administració del qüestionari	201
4.2.3.- Prova pilot	202
4.2.4.- Recollida de dades	203
4.3.- Instrument d'avaluació	203
4.3.1.- Dades situacionals de l'enquesta	204
4.3.2.- Dades personals, socials i demogràfiques dels enquestats	204
4.3.2.1.- Origen de les preguntes de dades socials i demogràfiques	205
4.3.2.2.- Característiques socials i demogràfiques de la mostra	205
4.3.2.2.1.- Institució titular de la mostra	205
4.3.2.2.2.- Tipus instal·lació	206
4.3.2.2.3.- Edat	207
4.3.2.2.4.- Gènere	208
4.3.2.2.5.- Estat civil	208
4.3.2.2.6.- Nivell econòmic percebut	209
4.3.2.2.7.- Nivell d'estudis percebut	210

4.3.2.2.8.- Temps de desplaçament del lloc de residència al de pràctica	211
4.3.2.2.9.- Forma de desplaçament del lloc de residència al de pràctica	212
4.3.2.2.10.- Temps de pràctica esportiva	212
4.3.2.2.11.- Número d'habitants de la població	213
4.3.3.- Qüestionari de mesura de QVRS: l'EQ- 5D	214
4.3.3.1.- Característiques de l'EQ-5D	215
4.3.3.2.- Presentació dels resultats	216
4.3.3.3.- Fiabilitat	217
4.3.3.4.- Validesa	217
4.4.- Verificació de les hipòtesis	218
4.4.1.- Verificació de la primera hipòtesi	218
4.4.2.- Verificació de la segona hipòtesi	220
4.4.3.- Verificació de la tercera hipòtesi	220
4.4.4.- Verificació de la quarta hipòtesi	221
<b>5.- RESULTATS</b>	<b>223</b>
5.1.- QVRS de la gent gran a Catalunya i dels usuaris dels PEFCGGC's	225
5.1.1.- Escala Visual Analògica (EVA)	226
5.1.1.1.- EVA i gènere	226
5.1.1.2.- EVA i edat	227
5.1.2.- Sistema Descriptiu (SD)	228
5.1.2.1.- SD i gènere	229
5.1.2.2.- SD i edat	230
5.2.- QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's segons el tipus de pràctica	232
5.2.1.- EVA	232
5.2.1.1.- EVA i tipus d'instal·lació	233
5.2.1.2.- EVA i tipus de pràctica esportiva	234
5.2.1.3.- EVA i temps de pràctica esportiva	235

---

5.2.2.- SD	237
5.2.2.1.- SD i tipus d'instal·lació utilitzada	238
5.2.2.2.- SD i tipus de pràctica esportiva	238
5.2.2.3.- SD i temps de pràctica esportiva	239
5.3.- QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's segons les característiques socials i demogràfiques	240
5.3.1.- EVA	240
5.3.1.1.- EVA i edat	240
5.3.1.2.- EVA i gènere	241
5.3.1.3.- EVA i estat civil	241
5.3.1.4.- EVA i nivell econòmic percebut	242
5.3.1.5.- EVA i nivell d'estudis percebut	243
5.3.1.6.- EVA i número d'habitants de la població del lloc de pràctica	243
5.3.2.- SD	244
5.4.- Tipologia dels usuaris analitzats en funció de la forma de pràctica	246
5.4.1.- Tipus instal·lació	247
5.4.1.1.- Tipus instal·lació i gènere	248
5.4.1.2.- Tipus instal·lació i edat	249
5.4.1.3.- Tipus instal·lació i estat civil	249
5.4.1.4.- Tipus instal·lació i nivell d'estudis percebut	251
5.4.1.5.- Tipus instal·lació i nivell econòmic percebut	251
5.4.1.6.- Tipus instal·lació i temps desplaçament	252
5.4.1.7.- Tipus instal·lació i forma desplaçament	253
5.4.2.- Tipus de pràctica esportiva	254
5.4.2.1.- Tipus de pràctica esportiva i gènere	254
5.4.2.2.- Tipus de pràctica esportiva i edat	255
5.4.2.3.- Tipus de pràctica esportiva i estat civil	256
5.4.2.4.- Tipus de pràctica esportiva i nivell econòmic percebut	258

5.4.3.- Temps de pràctica esportiva	259
5.4.3.1.- Temps de pràctica esportiva i gènere	259
5.4.3.2.- Temps de pràctica esportiva i edat	260
5.4.4.- Forma de desplaçament	260
5.4.4.1.- Forma de desplaçament i nivell d'estudis percebut	261
5.4.4.2.- Forma de desplaçament i nivell econòmic percebut	261
5.4.5.- Temps de desplaçament	262
5.4.5.1.- Temps de desplaçament i edat	262
5.4.5.2.- Temps de desplaçament i nivell econòmic percebut	262
<b>6.- DISCUSSIÓ</b>	<b>263</b>
6.1.- Consideracions metodològiques	265
6.1.1.- Caràcter bidireccional dels estudis transversals	265
6.1.2.- Mesura de la QVRS entre els professionals de l'educació física	267
6.1.3.- Conveniència de l'instrument d'anàlisi utilitzat	268
6.1.4.- Conveniència de la forma d'administració de l'instrument d'anàlisi	269
6.2.- QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's respecte la població catalana	270
6.2.1.- Anàlisi de l'EVA	271
6.2.1.1.- Gènere	271
6.2.1.2.- Edat	273
6.2.2.- Anàlisi del SD	274
6.2.2.1.- Gènere	274
6.2.2.2.- Edat	278
6.2.2.2.1.- Mobilitat	280
6.2.2.2.2.- Cura personal	281
6.2.2.2.3.- Activitats quotidianes	283
6.2.2.2.4.- Dolor/ malestar	284
6.2.2.2.5.- Ansietat/ depressió	285

---

6.3.- QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's respecte altres practicants	287
6.3.1.- Anàlisi de l'EVA	287
6.3.1.1.- Tipus instal·lació	287
6.3.1.2.- Tipus activitat	289
6.3.1.3.- Temps de pràctica esportiva	290
6.3.2.- Anàlisi del SD	291
6.3.2.1.- Tipus instal·lació i activitat	291
6.3.2.2.- Temps de pràctica esportiva	293
6.4.- QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's respecte les característiques socials i demogràfiques	294
6.4.1.- Anàlisi de l'EVA	295
6.4.1.1.- Gènere	295
6.4.1.2.- Edat	296
6.4.1.3.- Altres variables socials	297
6.4.2.- Anàlisi del SD	298
6.4.2.1.- SD i edat	298
6.4.2.1.1.- Dolor com a malaltia crònica	299
6.4.2.1.2.- Dimensió ansietat/ depressió	300
6.4.2.1.3.- Paper de les gimnàstiques suaus	301
6.4.2.2.- SD i Gènere	302
6.4.2.3.- SD i estat civil	303
6.4.2.4.- SD i nivell d'estudis percebut	304
6.4.2.5.- SD i nivell econòmic percebut	305
6.4.2.6.- SD i número d'habitants	306
6.5.- Perfil dels esportistes analitzats	307
6.5.1.- Gènere	308
6.5.1.1.- Gènere i tipus d'instal·lació	308
6.5.1.2.- Gènere i temps de pràctica esportiva	310
6.5.1.3.- Gènere i tipus de pràctica	310



6.5.2.- Edat	314
6.5.3.- Temps de desplaçament i forma de desplaçament	315
6.5.4.- Estat civil	317
6.5.5.- Nivell d'estudis percebut	319
6.5.6.- Nivell econòmic percebut	320
6.5.7.- El cas dels PEFCGGC's	323
6.5.7.1.- Distribució per edats	323
6.5.7.2.- Edat en funció del tipus i anys de pràctica	325
6.5.7.3.- Paper de contenció de la dependència dels casals	326
<b>7.- CONCLUSIONS</b>	<b>329</b>
7.1.- Conclusions referents a la primera hipòtesi	331
7.2.- Conclusions referents a la segona hipòtesi	331
7.3.- Conclusions referents a la tercera hipòtesi	332
7.4.- Conclusions referents a la quarta hipòtesi	333
7.5.- Reflexions finals	333
<b>8.- LIMITACIONS I CONSIDERACIONS PER A UN FUTUR</b>	<b>337</b>
8.1.- QVRS i hàbits saludables	339
8.2.- Aspectes metodològics	340
8.3.- Una preocupació per als gestors: garantir la continuïtat de l'itinerari esportiu	341

---

8.3.1.- Grup “Gent Gran Jove”	345
8.3.2.- Grup “Gent Gran Activa”	346
8.3.3.- Grup “Gent Gran Limitada”	347
<b>9.- REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES</b>	<b>349</b>
<b>10.- REFERÈNCIES DE TEXTOS LEGALS</b>	<b>391</b>
<b>11.- ÍNDEX ALFABÈTIC D’AUTORS</b>	<b>393</b>
<b>ANNEXOS</b>	<b>401</b>
Annex A: taules estadístiques corresponents a la verificació dels resultats	402
Annex A.1.- Taules corresponents a la verificació de la hipòtesi 1: anàlisi de la QVRS de la població sedentària gran de Catalunya i els usuaris dels PEFCGGC’s	402
Annex A.2.- Taules corresponents a la verificació de la hipòtesi 2: QVRS dels usuaris dels PEFCGGC’s en funció del tipus de pràctica esportiva	405
Annex A.3.- Taules corresponents a la verificació de la hipòtesi 3: anàlisi de la QVRS dels usuaris dels PEFCGGC’s en funció de les seves característiques socials i demogràfiques	409
Annex A.4.- Taules corresponents a la verificació de la hipòtesi 4: anàlisi de la tipologia dels usuaris analitzats en funció de la forma de pràctica	412
Annex B: variables de l’ESCA’02 que s’han fet servir en la present tesi	420

Annex B.1.- Relació de variables codificades com “física”, que són el resultat d'agrupar els valors de les variables v112, v113 i v114, que figuren a l'ESCA'02 com a sedentaris o mínimament actius, agrupant-se en el valor “sedentaris” 420

Annex B.2.- Relació de variables recollides de l'ESCA'02 i que han servit per comparar amb la nostra tesi per a la verificació de la primera hipòtesi 421

Annex C: qüestionari utilitzat 422

Annex C.1.- Dades socials i demogràfiques 422

Annex C.2.- EQ-5D 424

## ÍNDIX DE FIGURES

### 1.- INTRODUCCIÓ

Figura 1. Capacitats a treballar en un Programa d'activitat física dirigit a gent gran. Font: Soler, A. 2003. 58

### 2.- APROXIMACIÓ AL MARC TEÒRIC

Figura 2. Galeria de Quadres i Mans dibuixant. Autor: M. C. Escher, 1948. 72

Figura 3. Piràmide d'edats població catalana 2005. Font: IDESCAT, 2006. 90

Figura 4. Evolució projectada de la població major espanyola per trams etaris, 2001-2006. Font: *Libro blanco de la dependencia*, IMSERSO '05. 92

Figura 5. Jeanne Louise Calment. La dona més vella del món. 93

Figura 6. EVLLD als 65 anys. Font: Fundació Institut Català de l'Envel·liment, 2004. 94

Figura 7. Determinants d'envelliment actiu. Font: OMS, 2002. 95

Figura 8. Dominis de la Salut. Font: Chatterji, Ustün, Sadana, Salomon, Mathers & Murray, 2002. 116

Figura 9. Mal estat de salut percebut segons la classe social i grups d'edat. Homes i dones més grans de 15 anys, de l'Enquesta de salut de Catalunya. Font: Borrell & Benach, 2002. 122

Figura 10. Estimació de la prevalença de les situacions de discapacitat per edat i gènere. Espanya, 1999. Llibre blanc de la dependència. IMSERSO '05. 126

Figura 11. Projecció de les malalties cròniques a nivell mundial. Portada British Medical Journal, 26 Octubre de 2002. 127

Figura 12. Factors que condicionen la QDV. Font: Spirduso, W.W., 1995. 136

Figura 13. Factors que condicionen la QDV. Font: Fernández Ballesteros, R., 1977. 137

Figura 14. Espais amplis de pràctica esportiva informal diferenciats dels automòbils. 168

Figura 15. Serveis públics dirigits a l'atenció de les persones grans. 180

## 6.- DISCUSSIÓ

Figura 16. Relació de valors de l'EVA entre els sedentaris de l'ESCA'02 i els usuaris dels PEFCGGC's. 271

Figura 17. Valors de la mitjana corresponents a l'anàlisi de l'EVA dels components de l'ESCA'02 agrupat segons la variable "Física". S'ha aplicat l'ANOVA d'un factor. Per a  $p < 0.005$ , s'han trobat valors significatius, del 0,000. 273

Figura 18. Anàlisi de mitjanes de l'EVA dels usuaris dels PEFCGGC's i dels enquestats de l'ESCA'02 en funció de la variable edat (agrupada). 274

Figura 19. Percentatge de problemes de les dimensions del SD dels homes components de l'ESCA'02 agrupats segons la variable "física". 275

Figura 20. Percentatge de problemes de les dimensions del SD de les dones components de l'ESCA'02 agrupats segons la variable "física". 276

Figura 21. Distribució per categories del SD sense agrupar. 277

Figura 22. Problemes de la dimensió *mobilitat* dels homes de l'ESCA'2 i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció de l'edat. 280

Figura 23. Problemes de la dimensió *mobilitat* de les dones de l'ESCA'2 i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció de l'edat. 281

Figura 24. Problemes de la dimensió *cura personal* dels homes de l'ESCA'2 i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció de l'edat. 282

---

Figura 25. Problemes de la dimensió <i>cura personal</i> de les dones de l'ESCA'2 i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció de l'edat.	282
Figura 26. Problemes de la dimensió <i>activitats quotidianes</i> dels homes de l'ESCA'2 i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció de l'edat.	283
Figura 27. Problemes de la dimensió <i>activitats quotidianes</i> de les dones de l'ESCA'2 i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció de l'edat.	283
Figura 28. Problemes de la dimensió <i>dolor/malestar</i> dels homes de l'ESCA'2 i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció de l'edat.	284
Figura 29. Problemes de la dimensió <i>dolor/malestar</i> de les dones de l'ESCA'2 i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció de l'edat.	285
Figura 30. Problemes de la dimensió <i>ansietat/depressió</i> dels homes de l'ESCA'2 i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció de l'edat.	286
Figura 31. Problemes de la dimensió <i>ansietat/depressió</i> de les dones de l'ESCA'2 i de les usuàries dels PEFCGGC's en funció de l'edat.	286
Figura 32. Distribució de les mitjanes de l'EVA en funció del tipus d'instal·lació.	288
Figura 33. Distribució de l'anàlisi de la EVA en funció del tipus de pràctica.	290
Figura 34. Evolució de l'EVA segons el temps de pràctica.	291
Figura 35. Percentatge de problemes de les dimensions del SD respecte el tipus d'instal·lació.	292
Figura 36. Percentatge de problemes de les dimensions del SD respecte el tipus d'activitats.	292
Figura 37. Percentatge de problemes de les dimensions del SD respecte el temps de pràctica.	294
Figura 38. Evolució de l'EVA en funció de l'edat.	296

Figura 39. Evolució de l'EVA en funció de la població on s'ubica.	298
Figura 40. Problemes del SD dels usuaris dels PEFCGGC's en funció de l'edat.	299
Figura 41. Problemes de les dimensions del SD dels usuaris dels PEFCGGC's en funció del gènere.	303
Figura 42. Problemes de les dimensions del SD dels usuaris dels PEFCGGC's en funció de la forma de viure.	304
Figura 43. Problemes de les dimensions del SD dels usuaris dels PEFCGGC's en funció del nivell d'estudis percebut (agrupat).	305
Figura 44. Problemes de les dimensions del SD dels usuaris dels PEFCGGC's en funció del nivell econòmic percebut (agrupat).	306
Figura 45. Problemes de les dimensions del SD dels usuaris dels PEFCGGC's en funció del número d'habitants (agrupat).	307
Figura 46. Distribució del gènere en funció tipus instal·lació.	309
Figura 47. Evolució del temps de pràctica en funció del gènere.	310
Figura 48. Distribució del tipus activitat segons el gènere.	311
Figura 49. Mitjana d'edat segons el tipus d'instal·lació.	314
Figura 50. Mitjanes d'edat en funció del tipus d'activitat.	315
Figura 51. Mitjana de desplaçament en funció del tipus d'instal·lació.	316
Figura 52. Evolució de l'edat en funció del temps de desplaçament	317
Figura 53. Estat civil segons el tipus d'activitat.	318
Figura 54. Nivell estudis percebut segons instal·lació de pràctica.	319

---

Figura 55. Temps de pràctica i nivell d'estudis percebut.	320
Figura 56. Perfil econòmic percebut dels usuaris segons la instal·lació.	321
Figura 57. Distribució dels usuaris en funció del tipus de pràctica i el nivell econòmic percebut.	322
Figura 58. Forma de desplaçar-se i nivell econòmic percebut.	322
Figura 59. Distribució agrupada de dos en dos de les edats dels usuaris enquestats.	324
Figura 60. Mitjanes d'edat dels grups dels PEFCGGC's.	325
Figura 61. Mitjanes d'edat dels grups dels PEFCGGC's en funció dels anys de pràctica.	326



## ÍNDEX DE TAULES

### 1.- INTRODUCCIÓ

Taula 1. Fases d'una persona en funció de la seva edat. Font: Spirdurso, W.W., 1995. 48

### 2.- APROXIMACIÓ AL MARC TEÒRIC

Taula 2. Distribució provincial de les persones de 65 anys i més. Catalunya, 2005. Font: IDESCAT,2006. 91

Taula 3. Beneficis de l'exercici físic. Font: OMS,1996. 102

Taula 4. Població que realitza exercici físic en el temps lliure. Font: *Enquesta Nacional de Salut, 1993.* 109

Taula 5. Percentatge de persones que fan exercici. Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social. 2003. 111

Taula 6. Percentatge de la població que camina. Font: García Ferrando, M., 2000. 112

Taula 7. Les 20 "no- malalties" agrupades en ordre descendent pels lectors de bmj.com 125

Taula 8. Dimensions prototípiques de la QDV. Font: Schalock & Verdugo, 2002 134

Taula 9. Establiment d'estratègies de mesura segons diferents nivells d'anàlisi. Font: Schalock, 2004. 141

Taula 10. Contingut de les dimensions per activitat física i QVRS. Font: Rejeski, et al. (1996). 146

Taula 11. Formes d'administració de les mesures de QVRS. Font: Guyatt, et al., 1993. 151

Taula 12. Instruments per a mesurar QVRS. Avantatges i inconvenients. Font: Guyatt, et al., 1993. 155

---

Taula 13. Característiques del disseny de les ciutats. Tipus d'ambients poblacionals. Font: King, et al. 2002.	167
--	-----

#### **4.- METODOLOGIA DE LA RECERCA**

Taula 14. Dades corresponents a la distribució territorial en funció de la població de pràctica de la mostra.	198
---	-----

Taula 15. Dades corresponents a la província de procedència dels enquestats.	199
--	-----

Taula 16. Dades situacionals de l'enquesta.	204
---	-----

Taula 17. Dades personals, socials i demogràfiques de l'enquesta.	204
---	-----

Taula 18. Resultats corresponents a la institució titular dels grups de gimnàstica. Només s'inclouen resultats per a la segona, tercera i quarta hipòtesi.	206
--	-----

Taula 19. Resultats corresponents als enquestats en funció del tipus d'instal·lació.	207
--	-----

Taula 20. Resultats corresponents a les edats dels enquestats.	207
--	-----

Taula 21. Resultats corresponents al gènere dels enquestats.	208
--	-----

Taula 22. Resultats corresponents a l'estat civil dels enquestats. Només s'inclouen resultats per a la tercera i quarta hipòtesi.	208
---	-----

Taula 23. Distribució de les possibilitats de resposta de la pregunta situació econòmica.	209
---	-----

Taula 24. Resultats corresponents al nivell econòmic percebut dels enquestats. Només s'inclouen resultats per a la tercera i quarta hipòtesi.	210
---	-----

Taula 25. Resultats corresponents al nivell d'estudis percebut dels enquestats. Només s'inclouen resultats per a la tercera i quarta hipòtesi.	211
Taula 26. Resultats corresponents al temps de desplaçament del lloc de pràctica. Només s'inclouen resultats per a la quarta hipòtesi.	211
Taula 27. Resultats corresponents a la forma de desplaçament al lloc de pràctica. Només s'inclouen resultats per a la 4a. hipòtesi.	212
Taula 28. Resultats corresponents al temps de pràctica esportiva. Només s'inclouen resultats per a la 2a. i 4a. hipòtesi.	212
Taula 29. Distribució de l'agrupació d'habitants de la pregunta sobre el número d'habitants de la població del grup.	213
Taula 30. Resultats corresponents al número d'habitants de la població del grup. Només s'inclouen resultats per a la tercera hipòtesi.	214
Taula 31. Percentatge de preguntes contestades en cadascuna de les dimensions del SD.	217

## 5.- RESULTATS

Taula 32. Estadístics de grup corresponents a l'anàlisi de l'EVA de la població gran de Catalunya i dels usuaris dels PEFCGGC's. S'ha aplicat la prova <i>t d'Student</i> .	226
Taula 33. Estadístics de grup corresponents a l'anàlisi de l'EVA de la població gran de Catalunya i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció del gènere. S'ha aplicat la prova <i>t d'Student</i> .	227
Taula 34. Estadístics de grup corresponent a l'anàlisi de l'EVA dels components de l'ESCA'02 sedentaris i dels participants en programes de PEFCGGC's en funció de l'edat. La variable edat es presenta agrupada. S'ha aplicat l' <i>ANOVA d'un factor</i> .	228
Taula 35. Percentatge de problemes en les dimensions del SD en les persones sedentàries de	229

l'EVA'02 i dels usuaris dels PEFCGGC's.

Taula 36. Percentatge de problemes de les dimensions del SD dels usuaris dels PEFCGGC's i de persones sedentàries de l'EVA'02.	229
Taula 37. Percentatge de problemes en les dimensions del SD dels usuaris dels PEFCGGC's i de persones sedentàries de l'EVA'02 en funció de l'edat. La variable edat es presenta agrupada.	230
Taula 38. Percentatge de persones sedentàries de l'EVA'02 i dels usuaris dels PEFCGGC's, amb problemes en les dimensions del SD en funció de l'edat i gènere. La variable edat es presenta agrupada.	231
Taula 39. Descriptius corresponents a l'anàlisi de la EVA dels usuaris dels PEFCGGC's i dels practicants a l'aire lliure en funció del tipus d'instal·lació. S'ha aplicat <i>l'ANOVA d'un factor</i> .	233
Taula 40. Descriptius corresponents a l'anàlisi de l'EVA dels usuaris dels PEFCGGC's i dels practicants a l'aire lliure en funció del tipus de pràctica. S'ha aplicat <i>l'ANOVA d'un factor</i> .	234
Taula 41. Descriptius corresponents a l'anàlisi de l'EVA en funció del temps de pràctica esportiva i la QVRS. La variable temps de pràctica esportiva es presenta agrupada. S'ha aplicat <i>l'ANOVA d'un factor</i> .	236
Taula 42. Percentatge de problemes de les diferents dimensions del SD dels practicants, en funció de variables vinculades a la forma de pràctica: tipus instal·lació, tipus activitat i anys de pràctica esportiva.	237
Taula 43. Anàlisi de la EVA en funció de l'edat dels enquestats.	241
Taula 44. Descriptius corresponents a l'anàlisi de la EVA en funció del sexe dels enquestats. S'ha aplicat la <i>t d'Student</i> .	241
Taula 45. Descriptius corresponents a l'anàlisi de la EVA en funció de l'estat civil. La variable estat civil es presenta agrupada. S'ha aplicat <i>la t d'Student</i> .	242
Taula 46. Descriptius corresponents a l'anàlisi de l'EVA en funció del nivell econòmic percebut. La variable nivell econòmic es presenta agrupada. S'ha aplicat <i>l'ANOVA d'un factor</i> .	242

Taula 47. Descriptius corresponents a l'anàlisi de l'EVA en funció del nivell d'estudis. La variable nivell d'estudis es presenta agrupada. S'ha aplicat <i>la t d'Student</i> .	243
Taula 48. Descriptius corresponents a l'anàlisi de la EVA en funció del número d'habitants de la població. La variable habitants es presenta agrupada. S'ha aplicat <i>l'ANOVA d'un factor</i> .	244
Taula 49. Percentatge de problemes de les diferents dimensions del SD, en funció de variables socials i demogràfiques: edat, gènere, estat civil, nivell d'estudis percebut, nivell econòmic percebut i número d'habitants. Les variables edat, estat civil, nivell d'estudis percebut, nivell econòmic percebut i número d'habitants es presenten agrupades.	245
Taula 50. Anàlisi de les diferències entre tipus instal·lació i gènere. S'ha analitzat $\chi^2$ en la taula de contingència.	248
Taula 51. Descriptius corresponents a l'anàlisi de la EVA en funció de l'edat i el tipus d'instal·lació de pràctica.	249
Taula 52. Anàlisi de les diferències entre tipus instal·lació i estat civil/ Forma de viure. S'ha analitzat $\chi^2$ en la taula de contingència.	250
Taula 53. Anàlisi de les diferències entre tipus instal·lació i nivell percebut d'estudis. S'ha analitzat $\chi^2$ en la taula de contingència.	251
Taula 54. Anàlisi de les diferències entre tipus instal·lació i nivell econòmic percebut. S'ha analitzat $\chi^2$ en la taula de contingència.	252
Taula 55. Anàlisi de les diferències entre tipus instal·lació i temps de desplaçament. S'han exclòs institucionalitzats i caminants. S'ha aplicat <i>l'ANOVA d'un factor</i> .	252
Taula 56. Distribució de freqüències i percentatge de la forma de desplaçament al lloc de pràctica. S'han exclòs institucionalitzats i caminants.	253
Taula 57. Anàlisi de les diferències entre tipus instal·lació i forma de desplaçament. S'han exclòs institucionalitzats i caminants. S'ha analitzat $\chi^2$ en la taula de contingència.	254

Taula 58. Anàlisi de les diferències entre tipus de pràctica i gènere. S'ha analitzat $\chi^2$ en la taula de contingència.	255
Taula 59. Descriptius corresponents a l'anàlisi del tipus de pràctica esportiva i edat. S'ha aplicat l'ANOVA d'un factor.	256
Taula 60. Distribució de freqüències i percentatge del tipus de pràctica esportiva respecte l'estat civil.	257
Taula 61. Anàlisi del tipus d'activitat esportiva i estat civil. S'ha analitzat $\chi^2$ en la taula de contingència.	257
Taula 62. Anàlisi de les diferències entre tipus d'activitat esportiva i nivell econòmic percebut. S'ha analitzat $\chi^2$ en la taula de contingència.	258
Taula 63. Anàlisi del temps de pràctica i gènere dels usuaris analitzats. S'ha analitzat $\chi^2$ en la taula de contingència. La variable temps de pràctica es presenta agrupada.	259
Taula 64. Descriptius corresponents a l'anàlisi del tipus de pràctica esportiva i edat. La variable temps de pràctica es presenta agrupada. S'ha aplicat l'ANOVA d'un factor.	260
Taula 65. Anàlisi de la forma de desplaçament i nivell d'estudis percebut. S'ha analitzat $\chi^2$ en la taula de contingència.	261
Taula 66. Anàlisi de la forma de desplaçament i nivell econòmic percebut. S'ha analitzat $\chi^2$ en la taula de contingència.	261
Taula 67. Descriptius corresponents a l'anàlisi del temps de desplaçament i nivell econòmic percebut. La variable nivell econòmic es presenta agrupada.	262

## 8.- LIMITACIONS I CONSIDERACIONS PER A UN FUTUR

Taula 68. Gradient organitzatiu de serveis esportius per a gent gran. Font: elaboració pròpia.	345
--	-----

## **ANNEX A. Taules estadístiques corresponents a la verificació dels resultats**

Taula A.1. <i>Prova de mostres independents</i> corresponent a l'anàlisi de l'EVA de la població gran de Catalunya i dels usuaris dels PEFCGGC's.	402
Taula A.2. <i>Prova de mostres independents</i> corresponent a l'anàlisi de l'EVA de la població gran de Catalunya i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció del gènere femení.	402
Taula A.3. <i>Prova de mostres independents</i> corresponent a l'anàlisi de l'EVA de la població gran de Catalunya i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció del gènere masculí.	403
Taula A.4. <i>ANOVA d'un factor</i> corresponent a l'anàlisi de l'EVA dels components de participants en programes de PEFCGGC's en funció de l'edat.	403
Taula A.5. <i>ANOVA d'un factor</i> corresponent a l'anàlisi de l'EVA dels components de l'ESCA'02 sedentaris en funció de l'edat.	403
Taula A.6. <i>Prova de comparacions múltiples</i> corresponent a l'anàlisi de l'EVA dels participants en programes de PEFCGGC's en funció de l'edat ( <i>Scheffé</i> ).	404
Taula A.7. <i>Prova de comparacions múltiples</i> corresponent a l'anàlisi de l'EVA dels sedentaris de l'ESCA'02 en funció de l'edat ( <i>Scheffé</i> ).	404
Taula A.8. <i>ANOVA d'un factor</i> corresponent a l'anàlisi de l'EVA en funció del tipus d'instal·lació i la QVRS.	405
Taula A.9. <i>Prova de comparacions múltiples</i> corresponent a l'anàlisi de l'EVA en funció del tipus d'instal·lació i la QVRS ( <i>Scheffé</i> ).	405
Taula A.10. <i>ANOVA d'un factor</i> corresponent a l'anàlisi de la EVA en funció del tipus de pràctica esportiva.	406
Taula A.11. <i>Prova de comparacions múltiples</i> corresponent a l'anàlisi de l'EVA en funció del tipus de pràctica i la QVRS ( <i>Scheffé</i> ).	406
Taula A.12. <i>ANOVA d'un factor</i> corresponent a l'anàlisi de la EVA en	407

funció del temps de pràctica esportiva. Valors agrupats.

Taula A.13. <i>Prova de comparacions múltiples</i> corresponent a l'anàlisi de la EVA en funció del temps de pràctica esportiva i la QVRS ( <i>Scheffé</i> ).	407
Taula A.14. <i>ANOVA d'un factor</i> corresponent a l'anàlisi de la EVA en funció del temps de pràctica esportiva dels PEFCGGC's.	407
Taula A.15. <i>Prova de comparacions múltiples</i> corresponent a l'anàlisi de la EVA en funció del temps de pràctica esportiva i la QVRS ( <i>Scheffé</i> ).	408
Taula A.16. <i>ANOVA d'un factor</i> corresponent a l'anàlisi de la EVA en funció del temps de pràctica esportiva a l'aire lliure.	408
Taula A.17. <i>Coefficient de Correlació de Pearson</i> corresponent a l'anàlisi dels valors de l'EVA en funció de l'edat dels enquestats.	409
Taula A.18. <i>Prova de mostres independents</i> corresponent a l'anàlisi de la EVA en funció del sexe dels enquestats.	409
Taula A.19. <i>Prova de mostres independents</i> corresponents a l'anàlisi de la EVA en funció de l'estat civil. La variable estat civil es presenta agrupada en forma de viure.	410
Taula A.20. <i>ANOVA d'un factor</i> corresponent a l'anàlisi de la EVA en funció del nivell econòmic percebut.	410
Taula A.21. <i>Prova de comparacions múltiples</i> corresponent a l'anàlisi de l'EVA i nivell econòmic percebut ( <i>Scheffé</i> ).	410
Taula A.22. <i>Prova de mostres independents</i> corresponent a l'anàlisi de l'EVA i nivell d'estudis percebut.	411
Taula A.23. <i>ANOVA d'un factor</i> corresponent a l'anàlisi de l'EVA en funció del número d'habitants del lloc de pràctica.	411
Taula A.24. <i>Prova de comparacions múltiples</i> corresponent a l'anàlisi del número d'habitants de la població del lloc de pràctica ( <i>Scheffé</i> ).	411
Taula A.25. Proves de $\chi^2$ corresponent a l'anàlisi de les diferències entre tipus instal·lació i gènere.	412



Taula A.26. ANOVA d'un factor corresponent a l'anàlisi de l'EVA en funció de l'edat i el tipus d'instal·lació de pràctica.	412
Taula A.27. Prova de comparacions múltiples corresponent a l'anàlisi de l'edat en funció del tipus d'instal·lació de pràctica esportiva (Scheffé).	413
Taula A.28. Proves de $\chi^2$ corresponent a les diferències de tipus instal·lació i estat civil/ forma de viure.	413
Taula A.29. Proves de $\chi^2$ corresponent a les diferències de tipus instal·lació i nivell estudis percebut.	414
Taula A.30. Proves de $\chi^2$ corresponent a les diferències de tipus instal·lació i nivell econòmic percebut.	414
Taula A.31. Anàlisi de les diferències entre tipus instal·lació i temps de desplaçament. S'ha aplicat l'ANOVA d'un factor.	414
Taula A.32. Prova de comparacions múltiples corresponent a l'anàlisi del temps de desplaçament i el tipus d'instal·lació (Scheffé).	415
Taula A.33. Tipus instal·lació i forma desplaçament.	415
Taula A.34. Proves de $\chi^2$ corresponent a les diferències de tipus de pràctica i gènere.	416
Taula A.35. ANOVA d'un factor corresponent a l'anàlisi del tipus de pràctica esportiva i edat.	416
Taula A.36. Anàlisi del tipus de pràctica esportiva i edat (Scheffé).	416
Taula A.37. Proves de $\chi^2$ corresponent a les diferències de tipus de pràctica i estat civil.	417
Taula A.38. Proves de $\chi^2$ corresponent a les diferències de tipus de pràctica i nivell econòmic percebut.	417
Taula A.39. Proves de $\chi^2$ corresponent a l'anàlisi del temps de pràctica i gènere dels usuaris analitzats.	417
Taula A.40. ANOVA d'un factor corresponent a l'anàlisi del tipus de	417

---

pràctica esportiva i edat.

Taula A.41. <i>Prova de comparacions múltiples</i> corresponent a l'anàlisi del temps de pràctica esportiva i edat ( <i>Scheffé</i> ).	418
Taula A.42. Proves de $\chi^2$ corresponent a l'anàlisi de les diferències entre forma de desplaçament i nivell d'estudis percebut.	418
Taula A.43. Proves de $\chi^2$ corresponent a l'anàlisi de les diferències entre forma de desplaçament i nivell econòmic percebut.	419
Taula A.44. <i>Coefficient de Correlació de Pearson</i> corresponent a l'anàlisi del temps de desplaçament en funció de l'edat dels enquestats.	419
Taula A.45. <i>ANOVA d'un factor</i> corresponent a l'anàlisi del temps de desplaçament i nivell econòmic percebut.	419
Taula A.46. <i>Prova de comparacions múltiples</i> corresponent a l'anàlisi del temps de desplaçament i nivell econòmic ( <i>Scheffé</i> ).	419

## ÍNDIX D'ABREVIATURES

- ACSM: American College of Sports Medicine.
- AIVD: Activitats Instrumentals de la Vida Diària.
- AVD: Activitats de la Vida Diària.
- BOP: Butlletí Oficial de la Província de Catalunya.
- CAP: Centres d'Atenció Primària.
- CDCP: Centers of Disease Control and Prevention.
- DOGC: Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya.
- EAS: qüestionari de QVRS denominat *Estat d'Autopercepció de Salut*.
- EEUU: Estats Units d'Amèrica.
- ESCA: Enquesta de Salut de Catalunya.
- ESCA'02: Enquesta de Salut de Catalunya de l'any 2002.
- EQ-5D: Qüestionari d'Avaluació de la Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut.
- EURO-QOL: Grup de recerca europeu que ha confeccionat el Qüestionari d'Avaluació de la Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut.
- EV: Esperança de Vida.
- EVA: Escala Visual Analògica.
- EVLLD: Esperança de Vida Lliure de Discapacitat.
- EVLLI: Esperança de Vida Lliure d'Independència.
- FIAPA: Federació Internacional d'Associacions de Persones Grans.
- FPCEEB: Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna.
- IASP: Associació Internacional per a l'Estudi del Dolor.
- IEFS: Institute of European Food Studies.
- IMSERSO: Instituto Nacional de Migración y Servicios Sociales.
- INSALUD: Instituto Nacional de Salud.
- INSERSO: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.

- OCDE: Organització per a la cooperació i desenvolupament econòmic.
- OMS: Organització Mundial de la Salut.
- ONG: Organització no Governamental.
- ONU: Organització de les Nacions Unides.
- PEFCGGC: Programa d'Exercici Físic Comunitari per a Gent Gran de Catalunya.
- PSN: qüestionari de QVRS denominat Perfil de Salut de Nottingham.
- PIEC: Pla d'Instal·lacions Esportives de Catalunya.
- QDV: Qualitat de Vida.
- QVRS: Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut.
- SD: Sistema Descriptiu del qüestionari sobre QVRS, EQ-5D.
- SF-36: qüestionari de QVRS, validat a Espanya, desenvolupat pel *Medical Outcomes Study*.
- TGS: Teoria General de Sistemes.
- UNESCO: Organització de les Nacions Unides per a la Educació, la Ciència i la Cultura.
- VO<sub>2</sub>: Volum Màxim d'Oxigen.
- WHOQL-100: qüestionari de QVRS, validat a Espanya, desenvolupat per l'OMS.
- XHUP: Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública.
- $\chi^2$  : estadístic CHI quadrat.

## PRESENTACIÓ

El present document vol aportar elements teòrics i pràctics per a l'avaluació de la repercussió dels nivells de *Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut*<sup>1</sup> entre els usuaris dels *Programes d'Exercici Físic Comunitaris dirigits a la Gent Gran de Catalunya*<sup>2</sup>, recolzats en la seva implantació per institucions públiques locals i autonòmica<sup>3</sup>, respecte la població de gent gran en general. Vol també contribuir al coneixement dels diferents tipus de participants dels PEFCGGC's i a trobar trets característics diferenciadors respecte d'altres tipus de pràctiques esportives pròpies de les persones grans.

La dimensió humana, social i econòmica de l'envelliment actual fa que les organitzacions, públiques i privades responsables de les polítiques relacionades amb la salut, estableixin estratègies d'actuació destinades a fomentar el manteniment i la millora del benestar de la població en general, i de la vella en particular, ja que és un sector especialment vulnerable. Des de la perspectiva institucional, pot ser molt important potenciar iniciatives que evidencin l'efectivitat de les polítiques preventives, i permetin conèixer estratègies d'optimització dels recursos actuals.

L'esport i la pràctica d'activitats físiques són, en aquest sentit, instruments que cal posar a l'abast del major nombre de ciutadans, per a mantenir i potenciar la salut de les persones des de la perspectiva del lleure.

És significatiu que el desenvolupament i la promoció de la pràctica esportiva per a millorar la salut en el món occidental, ha estat un tret característic molt estès a partir de la tercera part del segle passat, coincidint amb l'inici d'una forta pressió demogràfica (Sook Lee & Tanaka, 1997). En alguns països europeus i els Estats Units, on l'envelliment de la seva població és alt des de fa dècades, ja s'havien desenvolupat polítiques de salut mitjançant l'esport per a

---

<sup>1</sup> A partir d'ara QVRS.

<sup>2</sup> A partir d'ara, PEFCGGC.

<sup>3</sup> Ajuntaments i Generalitat.

---

gent gran als anys 60. Així, durant aquesta època es desenvolupa el programa denominat "*Soft American*" (Sook Lee & Tanaka, 1997) sota el mandat del President Kennedy. Eren pràctiques esportives vinculades, en moltes ocasions, a moviments populars d'esport per a tothom.

Alemanya de l'Est també va prendre la iniciativa proporcionant facilitats per a l'establiment d'esports comunitaris des dels anys 60. En 1972, Gran Bretanya va iniciar els "*Sports Council*" per a la salut i el benestar dels més vells. En 1973, Suècia desenvolupà un programa per a la reducció de la despesa mèdica en un 15 % mitjançant la millora de la dieta i de l'estimulació de la pràctica esportiva entre la gent gran. Al 1980 el President Carter va utilitzar la frase "*Healthy Country America*" per a organitzar una política nacional denominada "*Fitness America for health improvement*" (Sook Lee & Tanaka, 1997). Altres països, com Noruega o Canadà també desenvoluparen programes en aquells anys.

A Catalunya, les primeres pràctiques esportives dirigides a tota la població gran en general, s'organitzen mitjançant els programes comunitaris propis de l'objecte d'aquesta recerca. S'implementen a partir de sessions dirigides en les quals es plantegen activitats i situacions motrius que permeten el manteniment i/o millora de la competència física, cognitiva i social. S'utilitzen diferents activitats corporals: gimnàstica suau, gimnàstiques de manteniment, relaxació, massatge, expressió corporal, jocs tradicionals, jocs preesportius, activitats rítmiques, així com activitats a la natura, entre d'altres.

Els primers PEFCGGC's van estar vinculats a les incipients propostes d'uns ajuntaments democràtics emergents, a partir de les eleccions de 1979. Es desenvolupà en aquells primers moments de transició, la dinàmica complementària entre polítics i votants, pròpia de qualsevol procediment d'elecció democràtica. Per una banda, la voluntat política de crear i fer arribar serveis de responsabilitat pública per a tothom. Per una altra, un esperit certament reivindicador d'una societat que patia innumerables dèficits socials

heretats de la dictadura, on els plantejaments paternalistes havien estat els predominants, en especial en el camp social (Ajuntament de Barcelona, 1999). La nova perspectiva s'emmarca doncs dintre de les polítiques de desplegament de l'Estat de Benestar, que als països europeus més avançats arriba als anys 60, i que aquí hem d'esperar una mica més.

Els PEFCGGC's es promouen a Catalunya des d'una perspectiva eminentment social i amb el suport de molts departaments de serveis socials de les administracions públiques que van voler impulsar-los. L'activitat física ve a omplir, en els seus orígens, un espai d'oci i de lleure en els casals d'incipient implantació, complementària a les conductes seguides per molts dels usuaris, en la seva major part masculins, basades en la pràctica de jocs de taula, prendre una consumició al bar, llegir el diari o contemplar el televisor.

Aquesta passivitat, com s'ha comentat, estava en consonància amb el discurs paternalista imperant fins el moment, que es relacionava encara amb les pregnàncies de l'època anterior, i que d'altra banda, estava en coherència amb els plantejaments teòrics que intentaven donar resposta al paper social dels jubilats. Així, la *Teoria de la desvinculació social* de Cumming i Henry (Lehr, U., 1984) s'identificava plenament amb la següent afirmació: "*Ellos ya trabajaron suficientemente, ahora les toca descansar: nosotros se lo daremos todo hecho*" (Sancho Castiello & Rodríguez Rodríguez, 2002). Aquest discurs era plenament compatible amb plantejaments teòrics que posaven l'èmfasi en el determinisme estructural propi de la societat capitalista (Powell & Longino, 2002).

Els PEFCGGC'S naixeran influenciats per aquestes connotacions, certament rudimentàries, des de la perspectiva actual. El lloc més a l'abast per dur-lo a terme amb un plantejament d'aquestes característiques, no era la també rudimentària xarxa d'instal·lacions esportives dirigides al temps d'oci, sinó els casals de gent gran, com ja hem dit.

Dirigits especialment a capes socials amb una certa desprotecció, els programes d'exercici físic seran instruments que mobilitzin els col·lectius de gènere eminentment femení i s'instrumentalitzin en forma de xarxa de distribució equitativa entre tota la ciutat o població. Elements tots ells que reforçarà la capacitat de mobilització i dinamització social, que possibilitarà en una fase posterior l'aparició de programes comunitaris de caràcter sociocultural. Seran també, evidentment, gratuïts, característiques que tot i que ens pugui sobtar, actualment segueixen tenint molts d'ells.

Les primeres experiències de pràctica regular i sistemàtica dels PEFCGGC's a Catalunya es produeixen a l'any 1978. L'experiència pionera a Espanya és promoguda pel col·lectiu SAFIVE (*Societat per les Activitats Físiques del Vells*) per encàrrec de l'Obra Social de La Caixa. El col·lectiu SAFIVE es funda a Barcelona l'any 1979 per Antònia de Febrer de los Ríos, Cristina Román Alonso y Àngels Soler Vila. Les seves funcions són la promoció de l'activitat física entre la població anciana i la edició de la revista ANYMO (*"Ancianidad y Movimiento"*) (Soler, 2003).

Al novembre de 1982 l'experiència s'estendrà als centres de gent gran de l'Ajuntament de Barcelona, amb la campanya municipal "*Esport per a la Tercera Edat*", promoguda per les àrees d'Esport i Serveis Socials de l'Ajuntament, i mitjançant la formació d'una entitat especialitzada en aquests tipus de pràctiques.

En una primera fase com experiència pilot i a posteriori com entitat amb autonomia jurídica, consolidarà un programa inicial de 14 grups de treball i 390 participants (Burriel, 1989), a l'any 1983. El seu inici es vincula a la iniciativa d'implementar un programa específic d'activitat física dirigit a gent gran aprofitant la xarxa de casals que la pròpia ciutat havia desenvolupat durant els anys 70 i 80. Posteriorment l'experiència s'estén per altres poblacions dels



voltants de Barcelona, com El Prat de Llobregat, Hospitalet de Llobregat, Esplugues de Llobregat o Santa Coloma de Gramenet.

Aquest model d'oferta és eminentment social, ja que es fonamenta en l'apropament de la pràctica de l'activitat als llocs on es troben les persones grans, encara que molts d'aquests equipaments on es duia a terme l'activitat no eren sempre els més adequats per a la pràctica física.

Com diu en Burriel referint-se a aquell moment originari: "...la campanya va donar lloc a dos fets, al meu entendre, prou significatius. D'una banda, la constitució de grups de professionals de l'activitat física i l'esport, dedicats a promoure l'activitat física per a la gent gran, i d'altra banda, l'aparició d'un model determinat d'oferta d'activitats físiques" (Burriel, 2003).

La dotació dels primers professionals es fonamenta en llicenciats en Educació Física d'un INEFC incipient també, tot i que compte amb el suport i assessorament dels components de SAFIVE.

Aquest primer model d'implantació a Catalunya, serà, durant aquests anys, focus d'atenció d'altres comunitats de l'Estat i es duran experiències formatives a algunes d'elles, com les dirigides al Govern de Navarra o les primeres iniciatives de desenvolupament al País Basc.

El sistema de continguts del camp de l'esport gerontològic s'arrela en els països mediterranis més propers a Catalunya i que ja partien d'una experiència prèvia. Referències pioneres en la gerontologia pedagògica corporal es donen a França (Coutier, Camus & Sarkar, 1977), o a Itàlia (Imeroni, Troletti & Vione, 1982). Dues de les persones fundadores de SAFIVE, Àngels Soler i Antònia de Febrer, adquireixen la seva formació bàsica a França, instaurant aquí tot un model de treball que quedarà reflectit en el seu llibre *Cuerpo, Dinamismo i Vejez* (de Febrer & Soler, 1989). Document que és avui en dia, encara, una referència per a tots els que ens dediquem en aquest camp, al ser un dels

primers llibres sobre el tema editats en castellà. D'altra banda, l'any 1986, es du a terme a St. Feliu de Llobregat, el *Seminari d'activitats físiques per a gent gran*, organitzat per Esport 3 i impartit per professionals experimentats d'Itàlia. Aquest curs marcaria un punt d'inflexió en el desenvolupament de la qualitat dels continguts propis d'aquell primer patró d'implantació emergent, convertint-se en el punt de referència per a les sessions de molts professionals que vàrem assistir com curiosos alumnes.

Posteriorment, aquest model compartirà l'espai social de pràctica amb noves formes d'entendre l'esport i l'exercici físic influenciades per tendències que en ocasions s'oposaven en plantejament ja que la seva procedència és també molt variada. Per una banda, el manteniment físic, centrada en un model anglo-saxó del que el "*Manual sobre prescripció de l'exercici*", per als professionals del fitness i del món de la Medicina, publicat per l'*American College Sport Medicine* (ACSM, 1999) és una referència. Sens dubte, la influència de les actuals tendències postmodernistes fonamentades en una forta cultura del consum, influiran també en l'augment de la despesa de nous hàbits i pràctiques esportives entre el nostre col·lectiu.

D'altra banda, la cada vegada més important tendència de les fonts orientalistes, fonamentades en la corrent de les gimnàstiques suaus com Alexander, Berterath, Feldenkrais, Courchinoux, tai-txí, ioga, entre d'altres, són activitats que progressivament aniran agafant adeptes i en especial entre la gent gran, al ser un discurs pràctic i teòric que s'adapta a les característiques pròpies d'aquest col·lectiu.

En aquesta progressiva transformació conflueix una nova visió de la vellesa i dels serveis d'atenció gerontològics. Des de finals dels vuitanta comencen a prendre força els plantejaments que defensen els avantatges de mantenir a la gent gran en el seu medi habitual. El discurs social i polític envers la gent gran es modifica. Es desplaça el centre d'atenció des de les residències als serveis comunitaris, com a centres i serveis de prevenció social. El plantejament

prioritari passa a ser el de la preservació de l'autonomia de l'individu, de manera que els esforços recauen en el manteniment del gran en el seu medi habitual. La intervenció evoluciona i la noció d'ajuda agafa un sentit destacat en el discurs social i polític del moment, de manera que es fomenta l'adaptació social i personal de la persona a l'entorn natural. Apareix un gran número de serveis socials comunitaris, educatius i de programes que busquen la integració i la participació social de les persones grans, dels quals el "*Programa Vida als anys*" (Treserra, 1993), el primer programa de caràcter sociosanitari implantat al territori espanyol, és la referència. El seu lema era "*envellir a casa*". La prevenció pren el principal protagonisme i amb ella les polítiques potenciadores dels programes de salut adreçats a tota la població en general. Els serveis d'atenció giren al voltant del seu domicili. Les residències i altres serveis institucionals de l'altra fase es van adaptant progressivament i queden reservats per a les persones molt grans, dependents i que no poden viure a la llar.

Paral·lelament, impulsat per l'èxit esportiu dels Jocs Olímpics del 92, el sector esportiu creix a gran velocitat. Aquest fet marca el desenvolupament no només de l'esport de competició de Catalunya, sinó d'altres sectors com l'educatiu o la implantació de les diferents pràctiques físiques i esportives entre la població en general, i de l'expansió de l'esport per a tothom. Aquesta expansió no és només evident en la potenciació d'activitats, sinó que aquestes es fonamenten en la construcció d'instal·lacions i equipaments que faciliten l'accés a la pràctica esportiva.

En aquest context es desenvolupen i transformen els PEFCGGC's, integrant-se en polítiques normalitzadores impulsades pels departaments d'esports de les institucions públiques. Aquest és el moment en el que ens trobem actualment, on conviuen tots dos models, un eminentment social i recreatiu naixent a primers dels 80 i l'altre, eminentment esportiu, desenvolupat durant els anys 90.

Juntament amb aquestes tendències, cal afegir que existeix un model socio-sanitari, que utilitza continguts del social en centres de dia, residències i hospitals de dia convivint amb tècniques d'animació i rehabilitadores.

El camí recorregut per l'evolució dels programes comunitaris dirigits a gent gran, ha estat paral·lel al desenvolupament personal. Aquesta tesi ve a tancar un cercle en el que l'autor ha experimentat els diferents nivells d'intervenció professional: formació en el camp, dinamització de sessions entre col·lectius de gent gran, coordinació de monitors i professionals d'execució directa, direcció d'una entitat especialitzada en la gestió de programes de lleure dirigits a gent gran, docència de quadres professionals a nivell universitari i per últim, intervencions tant en el camp de la investigació com de la difusió documental. Aquesta recerca ve a significar per tant, un element integrador d'experiències personals, dades obtingudes objecte específic d'aquest treball i en definitiva, aportacions reflexionades des de la maduresa de divuit anys de recorregut professional.

És per aquest motiu que es notarà durant la lectura, una inquietud per incidir en el coneixement de la salut de les persones grans que practiquen esport així com un interès per aprofundir en trobar noves vies d'incidència en la pràctica esportiva des de la perspectiva de la gestió de l'actual sistema social i esportiu. La contribució de la present recerca doncs, no es conforma en ser un exercici acadèmic, sinó que té una motivació eminentment pragmàtica i d'intervenció en la realitat.

Vol ser, d'altra banda, una recerca el motiu de la qual contribueixi a reconèixer la tasca feta durant aquests anys de tots els professionals, entitats privades especialitzades i entitats locals, que han obert camí en els orígens de la implantació de programes d'activitat física dirigits a gent gran a Catalunya, no

sempre comptant amb les millors condicions de reconeixement social i professional<sup>4</sup>.

Per últim, comentar que les dades de referència i bibliogràfiques s'han tancat a data de desembre de 2006 per a poder optimitzar la redacció del present document. A partir d'aquest període han esdevingut documents importants que qualsevol estudi posterior en aquest terreny haurà de tenir de referència obligada, com són:

- El redactat definitiu i la corresponent publicació de la *Llei de la Dependència*, d'aplicació a tot l'Estat espanyol: *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia*, aprovada pel Congrés dels Diputats el 30 de novembre de 2006 (BOE núm. 3383, 15-12-2006), que clarifica un marc d'intervenció que fins el moment no està solucionat de forma adequada.
- Els resultats corresponents a *l'ESCA 2006: Generalitat de Catalunya. Enquesta de salut de Catalunya 2006*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, que actualitza les dades de l'ESCA'02, i que nosaltres hem utilitzat en el nostre estudi.
- L'estudi sobre *l'Anàlisi de l'oferta i la demanda d'activitats físiques per a la gent gran en els equipaments públics de la ciutat de Barcelona*, encarregat per l'Ajuntament de Barcelona, dirigit per J.C. Burriel, amb la gestió tècnica d'Esport 3, i que ha de ser un estudi de referència per a les pròximes recerques del món esportiu local de la gent gran.
- Actualització de les dades demogràfiques de Catalunya, corresponents a l'Institut d'Estadística de Catalunya, per als anys 2006 i 2007.

---

<sup>4</sup> Fruit d'aquesta maduresa professional i tècnica, està donant-se l'aparició de les primeres tesis doctorals sobre el tema d'algunes d'aquelles persones pioneres: Àngels Soler i Pilar Pont.

## 1.- INTRODUCCIÓ

Ahora, el viejo Eloy calculaba los días de vida de un hombre que muere a los 75 años y llegó a la conclusión de que rondaban los 27.375, que correspondían a 657.000 horas, o sea 39.420.000 minutos, o sea 2.365.200.000 segundos. Pero considerando que el hombre duerme un promedio de ocho horas diarias, que transcurrían en un estado de muerte provisional, venía a resultar que el hombre que muere a los 75 años había vivido tan sólo 18.250 días, o sea 438.000 horas, o sea 26.280.000 minutos, o sea 1.576.800.000 segundos. ... Muy poca cosa en el mejor de los casos.

Delibes, M. *La hoja roja*, 1959.

*Aquest capítol vol crear les bases de definició conceptual i terminològica que s'utilitzaran durant el desenvolupament d'aquest document. Els tres primers apartats volen definir els conceptes vinculats amb la persona gran, l'exercici físic i la QVRS.*

*L'apartat quart vol fer una classificació de les pràctiques esportives dirigides a gent gran atenent a criteris de gestió, de forma que s'identifiqui clarament el lloc que ocupen els PEFCGGC's dintre del panorama institucional esportiu.*

*D'especial interès són els apartats cinquè i sisè, on es defineixen amb certa exhaustivitat els PEFCGGC's.*

1.1.- Definició del subjecte de la investigació	47
1.2.- Exercici físic, activitat física i esport	50
1.3.- Salut, Qualitat de Vida i Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut	52
1.4.- Organització institucional de la pràctica esportiva entre la gent gran	53
1.5.- Programes d'Exercici Físic Comunitaris de Gent Gran de Catalunya (PEFCGGC's)	54
1.6.- Resum de les característiques dels PEFCGGC's	63

### 1.1.- Definició del subjecte de la investigació

Per a referir-nos a les persones que viuen la darrera etapa del cicle vital en bon estat de salut utilitzarem indistintament els termes:

- *Persona Gran*: relacionat amb “ser superior” o “edat, saber i govern” (Aranguren, 1992).
- *Vell*: sinònim de persona envellida, de molta edat (Aranguren, 1992).
- *Senecte (senectut- senescència)*: del llatí “senex”, home vell. Es refereix al procés d’envelliment, sense connotacions dels dèficits propis de l’envelliment normal (Aranguren, 1992).

De manera genèrica s'utilitzarà el terme *usuari* o *participant*, quant es faci referència a les persones que formen el col·lectiu del programa d'exercici físic. Es fa per tant, una definició funcional en referència als usuaris que participen en els PEFCGGC'S.

No s'utilitzarà el terme *tercera edat*, per les connotacions marginalistes que actualment té i que no s'adapten a la realitat de la vellesa. És un terme, fonamentat en criteris cronològics, que engloba infància i joventut en una mateixa etapa i no fa diferències dintre de la pròpia vellesa quan actualment tendeix a dividir-se en diferents etapes.

Actualment, i en sintonia amb la *Teoria del Cicle Vital*, es tendeix a subdividir l'envelliment en etapes més concretes de la vida de l'ésser humà, el que permet anàlisis més ajustats i adequats a les característiques de cada moment vital. Sovint s'utilitzen classificacions basades en l'envelliment cronològic, on es categoritzen els individus per cohorts, o grups de persones que viuen un moment històric determinat, tal i com es contempla a la taula 1 que es reflecteix a continuació (Spirdurso, 1995).



Taula 1. Fases d'una persona en funció de la seva edat. Font: Spirdurso, 1995.

Descripció	Edat
Infant	0-2
Nen	3-12
Adolescent	13-17
Adult jove	18-24
Adult	25-44
Adult de mitjana edat	45-64
Vell jove	65-74
Vell	75-84
Vell molt vell	85-99
Els més vells dels vells	100

S'utilitzarà *envelliment fràgil*, per a definir les persones que tenen un risc evident de perdre la seva autonomia, amb les següents característiques (Marín, 2000):

- Més gran de 80 anys.
- Pluripatologia.
- Polifarmàcia.
- Problemes afectius o cognitius.
- Reingressos en centres hospitalaris freqüents.
- Patologia invalidant.
- Viu sol.
- Problemes de deambulació.
- Pobre.

El terme *fràgil*, s'utilitzarà en el nostre cas, per a referir-nos a les persones institucionalitzades tot i que estrictament no són termes equivalents. Serà una persona *institucionalitzada*, la que es troba sota l'atenció i/o tractament d'un centre assistencial residencial o sociosanitari.

S'utilitzarà el terme *envelliment satisfactori* per a caracteritzar el procés de pèrdua fisiològica mínima.

S'utilitzarà el terme *envelliment normal* per a caracteritzar el procés d'aparició de patologies de caràcter crònic que no són invalidants.

S'utilitzarà el terme *envelliment patològic* per a caracteritzar el procés degeneratiu propi de l'aparició de malalties greus.

S'utilitzarà el terme *senil- senilitat* per a caracteritzar el procés de degeneració biològica i psicològica associat a l'envelliment. Que pateix incapacitats o limitacions en dos o més de les funcions següents: sentar-se, vestir-se, anar al lavabo, traslladar-se, control d'esfínters, autoalimentar-se (OMS, en Fericglà, 1992). Per tant és un concepte relacionat amb la dependència.

En quant al procés de discriminació dels subjectes que integren els PEFCGGC's, no s'ha utilitzat un criteri temporal, ja que aquests programes mostren criteris d'inclusió per edat diferents en funció del context geogràfic i institucional en el que s'implanten.

Les combinacions necessàries per a la justa comparança entre els usuaris de caminades, petanca i la població gran en general, seran explicades concretament en els apartats metodològics corresponents.

## 1.2.- Exercici físic, activitat física i esport

Utilitzarem el terme *activitat física* per a denominar el moviment físic de manera genèrica com: *"qualsevol moviment del cos produït pels músculs esquelètics i que comporta una despesa energètica"* (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985, p.126). Similar definició es fa també al document sobre les normes de Heilderberg per a la pràctica d'exercici físic entre la gent gran (OMS, 1996): *"En el marco de estas normas, la actividad física se define operacionalmente como la totalidad de los movimientos en la vida diaria, que incluyen trabajo, actividad cotidiana, recreación, ejercicio y actividades deportivas."*

Considerarem *exercici físic*, com una forma de fer activitat física que es du a terme de forma planificada (National Institute on Aging, National Institutes of Health). L'exercici físic és entès, per tant, com una subcategoria d'activitat física: *"és l'activitat física planificada, estructurada, repetitiva i proposada amb l'objectiu de millorar o mantenir un o més dels components de la forma física"* (Caspersen, et al. 1985).

Utilitzarem la paraula *esport*, amb un sentit ampli, de manera que sigui sinònim d'exercici físic. Per a nosaltres aquest terme coincidirà amb el redactat corresponent al Projecte de la Carta Europea de l'Esport per a tothom (Consell d'Europa, 1975), que ens dóna una definició que s'adapta a les característiques de la pràctica. A l'apartat 4 ens diu:

*"El terme esport comprèn activitats molt diverses que es subdivideixen en quatre grans categories:*

*Jocs i esports de competició. Caracteritzats per l'acceptació de regles y el fet d'enfrontar-se als demás.*

*Activitats a l'aire lliure. En les quals els participants tracten de dominar un terreny determinat (camp, bosc, muntanya, curs d'aigua o cel). Els desafiaments*

*provenen de la forma en que es tracta de vèncer les dificultats i varien en funció del terreny escollit i d'altres factors, com el vent y les condicions meteorològiques.*

*Activitats estètiques. En que l'execució, l'individu, en lloc de mirar més enllà de sí mateix i de respondre als reptes artificials o naturals, dirigeix la seva atenció sobre sí mateix i reacciona davant el plaer del moviment corporal coordinat, com, per exemple, en el ball, el patinatge artístic, certes formes de gimnàstica rítmica o la natació practicada a títol recreatiu.*

*Activitats de manteniment de la condició, es a dir, certes formes d'exercici o de moviments realitzats, no tant per a sentir immediatament una satisfacció d'aconseguint o un plaer cinestèsic, sinó més bé per a beneficiar-se dels seus efectes a llarg termini, que se tradueixen en una millora o manteniment de la forma física i en una impressió de benestar general.” (Consell d'Europa, 1992).*

També coincideix amb el Projecte de la Carta Europea de l'Esport (Consell d'Europa, 1992), on l'article número 2, apartat a, fa referència a la definició i camp d'aplicació:

*“S'entén per “esport” qualsevol forma d'activitat física que, mitjançant la participació organitzada o no, té per objecte l'expressió o millora de la condició física i psíquica, el desenvolupament de les relacions socials o la consecució de resultats en competició a tots els nivells.”*

Utilitzarem el terme *programa d'activitat física* o *programa d'exercici físic*, de forma indistinta, per a referir-nos a les formes de treball físic planificades i amb una intencionalitat de millora en les capacitats motrius dels usuaris que els practiquen.

S'utilitzarà el terme *caminants* per a fer referència a les persones que duen a terme una pràctica de dos o tres dies a la setmana que consisteix en caminar pels voltants del lloc de la seva residència.

L'activitat integrada en els PEFCGGC's que practica un usuari institucionalitzat amb una freqüència de dos o tres vegades a la setmana es definirà com *estimulació psicomotriu*. S'ha optat per utilitzar aquest concepte perquè pensem que identifica el tipus de pràctica dirigit a persones que es veuen involucrades en un procés incipient de pèrdua d'autonomia física i cognitiva. En aquests casos la línia diferenciadora entre intervenció en el lleure i intervenció rehabilitadora és molt poc nítida.

### **1.3.- Salut, Qualitat de Vida (QDV) i Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut (QVRS)**

La OMS (Organització Mundial de la Salut, 1948), en la seva Carta Magna, defineix salut com: *“un estat de benestar complert, físic, mental i social i no simplement l'absència de malaltia o incapacitat”*.

Per a la OMS, la Qualitat de Vida (QDV) és: *“... la percepció que l'individu té de la seva posició en la vida, en el context de la cultura i del sistema de valors en els quals viu i en relació als seus objectius, expectatives, normes i preocupacions. És un ampli concepte que incorpora la salut física de la persona, el seu estat psicològic, el seu nivell d'independència, les seves relacions socials, les seves creences personals i les característiques més destacades del seu entorn”* (OMS, 2002, p.76).

Entendrem la *Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut (QVRS)* de forma genèrica, com un concepte que vol mesurar la opinió subjectiva de l'individu respecte la seva salut, en les dimensions física, psicològica i social (Guyatt, Feeny, & Patrick, 1993).

#### 1.4.- Organització institucional de la pràctica esportiva entre la gent gran

L'organització, promoció i difusió dels serveis esportius per a gent gran obeeix a una lògica institucional i administrativa de la que depenen econòmicament. Ja hem dit que els PEFCGGC's s'originen per iniciativa social als anys 80. Ràpidament s'estenen als casals de gent gran de les entitats de caràcter local com els ajuntaments, el pioner dels quals és el de Barcelona. Una manera de classificar les formes de fer exercici físic per a la gent gran pot atendre a aquesta vinculació institucional:

- Programes de *gestió pública*, que són els que estan promocionats per ajuntaments, Generalitat, consells comarcals i diputacions. Recordem que les institucions públiques han estat les promotores a Catalunya dels programes d'exercici físic dirigits a gent gran des dels anys 80 del segle anterior. Els PEFCGGC's són programes que es duen a terme en els equipaments de gestió pública.
- Programes de *gestió privada*, que corresponen a entitats que gestionen equipaments esportius o socials privats en els que es desenvolupen programes d'exercici físic. Segons el tipus d'entitat, podríem classificar-les d'iniciativa social (clubs esportius, associacions, fundacions, federacions) o bé d'iniciativa mercantil (empreses especialitzades en el món de la gestió esportiva).

En els pròxims anys, donat el creixent poder adquisitiu del nostre col·lectiu, és previsible que el sector privat experimenti un desenvolupament cada vegada més notable.

- Programes de *gestió indirecta*, on empreses privades, ja sia d'iniciativa mercantil o social, gestionen espais de caràcter públic promocionats per administracions locals i autonòmica.

- Existeix un important nombre de persones grans que desenvolupen de manera permanent pràctiques d'exercici físic de manera *no institucionalitzada o informal* i no supervisada des d'una perspectiva tècnica, en espais externs com els parcs públics, les platges o la muntanya, o en privats com la pròpia llar. Aquest sector de la població s'hauria de contemplar si volguéssim tenir una visió global de les formes de pràctica física entre el nostre col·lectiu.

Nosaltres ens centrarem en l'anàlisi de la pràctica dels grups comunitaris d'iniciativa institucional pública i per tant de gestió pública o bé indirecta, tot i que en moments determinats ho compararem amb altres tipus de pràctica institucionalitzada i lliure.

### **1.5.- Programes d'Exercici Físic Comunitaris de Gent Gran de Catalunya (PEFCGGC's)**

Analitzem a continuació els trets característics més importants dels PEFCGGC's.

#### **1.5.1.- Principis i finalitats dels PEFCGGC's**

Des d'un punt de vista biològic el moviment és un factor indissociable per a l'evolució filogenètica de la nostra espècie. Caminar, llençar, recollir, córrer, han estat patrons motrius necessaris per a la supervivència de l'home i el seu procés evolutiu. I el moviment físic és element intrínsec i natural del nostre cos, que possibilita l'adaptació a l'entorn. Sense motricitat no hi ha vida humana.

Amb l'esdeveniment de la maduresa ontogènica (da Fonseca, 1998), les condicions motrius de les persones evolucionen en negatiu i mostren una corba involutiva en el desenvolupament de les seves capacitats biològiques, vinculada al sedentarisme i la falta d'hàbits saludables. En aquest sentit, el nostre

plantejament, en la major part de les ocasions, ha d'intentar aturar o fer el mes suau possible aquesta pèrdua de facultats.

Però no tot l'exercici que es pot dur a terme és positiu per als usuaris que el practiquen. Aquest és un punt crític especialment quan l'apliquem al col·lectiu dels grans. Les propostes d'intervenció han de ser adequades a les característiques pròpies de cada subjecte i han de tenir una coherència en la seva aplicació on les finalitats marquen els principis genèrics d'intervenció dels PEFCGGC's. És per aquest motiu que la intervenció pedagògica és una proposta *intencional* i per tant, didàctica. La seva aplicació es fonamenta en les premisses que en els següents punts s'especifiquen.

#### **1.5.1.1.- Caràcter pedagògic**

Els PEFCGGC's estan dissenyats per incidir en la persona gran des de la perspectiva del lleure; mai des de la perspectiva rehabilitadora. No supleixen la funció rehabilitadora d'un fisioterapeuta, sinó que abans es comporten com el seu complement i, en determinats casos, com l'esglaió final d'un procés d'adaptació al normal desenvolupament per part de la persona afectada, de les Activitats de la Vida Diària (AVD) en cas d'una malaltia o una intervenció mèdica.

La visió del moviment com una eina a utilitzar des d'una perspectiva d'oci i de lleure, dóna unes connotacions característiques a plantejaments amb un fort component eminentment lúdic i recreatiu. La música, els jocs, les formes jugades, els preesports, són activitats normalment utilitzades a les classes d'activitat física dirigida a gent gran.

D'altra banda, són programes que no es fonamenten en una forta càrrega competitiva i de rendiment, ja que aquests poden ser elements que facilitin l'aparició d'accidents o lesions que cal evitar. Es fomenten els valors relacionats



amb el redescobriment de les potencialitats del nostre cos o del benestar i plaer que produeix el moviment.

#### **1.5.1.2.- Adaptabilitat a diferents nivells**

La major part dels usuaris que formen part dels PEFCGGC's no tenen una excessiva experiència en l'àmbit de l'activitat física i l'esport. Molts d'ells s'inicien a la pràctica de l'exercici físic a partir de la jubilació o en edats molt avançades, i descobreixen el treball corporal en els propis programes d'exercici físic. D'altres, els que menys, provenen d'experiències de pràctica fonamentada en èpoques anteriors, generalment vinculades amb la seva joventut, o de programes d'activitats físiques per adults que van abandonar per no sentir-se còmodes amb ells (Soler, A., 2003). Les seves motivacions de pràctica es relacionen en general amb el manteniment de la salut i la forma física, la ocupació del temps de lleure i la recerca de vinculacions socials entre els companys de pràctica (Canyellas & Fortuño, 1990).

El caràcter eminentment femení de la pràctica d'aquest tipus de programes, és una altra de les característiques que li donen identitat. En l'apartat corresponent a l'anàlisi de les dades generals obtingudes de la mostra, aprofundirem en els trets més destacats relacionats amb el gènere dels participants.

És important recalcar també el caràcter heterogeni dels usuaris en quant a edat i capacitat física, psicològica i social. En un mateix grup de treball, poden confluïr persones amb nivells molt diferents de prestació motora i cognitiva, el que implica la necessitat d'una acció professional més individualitzada que pugui atendre les particularitats de tots els membres.

Aquesta adaptabilitat a diferents grups fa que ho sigui també a diferents tipus d'instal·lacions, esportives, casals de gent gran, centres de dia, residència, així com a espais tancats o oberts com parcs públics, muntanya, etc.

### **1.5.1.3.- Caràcter global de la intervenció**

La finalitat última dels PEFCGGC's està relacionada amb la *millora de la capacitat d'adaptació* al medi en el que la persona es relaciona des d'una perspectiva global i poder mantenir així el seu nivell d'autonomia. En aquest sentit, la implementació dels PEFCGGC's forma part de l'educació permanent de les persones fomentant la inclusió de noves respostes motores que permetin la vivència positiva i la utilització del cos com a mitjà de relació i receptacle de noves sensacions i accions. En aquest procés d'educació els factors psicològics i els relacionals són tant importants o més que els físics.

Des d'un punt de vista psicològic, els programes d'exercici físic són un excel·lent instrument de millora i/o manteniment. Amb l'edat, les capacitats cognitives no es comporten d'igual forma que des d'un punt de vista biològic. Els factors cognitius relacionats amb la capacitat de raonament, de reflexió, i els vinculats amb l'experiència viscuda, no només no mostren una disminució sinó que certament, es mantenen o milloren (Lehr, U., 1984). Contràriament a la creença més estesa, les variables cognitives correlacionen millor amb el temps que falta de vida que no amb el que ha transcorregut. Una pràctica física regular planificada pot comportar una millora dels factors associats a aquestes variables cognitives.

Des de la perspectiva relacional, els PEFCGGC's són també un positiu mitjà d'intervenció per als programes d'animació sociocultural. Tot i treballar amb el moviment, aquest pot ser utilitzat com el mitjà de relació i dinamització entre els diferents components del grup. Des d'aquesta perspectiva els PEFCGGC's funcionen com instruments d'adaptació social. És aquesta una de les raons per les quals s'ha promociat l'activitat física en espais no específicament esportius com els casals de gent gran.

### 1.5.2.- Objectius de la intervenció

Seguint el plantejament de Soler (2003) podríem classificar els objectius de treball al voltant de quatre grans blocs relatius a les capacitats implicades en el manteniment de la competència funcional tal i com es contempla en la figura número 1:

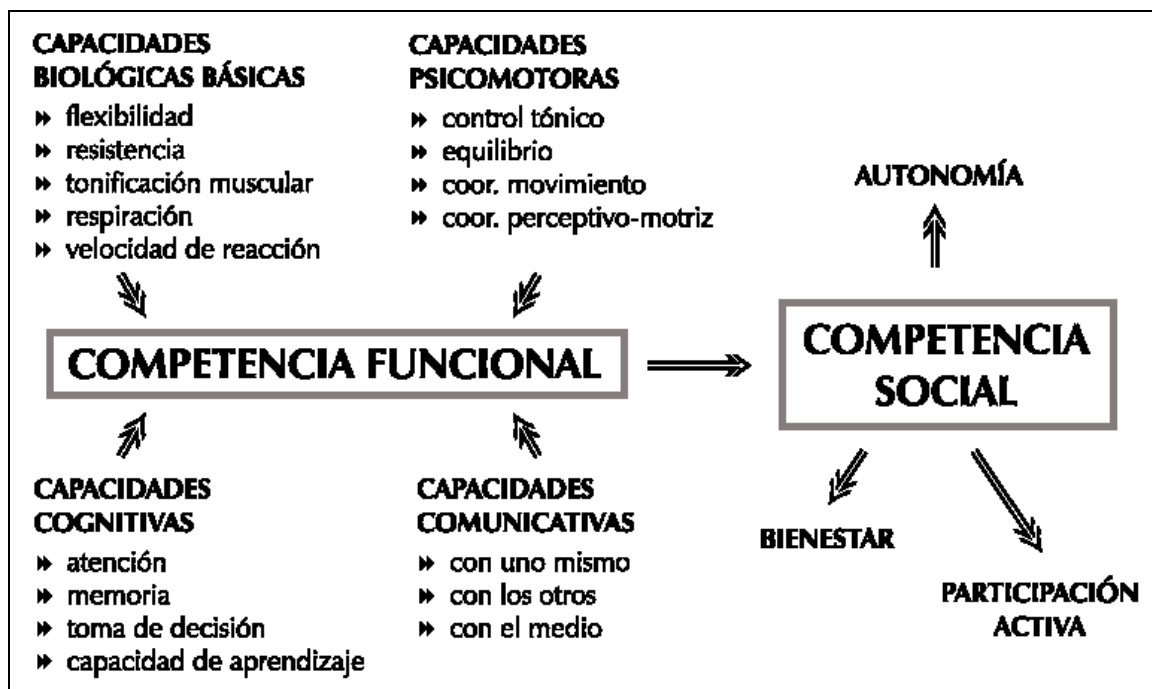


Figura 1. Capacitats a treballar en un Programa d'activitat física dirigit a gent gran. Font: Soler, 2003.

### 1.5.3.- Continguts

Els continguts propis dels PEFCGGC's engloben una gran varietat de formes d'expressió del moviment humà com a recursos d'intervenció pedagògica en les sessions. La seva composició eclèctica, reflecteix la dinàmica canviant d'un mercat en constant evolució on s'integren a gran velocitat noves tendències de pràctica aplicables també al nostre col·lectiu. A continuació es fa una proposta de classificació dels diferents tipus d'activitats susceptibles de ser utilitzades:

- *Fitness*, entès com una forma de fer exercici físic que posa l'èmfasi en el manteniment de la forma física. Basat en un concepte clàssic d'exercici físic, on els conceptes d'esforç, rendiment i la quantificació dels resultats és molt important. Es destaquen activitats com la tonificació muscular, ja sia amb o sense pesos addicionals, el treball cardiovascular amb exercicis gimnàstics, l'aeròbic,...
- Gimnàstiques suaus, enteses com una forma alternativa a l'anterior de fer exercici, on es treballa el cos amb la finalitat de potenciar el seu coneixement mitjançant la respiració, les sensacions, la relaxació o la consciència de moviment. Les gimnàstiques suaus comprenen una varietat important de tècniques molt heterogènies, algunes d'elles fonamentades en tècniques específiques de relaxació (com la relaxació muscular progressiva de Jacobson, o mètodes psicològics com l'entrenament autògen de Schultz, o la sofrologia de Caycedo), d'altres en tècniques occidentals ( com l'Eutonia de Gerda Alexander, l'Antigimnàstica de Bertherath, el mètode Feldenkrais, el mètode Alexander o el mètode Cos i Cosciència de Georges Courchinoux i finalment tècniques orientals (Ioga, Tai- txí, Qi Gong, Wu-shu, Do-in...)).
- *Gimnàstica correctiva*, entesa com una forma de potenciar el reequilibri corporal, la postura i l'actitud dels usuaris, fonamentada en tècniques i especialistes en fisioteràpia com F. Mézières.
- *Activitats musicals i expressives*, on les propostes de moviment es fonamenten en la recerca de l'expressió i la comunicació mitjançant el suport rítmic i musical. La música és un instrument molt interessant en les sessions ja que està molt vinculada al procés de socialització dels nostres vells i per tant susceptible de ser ben acceptada en qualsevol proposta d'exercici físic. S'inclouen en aquest apartat els balls de saló, les danses d'arreu del món o l'expressió corporal.

- *Activitats lúdiques i recreatives*, on les propostes es fonamenten en el desenvolupament del joc i d'elements amb un cert component competitiu. El component lúdic comprèn propostes amb diferents nivells de complexitat organitzativa, com poden ser les formes jugades, els jocs, els preesports, els esports adaptats, o la pràctica d'esports com a tal.
- *Activitats a l'aire lliure*. Fonamentades en la realització d'exercici físic a la natura i per tant la seva pràctica es supedita a l'adaptació davant els elements propis de l'entorn natural. Ens referim a caminades, excursions, curses d'orientació, circuits naturals, bicicletades, esquí de fons, passejades per la neu amb raquetes, vela,...
- *Activitats psicomotrius*, que tot i fonamentar-se en diferents perspectives, les destaquem aquí com un recurs que permet establir relacions globals entre el moviment motor i la vivència cognitiva i psicològica de les persones. És d'especial interès per als grups que es duen a terme amb importants dèficits, tal i com ja s'ha comentat anteriorment.
- *Activitats aquàtiques*. En l'aigua es poden realitzar la major part de moviments que duem a terme en el medi terrestre de forma adaptada (com els exercicis gimnàstics o l'aeròbic) i enriquir-los amb propostes específiques de treball en el medi com són les flotacions, les respiracions, les propulsions o les immersions. És especialment recomanable per a persones amb processos de desgast ossi i articular important. Es presenta per tant, com un excel·lent recurs susceptible de ser utilitzat ja sia de forma puntual o de forma permanent, en les sessions d'activitat física.

#### **1.5.4.- Fases del Programa**

El procés pedagògic d'intervenció pot dividir-se en tres etapes (Soler, 2003): familiarització, consolidació i estabilització.

Durant la familiarització es du a terme el primer contacte amb el grup, l'activitat i l'animador. En aquesta primera fase els objectius a nivell de grup passen per fomentar el coneixement entre els membres que el componen i potenciar una dinàmica que permeti el treball col·lectiu de forma òptima. A nivell personal es pretén donar seguretat i confiança en l'execució de les propostes de treball, així com millorar el redescobriments de les possibilitats del cos. La proposta de continguts d'aquest primer període són d'estructura senzilla, alguns d'ells vinculats amb el procés de socialització dels practicants, com jocs, formes jugades, exercicis utilitaris, gimnàstica, massatge, relaxació, expressió corporal, ball,...

La fase de consolidació és la fase d'afiançament del programa. Pot durar aproximadament un any. Es consolida la dinàmica de grup potenciant-se la seva independència respecte l'animador. A nivell personal l'usuari aprèn a utilitzar el seu cos i aplicar el descobriment de les noves experiències adquirides a les AVD.

Des d'un punt de vista tècnic a partir dels continguts de la fase anterior s'incorporen dinàmiques de treball més complexes. La durada de la fase d'estabilització és il·limitada. Arribat a aquest punt el grup i cadascun dels subjectes que el componen és autònom. Les propostes de treball sorgeixen del mateix grup. Les activitats i continguts utilitzats són molt variades tot i que es fonamenten en la participació dels membres del grup, en la seva selecció, organització i execució. El treball metodològic es concreta en una dinàmica no directiva. Són tan sols les limitacions derivades del propi procés d'envelliment del col·lectiu les que condicionen les propostes tècniques d'aplicació.

### 1.5.5.- Professionals

El perfil dels professionals sol tenir dues vessants. Per una banda, els que s'introdueixen al mercat laboral des del món de l'activitat física, vinculats amb pràctiques i modalitats esportives diferents solen compaginar la seva dedicació professional als més grans, amb la dedicació a d'altres franges d'edat.

D'altra banda, els professionals que s'insereixen des de la vessant de la gerontologia, que tenen un coneixement més específic de la gent gran, solen compaginar la seva experiència en el camp de l'activitat física amb altres tasques relacionades amb aquest col·lectiu com són les pròpies d'assistència social, animació, o bé les de treball familiar o equivalents.

En ambdós casos, els professionals han tingut que fer un viratge i complementar els seus estudis en funció de les seves mancances formatives.

En quant al perfil acadèmic, el col·lectiu de professionals té una procedència molt variada. Alguns d'ells són llicenciats en Educació Física. D'altres també tenen formació universitària, com Magisteri, Fisioteràpia o Educació Social. Però el nombre més important de professionals no solen tenir una formació acadèmica universitària. Alguns, han assolit un nivell d'estudis de cursos d'extensió universitària especialitzats en activitat física i persones grans, que els hi permet donar amb solvència les classes. D'altres són professionals que han aconseguit títols en entitats privades, no vinculades al món universitari.

Destacar també, que en els casals de gent gran és freqüent trobar grups de pràctica que estan dirigits per persones grans que des de la perspectiva de voluntariat duen a terme l'execució de les classes. Aquesta tendència és cada vegada més freqüent, fonamentalment per dues raons: per la major experiència motriu de les noves generacions que arriben a grans i per l'impuls institucional que es vol donar a les iniciatives de voluntariat.

### **1.5.6.- Característiques temporals dels PEFCGGC's**

Els PEFCGGC's es practiquen en el període comprés entre mitjans de setembre o primers d'octubre fins el mes de juny de l'any següent. Cal destacar que tot i que s'adapten els períodes de descans al calendari escolar, són cada vegada més freqüents les iniciatives que donen continuïtat del servei esportiu adaptat al calor del juliol. És el cas dels casals esportius que es duen a terme en ciutats com Mataró o Granollers, fonamentats en pràctiques esportives d'ordre exterior (platja, piscina, muntanya, parcs,...).

En les residències i centres institucionals, donades les característiques dependents dels usuaris, i la necessitat d'una estimulació permanent, solen presentar-se propostes que garanteixen una major continuïtat en el temps.

Es duen a terme dos o tres dies entre setmana alternats, essent els divendres els dies menys utilitzats. Les franges horàries es concentren en els centres esportius, majoritàriament als matins, entre 9 i 13 hores. Es deixen les tardes per utilitzar per part d'altres franges d'edats. En el cas dels casals de gent gran, també es dona la pràctica a les tardes, entre les 16 i les 18 hores. Els centres de dia i residències solen utilitzar la franja dels matins.

### **1.6.- Resum de les característiques dels PEFCGGC's**

De manera esquemàtica, i en forma de resum, definirem els PEFCGGC's com aquelles pràctiques d'activitat física que es duen a terme sota els següents trets característics:

- En general estan vinculats des d'un punt de vista administratiu i econòmic amb una institució pública.



- S'orienten de forma sistemàtica i planificada amb una programació tècnica de treball.
- S'organitzen en grups de 10 a 30 persones aproximadament.
- Dirigida per un professional o monitor voluntari.
- Es duen a terme en instal·lacions o equipaments d'ordre tancat.
- Generalment són espais heterogenis com una sala d'un casal, d'un centre de dia, d'una residència o un hospital de dia, o bé són espais específicament dissenyats per a la pràctica esportiva com els que trobem en poliesportius o gimnasos.
- La durada anual dels PEFCGGC's s'adapta al calendari escolar i es concreta en períodes entre 9 10 mesos.
- Setmanalment es du a terme amb una periodicitat de 2 a 3 vegades a la setmana.
- Àmbit geogràfic de Catalunya.
- Es duen a terme propostes de diferents activitats com: gimnàstica suau, gimnàstiques de manteniment, relaxació, massatge, expressió corporal, jocs tradicionals, jocs preesportius, activitats rítmiques, així com activitats a la natura, entre d'altres.

En aquest text utilitzarem com a sinònims els conceptes de *gimnàstiques de manteniment* o grups *sociomotrius*, per a referir-nos als PEFCGGC's.

## 2.- MARC TEÒRIC

¿Hay no obstante algo que debería interesar a todo el mundo?. ¿Existe algo que concierna a todos los seres humanos, independientemente de quiénes sean o de en qué parte del mundo vivan?. Si, querida Sofía, hay algunas cuestiones que deberían interesar a todo el mundo. Sobre estas cuestiones trata este curso.

Jostein, G. *El mundo de Sofía*, 1995.

*Aquest capítol vol donar el suport teòric necessari per a sustentar els conceptes utilitzats durant la recerca. El primer apartat destaca els aspectes de la postmodernitat que ens permeten entendre l'aparició del fenomen de l'apropiació esportiva per part del col·lectiu de persones grans. En el segon apartat s'enumeren els principis ideològics de referència principals de la present tesi, fent especial referència al constructivisme com a fil conductor.*

*Els apartats tercer, quart i cinquè volen referir-se als conceptes teòrics que creen les condicions de possibilitat d'aparició dels constructes del treball de recerca: exercici físic, envelliment i qualitat de vida.*

*L'apartat sisè es refereix a la menció de les principals teories socials que expliquen la pràctica esportiva.*

*L'apartat setè vol ser una aproximació descriptiva al sistema institucional del que depèn directa o indirectament la participació dels usuaris de gent gran en els PEFCGGC's.*

2.1.- La <i>postmodernitat</i> com a marc de referència	67
2.2.- Principis sobre els que se sustenta la present recerca	74
2.3.- Procés d'envelliment	84
2.4.- Exercici físic i gent gran	98
2.5.- QVRS i envelliment	112
2.6.- Teories i models de ciències socials aplicades a pràctica esportiva	155
2.7.- Serveis on s'apliquen els PEFCGGC's	170

### 2.1.- La *postmodernitat* com a marc de referència

El sistema esportiu està condicionat pel marc polític, social, cultural i econòmic en el que es desenvolupa. Les activitats vinculades al món del lleure, la percepció de la salut pròpia de la nostra societat i en definitiva, les pràctiques esportives que du a terme la gent gran actual, obeeixen al context contemporani de referència que es coneix de forma genèrica per *postmodernitat*.

El terme neix en el domini de l'art i és introduït en el camp del pensament per Lyotard (1998)<sup>5</sup>. Tot i la seva relativa recent terminologia, els seus orígens es troben en la tradició del pensament modern occidental així com en els descobriments científics de finals del segle XIX i de la primera meitat del segle XX. Tendeix a consolidar-se clarament després de la II Guerra Mundial, conseqüència del desenvolupament material, educatiu, social, sanitari i econòmic propi de l'Estat del Benestar dels països occidentals, i de l'aparició d'un excedent de temps lliure que deixa possibilitats, tot plegat, a maximitzar els nivells de QDV dels ciutadans europeus.

La noció s'ha difós àmpliament, però en general la seva utilització indiscriminada condueix a una falta de precisió en el terme. Si tinguéssim que destacar un tret característic fonamental des d'un punt de vista filosòfic, és la constant recerca d'identitat en noves formes no religioses com els nacionalismes polítics, sectes para- religioses o formes d'entendre el lleure, com la pràctica esportiva. I això és així perquè es dona en un context on el concepte de realitat, entesa com a coneixement general i universal veritat, és

---

<sup>5</sup> “...se tiene por «postmoderna» la incredulidad con respecto a los metarrelatos. Ésta es, sin duda, un efecto del progreso de las ciencias; pero ese progreso, a su vez, la presupone. Al desuso del dispositivo metanarrativo de legitimación corresponde especialmente la crisis de la filosofía metafísica, y la de la institución universitaria que dependía de ella. La función narrativa pierde sus funciones, el gran héroe, los grandes peligros, los grandes periplos y el gran propósito. Se dispersa en nubes de elementos lingüísticos narrativos, etc., cada uno de ellos vehiculando consigo valencias pragmáticas sui generis. Cada uno de nosotros vive en la encrucijada de muchas de ellas. No formamos combinaciones lingüísticas necesariamente estables, y las propiedades de las que formamos no son necesariamente comunicables”. P.6.

dubtada profundament (Powell & Longino, 2002). La veritat és vista com situacional, interpretativa (Lyotard, 1998) i conseqüentment fragmentada.

En aquest context actual postmodern convergeixen tendències de pensament contraposades, solapades unes amb unes altres en moltes ocasions, convivint en el mateix moment temporal i social. Els trets característics d'aquestes formes de pensar constitueixen les condicions de possibilitat de l'aparició de les modalitats d'apropiació esportiva del col·lectiu de gent gran i la manera de vivenciar la seva salut.

Exposarem a continuació algunes de les tendències que ens semblen més característiques i que tenen una relació directa amb el tema propi de la nostra tesi. Veurem com aquestes tendències es caracteritzen per un enfrontament amb la cultura, la moral, la religió i la filosofia pròpies de la tradició jueva i cristiana. Cal tenir en compte que aquesta concepció ha estat la que ha protagonitzat el procés de socialització de la major part dels nostres usuaris grans, durant el desenvolupament del seu cicle vital. Un procés fonamentat en un codi moral fortament sexista, amb papers i funcions molt diferenciades entre homes i dones, el que influirà en la visió dels seus valors i les formes d'apropiació del lleure i de la pràctica esportiva.

Una reflexió de tots aquests aspectes ens permetrà exposar posteriorment el corpus teòric de referència de la present tesi.

### **2.1.1.- De l'ètica del deure a l'ètica del plaer**

La cultura occidental actual ha estat qualificada de *societat postmoralista* (Lipovetsky, 1994), en el sentit de que ha deixat de costat l'ètica del deure, de la voluntat disciplinada, l'abnegació i el sacrifici, fonamentada en els valors religiosos cristians i protestants dels segles XVIII a XX i en l'imperatiu categòric kantià (Kant, 1995), predominants fins a bona part del segle XX.

En el seu lloc, s'ha imposat una societat primàriament hedonista, interessada en la consecució del benestar i la sensibilitat immediats. L'hedonisme de la nostra societat, no obstant, no es manifesta amb la recerca desenfrenada de plaer, sinó que el seu objectiu es centra en legitimar la seva consecució, normalitzar-lo, permetre'l i valorar-lo.

Es desplega en la nostra societat tota una lògica de la gestió del plaer fonamentada en la seva utilització moderada i distribuïda en espais concrets, dissenyats per a diferents formes de manifestació, on s'enlairen els sentiments com a font d'autoconeixement. L'espai físic de referència, receptacle de totes les sensacions al que ha d'anar dirigit el plaer, és el cos, que es manifesta d'aquesta forma com element fonamental de la nova ètica del plaer.

La preocupació del cos es manifesta en el foment de la dieta equilibrada, la vigilància del seu funcionament i el seu control, afegint nous matisos que modifiquen el significat primari de la malaltia, o en actuacions paramèdiques cercant l'estètica corporal ideal. També prohibint o coartant totes les conductes que puguin perjudicar la salut com l'alcoholisme o el tabac, o imposant noves formes legals que disminueixin les possibilitats de tenir accidents automobilístics o patir càncer de pulmó.

Des d'una perspectiva economicista, el cos es transforma en mercaderia i passa a ser el mitjà principal de producció i distribució de la societat de consum. El seu manteniment, reproducció i representació es converteixen en temes centrals (Baudrillard, 1977). Cal enlairar-lo, enfortir-lo, conèixer-lo, fomentar la seva bellesa, mantenir-lo, preservar la seva autonomia i sanar-lo.

El creixent envelliment i sobreenvelliment de la població i la necessitat de mantenir la salut, el benestar i l'autonomia en les AVD de les persones senescentes el màxim de temps possible per a evitar en última instància la sobresaturació dels pressupostos socials i sanitaris, tendeix a glorificar la

cultura de la prevenció. I amb ella, el foment dels hàbits saludables i l'esport, també entre les persones grans.

Des d'un altre punt de vista, la preeminència social del cos postmodern es desempella també de la vella concepció arrelada en el platonisme i pitagorisme grec, que l'entén com habitacle de l'ànima i l'esperit. Es presenta ara com la condició de possibilitat de coneixement d'aquest "*estar- en- el- món*" heideggerià i adquireix una importància certament ontològica (García Bacca, 1982), el que li permet un protagonisme prioritari. El cos esdevé el substracte de la nostra percepció i coneixement de la realitat i com a tal, és una condició indissociable de la formació, educació i comunicació de la persona. En aquest sentit, es fonamenta una convicció sincera de millora de la seva QDV centrada, en aquest cas, entre les persones grans, valors que entronquen amb formes de pensament vinculades a l'humanisme i el personalisme.

### **2.1.2.- Del temps futur al temps immediat**

La postmodernitat es manifesta amb l'enderrocament de la dimensió històrica lineal i la seva projecció en el futur, pròpies dels valors heretats de la moral jueva- cristiana, concretant-se en el gaudiment del present. Si es pogués condensar en una sola idea l'esperit postmodern, aquesta seria la crisi respecte la concepció de futur (Bell, 1976). L'anelhada esperança de felicitat futura en un altre món extraterrenal que sosté com a premi l'ètica del sacrifici i disciplina per aconseguir la felicitat eterna, és reemplaçada per una esperança de felicitat en un futur molt pròxim terrenal, de manera que la seva consecució justifica la direcció adoptada pel benestar social i del progrés global que segueix la cultura occidental.

El futur ha deixat de ser l'horitzó que guia el discórrer i obre expectatives a les societats. En aquesta situació, el temps acaba condensant-se en un present

immediat, en una intensificació de les expectatives actuals i en una mancança de sentit en termes absoluts.

La pèrdua del sentit lineal del temps va molt unida a una seriosa crisi d'identitat en la societat de la nostra època. L'absència de sentits universalment predominants possibilitarà, precisament, la presència de valors en transformació continuada i indefinida. La realitat es desenvolupa en una recerca constant de construcció de valors i de sentit<sup>6</sup>. Eugeni Trias ho reflecteix molt bé (Trias, 1974, p.90): "...pertenece a nuestra sociedad, a nuestra cultura, a nuestra urbe, una modalidad de viaje y de viajero que carece de meta y de punto de partida, de finalidad y de principio, de necesidad de legalidad, de referencia a ningún centro, a ningún lugar".

Es justifica d'aquesta manera l'auto- reproducció constant de nous sentits, la recreació constant de noves realitats alternatives unes d'altres. En aquest context, el cos torna a presentar-se un altre cop com element primari de referència. La nova producció de valors imperant es planteja com una ètica d'auto- construcció i d'auto- realització, en la recerca de nous sentits d'un mateix, basada en els ideals de la joventut, la força, la salut, la bellesa, el rendiment o el sexe (Lipovetsky, 1994).

En aquest procés de constant recerca d'identitats i d'alteritats, l'aparició de conceptes que posin èmfasi en els processos de comunicació interpersonal cobren un paper molt important. El de *capital social* i d'altres vinculats, com el de *reciprocitat*, *xarxa social*, *participació* o *confiança social*, no són més que resultats d'aquesta necessitat característica de la nostra era postmoderna.

La referència al *perspectivisme*, com una forma d'entendre els diferents significats de la realitat creiem que pot ser també enriquidora en la present tesi.

---

<sup>6</sup> Victor Frankl, creador de la Logoteràpia, ens diu "... en realidad no importa que no esperemos nada de la vida, sino si la vida espera algo de nosotros" (Frankl, 1991, p. 46).



D'altra banda, l'aparició constant de nous sentits, re-creant la realitat amb la prioritat per les sensacions o els sentiments, fomenta la subjectivitat i es modifica d'aquesta manera la forma tradicional d'entendre la realitat, on subjecte i objecte són independents un de l'altre. Aquesta distinció, per contra, resulta difosa i es transforma. No es pot conèixer la realitat sense subjecte. L'art contemporani reflecteix aquest fort subjectivisme. Escher, en *Galeria de Quadres*, ens mostra un jove que davant té un quadre del que forma part i que conté el propi observador, negant-li la seva identitat, perquè no l'hi deixa un espai exclusiu en la mida en que no és possible marcar un límit. L'observador i la realitat observada no admeten una separació, estan units; un defineix l'altre. Cosa similar es plasma en l'obra *Mans Dibuint* de 1948, en la que apareixen dos mans que es dibuixen recíproca i simultàniament. Ambdós quadres es reproduïxen en la figura 2.

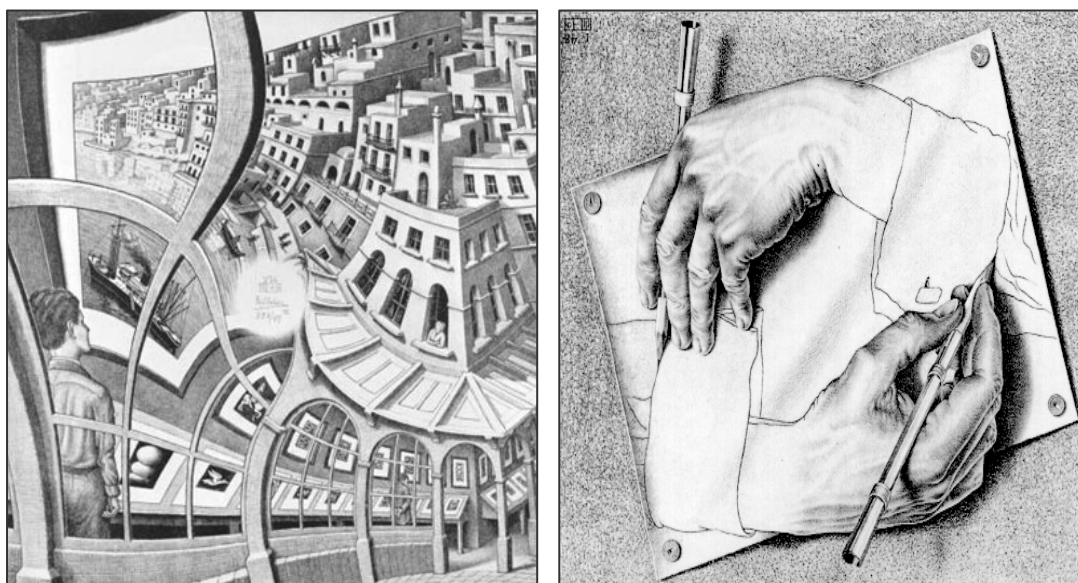


Figura 2. Galeria de Quadres i Mans dibuixant. Autor: Escher, 1948.

Des d'aquesta perspectiva es justifica el plantejament d'intervenció eminentment constructivista de la nostra tesi per entendre la seva aplicació als conceptes de salut i de QDV (Vattimo, 1990).

### 2.1.3.- De la transcendència a la immanència

La postmodernitat fa un viratge cap a la immanència. Es passa d'una concepció de l'home fonamentada en l'existència d'un Déu transcendent, extern a l'home i a-històric, a posar l'èmfasi en la unió entre l'home i la natura. Aquí també té sentit entendre la manera de viure de l'ésser humà com *estar-en-el-món* (Heidegger, 2005). Ja no hi ha un món extrasensorial no assequible a la condició de l'home, sinó que el que es percep, és el que hi ha. I d'aquesta manera el cosmos conegut i la terra adquireixen el paper del Déu rellevant.

Edgar Morin (1996) destaca que el moviment ecològic despertat als anys 70, ha permès la reintegració del medi ambient en la nostra consciència antropològica i social, així com la resurrecció ecosistèmica de la idea de natura i la decisiva aportació del concepte de biosfera a la creixent consciència planetària de la nostra humanitat actual.

L'amenaça provada del constant procés de degradació ambiental i el canvi climàtic global han fet que una de les qüestions fonamentals que ens plantejem és la pregunta sobre com podrà la terra sobreviure. La terra es converteix en tema que ocupa i preocupa.

L'increment de la consciència ecològica és palès en moviments reivindicatius que prenen un protagonisme important a partir del darrer terç de segle XX. L'efervescència actual s'ha qualificat com *veneració ecològica de l'univers* (Giner & Tábara, 1998) on es dóna al discurs ambiental, elements reguladors a diferents nivells de la vida inclòs el personal i l'anímic.

A aquesta presa de consciència ecològica se li uneix la importància que adquireix la ciència ecològica, no tan sols com una nova disciplina amb continguts propis, sinó com un mètode d'entendre la realitat i per tant com *paradigma*, reivindicant un espai des de la perspectiva epistemològica (Morin, 1996), que permeti entendre el caràcter global, complex i ecològic dels

fenòmens que ens afecten. El concepte de *paradigma ecològic* (Morin, 1996) s'entén com la relació lògica entre els conceptes principals que governen totes les teories i discursos científics del nostre període històric, en el sentit kuhnnià del terme<sup>7</sup>.

Les aproximacions a la teoria de Sistemes i a la Teoria Ecològica com elements teòrics referencials, seran necessàries per a la comprensió del foment dels hàbits saludables i de les noves formes de pràctica esportiva entre el sector de gent gran. Es pretén així compensar el pes de les teories que prioritzen els factors vinculats amb l'individu, i traslladar l'èmfasi al context extern que l'envolta.

## **2.2.- Principis sobre els que es sustenta la present recerca**

### **2.2.1.- Pluralisme**

La nostra investigació es caracteritza per un cert *pluralisme*, ja que no dóna una visió unilateral del fenomen que s'investiga sinó que recull diferents línies de coneixement i pensament en funció de les dimensions analitzades. Aquest enfocament és condicionat sens dubte, pel caràcter propi de la disciplina d'estudi.

Al justificar els efectes de l'exercici físic sobre el cos es recullen conceptes de matèries relacionades amb la Biologia, la Neurologia, la Medicina o la Fisiologia. També es proposa la recerca d'un constructe, la QVRS i per a la seva mesura s'utilitzen, en el tractament de les dades, disciplines formals com l'Estadística. De les Ciències Humanes, s'apliquen conceptes derivats de la Psicologia o la

---

<sup>7</sup> Llamo "paradigmas"...a realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica (Kuhn, 1971, p. 13).

Sociologia, per a constituir el corpus teòric i la posterior discussió dels resultats. Per últim, també caldrà tenir en compte aspectes relacionats amb els sabers no científics, com la Política, l'Ètica o la Filosofia, en les fonamentacions teòriques i les propostes de futur.

Tal i com reflecteix Patricia Rosenfield (1992), caldria distingir tres formes de recerca pluralista: *multidisciplinarietat*, *interdisciplinarietat* i *transdisciplinarietat*. Multidisciplinarietat es refereix al procés pel qual els investigadors de diferents disciplines treballen independentment o de manera seqüencial, cadascú des de la seva pròpia disciplina, envers d'un problema comú. La interdisciplinarietat és un procés en el que els investigadors treballen utilitzant un sistema conceptual compartit, però cadascú d'ells des de les bases de la seva disciplina. La transdisciplinarietat implica que els investigadors treballen conjuntament compartint el mateix esquema conceptual dissenyant junts teories específiques, conceptes i aproximacions teòriques dirigides al mateix problema, dissenyant tots plegats les teories específiques de la disciplina. Del model transdisciplinari en parlarem en l'apartat corresponent a l'Ecologia Social.

### **2.2.2.- Humanisme i Personalisme**

Els trets característics d'aquesta investigació es fonamenten en una confiança en els valors i les capacitats positives de la voluntat humanista a la manera que la caracteritza Morey (1987):

- La confiança en el valor de la raó i la ciència com una forma de solucionar els problemes humans i millorar la seva existència.
- L'home és la font i el criteri sobre el que sustentar la seva conducta social i saludable.

- Emfatitzem la llibertat de la persona per sobre de qualsevol determinisme, que el sotmeti i l'alineï a la vegada que reivindicuem la seva autonomia i confiança en el progrés.

D'altra banda, en la mesura que aquesta tesi vol conèixer la realitat per a millorar l'estat de salut i el nivell d'autonomia dels usuaris dels PEFCGGC'S, es pot afirmar que està influenciada per un cert *personalisme*. Aquesta corrent filosòfica posa l'atenció en la persona humana, subratllant la seva dignitat especial (Bochensky, 1949).

### 2.2.3.- Perspectivisme

El *perspectivisme* és una doctrina fonamental per a entendre l'actual evolució de moltes de les tendències del pensament actual postmodern i punt de referència en el pensament d'autors com Nietzsche o Ortega y Gasset.

El perspectivisme d'Ortega permet superar el dualisme centrat entre l'objectivisme i el subjectivisme ontològics. Per ambdues teories, la realitat no pot ser més que una. Però mentre que per a l'objectivisme la veritat única està fora del temps i l'espai (el món de les idees de Plató), per al subjectivisme, la veritat no és possible ser entesa i per tant, mai podrem sortir de la nostra subjectivitat (Descartes).

L'ontologia d'Ortega és realista. La realitat no pot ser més que una sola, tal i com l'objectivisme proposa, però presenta més d'una cara, en consonància amb el subjectivisme. Tot i existir la realitat, aquesta no és una sinó múltiple; ofereix moltes cares i no és possible ser entesa en la seva totalitat, sinó en parts limitades, en diferents perspectives, en funció de cada persona en concret. Es mostra a nosaltres sota multiformes perspectives o cares diferents<sup>8</sup>. Tota la

---

<sup>8</sup> “La verdad, lo real, el universo, la vida —como queráis llamarlo— se quiebra en facetas innumerables, en vertientes sin cuento, cada una de las cuales da hacia un individuo” (Ortega y Gasset, 1916).

realitat és perspectiva, perquè les coses només són reals en tant que “*són per a mi*” (Ortega y Gasset, 1916). El seu pensament és un important antecedent constructivista.

El perspectivisme orteguian es diferencia qualitativament del de Nietzsche. Per a Ortega existeix una realitat fonamentada sobre la cosa transcendent. El perspectivisme nietzscheà es fonamenta en el *nihilisme*, o en la convicció de que no existeix un món veritable i uns valors que es fonamentin en aquesta realitat superior (Nietzsche, 1981).

#### **2.2.4.- Constructivisme**

No som partidaris d'entendre el món des de la perspectiva del realisme ingenu, per al que podem conèixer la realitat tal i com és, mitjançant la simple observació de les dades captades per la nostra sensibilitat, en la línia del objectivisme ontològic comentat en l'apartat anterior. El coneixement no és producte d'un procés passiu de la nostra ment, que es limita a rebre el conjunt de dades captades pels sentits i emmagatzemar-les com si es tractés d'un receptacle<sup>9</sup>.

Volem, en canvi, entendre'l des d'una perspectiva per la qual el significat de l'experiència coneguda és producte d'un procés personal de construcció de la pròpia realitat. Es tracta d'un procés “*proactiu*” (Botella & Feixas, 1998) ja que implica que per a la consecució del nostre objectiu, la nostra ment s'implica de manera activa buscant, comparant, unificant i generalitzant. És el subjecte que coneix i el que dissenya la realitat per poder interpretar el món. Amb aquest sentit, ens adherim a una corrent de pensament epistemològica que ha estat

---

<sup>9</sup> *Concepció pròpia de la “teoria receptacular del coneixement” (Popper, 1991).*

seguida per la major part dels pensadors postmoderns, que és el *constructivisme*.

El constructivisme parteix de la premissa que part del coneixement de la realitat no prové de l'exterior sinó que existeix en la naturalesa de l'ésser humà kantian<sup>10</sup>. El fet de prioritzar la visió de la persona com a constructor de teories personals sobre la seva realitat, denota una relació intrínseca entre ontologia i epistemologia; entre el ser i la seva manera de conèixer. No existeix el coneixement de l'objecte sense el subjecte; realitat i subjectivisme són dues cares d'una mateixa moneda. No es pot qualificar cap coneixement d'objectiu, ja que cap realitat existeix independentment a la seva comprensió.

El subjecte construeix doncs la realitat, en funció de les seves creences, conviccions i possibilitats, donant a la dimensió social i cultural una major rellevància. Entendre el coneixement com a producte d'una construcció personal en funció del sentit que cadascú li dóna, ens permet destacar el caràcter informatiu dels factors subjectius de la persona, i per tant assignar categoria de coneixement als aspectes relacionats amb l'autopercepció de l'estat, les sensacions del cos i dels sentiments de les persones, que és una de les finalitats d'aquest treball d'investigació.

El constructivisme també ens porta a entendre la realitat com a font del coneixement no donada directament, sinó com un producte propi de la nostra creació, on els científics dissenyen les seves teories i els conceptes derivats d'elles per a poder verificar-les posteriorment. En aquest sentit, s'utilitzarà el terme *constructe* aplicat a la QDVRS, per a mesurar l'estat subjectiu de les

---

<sup>10</sup> Kant planteja així el tema (Kant, 1985, p.98): "Entenderemos... por conocimientos a priori, no aquellos que de un modo u otro dependen de la experiencia sino los que son llamados empíricos, o que solo son posibles a posteriori, es decir, por la experiencia. Entre los conocimientos a priori, llámase puro aquel que carece absolutamente de empirismo. Así, por ejemplo "Todo cambio tiene una causa", es un principio a priori; pero el concepto de cambio sólo puede formarse con la experiencia".

persones que practiquen en els PEFCGGC'S. S'aplicarà com el de variable en el sentit que ho fan Prieto & Badia (2001, p.202): "*Cuando dicha variable es abstracta y latente, en lugar de concreta y observable, ésta se denomina constructo. Tal variable es, de forma literal, algo artificialmente construido, algo definido de forma teórica por su posible utilidad práctica. Un constructo es un concepto hipotético cuya existencia nunca podrá ser absolutamente confirmada*".

Cal destacar també que el constructivisme pot adoptar una visió contextualista u organicista (Botella & Feixas, 1998). Una posició contextualista, per exemple, és representada pel pragmatisme de John Dewey o James Stewart<sup>11</sup>. L'organicisme interpreta el món i la realitat com un gran organisme vivent. Per a conèixer la comprensió de la seva realitat cal contemplar-la en el seu procés d'evolució. La conducta humana, entesa des d'una perspectiva sistèmica i/o ecològica, es fonamenta en un model organicista. I aquesta és una tendència que es destacarà quan interpretem els factors que condicionen l'estat de la QDV dels usuaris dels PEFCGGC'S. Per tant, el pròxim pas és aprofundir en la teoria sistèmica. En aquest plantejament veurem com les teories derivades de Maturana i Varela fins a Luhmann entenen la societat com un ordre *emergent* que no pot ser reduït als elements que el formen, sinó que aquests fenòmens socials es fonamenten en la comunicació.

### **2.2.5.- Teoria sistèmica**

Cadascú de nosaltres formem part d'organitzacions amb les que tenim diferents tipus de relacions institucionals, geogràfiques, professionals, familiars, personals, socials, esportives,... Ens ajuntem en sistemes socials per aconseguir fites que no són possibles en soledat com la companyia, el

---

<sup>11</sup> "...hay muchas formas de ver cualquier fenómeno, dependiendo del contexto del que emana" (Kramer, 1983, pàg. 95).



reconeixement, els intercanvis, el prestigi professional,... Aquestes propietats es diuen *emergents* (Bunge, 2002).

Per exemple, en el nostre cas, cadascun dels usuaris dels PEFCGGC'S formen part del sistema propi dels usuaris que conformen el grup. A la vegada, aquest grup forma part d'un programa municipal esportiu de la població a la que pertany. En molts del casos analitzats, els serveis de monitoratge els dona un professional vinculat a una empresa especialitzada en activitats físiques per a gent gran. Per tant, tots els usuaris d'aquest programa pertanyen al sistema format per una organització professional especialitzada en activitats físiques dirigides a persones grans. D'altra banda, els usuaris del grup analitzat, pertanyen a un centre d'atenció primària concret, i així successivament. En definitiva, tots formem part d'organitzacions a diferents nivells que es juxtaposen unes a d'altres creant-se xarxes d'interrelació.

Per tant, creiem important recolzar el disseny empíric del nostre treball, que pretén aprofundir en el coneixement d'un fenomen social, sobre una proposta teòrica que tingui en compte els postulats de la *Teoria General de Sistemes* (TGS).

A judici de Luhmann (1998), el pensament sistèmic es desenvolupa des d'un punt de vista històric en tres fases plenament diferenciades. Les primeres formulacions del pensament sistèmic es refereixen al clàssic postulat del tot i les parts. És el pensament "sistèmic no científic". El segon període de l'anàlisi sistèmic és el de la TGS plantejada per L. Von Bertalanffy (1987). És el moment del desenvolupament del concepte de sistema obert, d'intercanvi d'energia i d'informació amb el medi ambient.

El tercer moment és el dels sistemes autopoietics o autorreferencials d'Humberto Maturana i Francisco Varela, que conjuntament amb la sociologia complexa de Niklas Luhmann (1998), han consolidat una teoria aplicable de

manera satisfactòria al terreny sociològic. A continuació s'exposen breument els trets més interessants per al nostre del corpus teòric de Maturana i Varela.

### **2.2.6.- Determinisme estructural de Maturana i Varela**

Els treballs del Maturana i Varela es fonamenten en la noció biològica d'origen d'*autopoiesi*. Aquest terme fa referència a que els éssers vius són sistemes constituïts per estructures que funcionen com xarxes tancades de producció de components, a partir de substàncies i d'altres elements que ells mateixos obtenen del medi extern<sup>12</sup>.

D'altra banda, els éssers vius i per analogia els socials, són definits com *sistemes estructuralment determinats*. Això vol dir que quelcom que ens esdevé depèn de l'estructura dels nostres components organitzatius. L'estructura d'un sistema és la forma en que els seus components es relacionen entre si dintre de l'organització. Aquests autors posen en evidència el seu constructivisme quan afirmen que el que ens passa en un moment particular depèn de la forma en que ens estructurem en aquest moment. El món en que vivim és el món que construïm amb les nostres percepcions i és la nostra estructura la que ens habilita per aquestes percepcions. Per tant, hi ha tantes realitats com observadors. El coneixement objectiu no és possible (Maturana & Varela, 1973).

Que els éssers vius estan sotmesos al determinisme estructural no vol dir que aquests estan predeterminats per les seves relacions establertes i per tant que siguin previsibles. Aquest és el motiu de la constant adequació de l'estructura.

---

<sup>12</sup> "...los seres vivos son verdaderos remolinos de producción de componentes, por lo que las sustancias que se toman del medio, o se vierten en él, pasan participando transitoriamente en el ininterrumpido recambio de componentes que determina su continuo revolver productivo. Es esta condición de continua producción de sí mismos, a través de la continua producción y recambio de sus componentes, lo que caracteriza a los seres vivos y lo que se pierde en el fenómeno de la muerte. Es a esta condición a la que me refiero al decir que los seres vivos son sistemas autopoieticos y que están vivos sólo mientras están en autopoiesis" (Maturana, 1985, p. 5).

El peu sempre s'adapta a la sabata i viceversa (concepte “d'acoplament estructural” de Luhmann). D'aquesta manera expressa el fet de que l'ambient estimula canvis en el sistema i aquest en l'ambient, en un procés successiu circular<sup>13</sup>. Quan un sistema influeix a un altre, aquest ho fa sobre el primer, desenvolupant un comportament compensatori. D'aquesta manera el primer organisme actua de nou sobre el segon i així successivament. Les relacions entre les conductes i l'ambient que es caracteritzen per cicles d'influència mútua i recíproca, més que pels efectes unidireccionals de les condicions de l'ambient sobre la conducta serà una constant en el desenvolupament del paradigma transdisciplinari propi del model ecològic que abordarem en el pròxim apartat (King, Stokols, Talen, Brassington & Killingsworth, 2003).

Cal destacar també el concepte de “*recurrència*” de Maturana, important quan expliquem la importància de l'esport com factor generador de *capital social* més endavant. Per aquest científic, en un sistema social s'ha de donar la recurrència entre els membres que el componen. La recurrència d'interaccions cooperatives no és més que la expressió de la forma d'operar dels éssers vius en aquest procés d'acoplament estructural recíproc i que es manifesta com una “*pegajosidad biológica*”<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> Bandura elaborarà el concepte “*determinisme recíproc*” per explicar situacions similars des d'un altra perspectiva (Bandura, 1987).

<sup>14</sup> “En nosotros, los seres humanos, este acoplamiento estructural recíproco se da espontáneamente en muchas circunstancias diferentes, como expresión de nuestro modo de ser biológico actual, y aparece ante un observador como una pegajosidad biológica que puede ser descrita como el placer de la compañía, o como amor, en cualquiera de sus formas. Sin esta pegajosidad biológica, sin el placer de la compañía, sin amor, no hay socialización humana, y toda sociedad en la que se pierde el amor, se desintegra. La conservación de esta pegajosidad biológica, que en su origen asocial es el fundamento de lo social, ha sido en la evolución de los homínidos, en mi opinión, el factor básico en el acotamiento de la deriva filogénica humana que resultó en el lenguaje y a través de él en la cooperación y no en la competencia, en la inteligencia típicamente humana” (Maturana, 1985. *Biología del fenómeno social*. Disponible a: [www.ecovisiones.cl](http://www.ecovisiones.cl)).

### 2.2.7.- Model ecològic

Els models ecològics posen l'èmfasi en que els canvis físics i ambientals poden aconseguir uns efectes similars sobre les diferents dimensions de la conducta de les persones sense tenir que estar mediatitzats per variables psicosocials.

Tot i que el model ecològic ha estat presentat de diferents formes, la versió del document "healthy people 2010" (*US Department of Health and Human Services, 2000*) identifica els elements genèrics principals d'aquesta teoria. Un model ecològic aplicat a la millora i/o manteniment de la salut de la població parteix del fet que aquesta depèn de la dinàmica entre els factors biològics, conductuals, socials i ambientals. Factors que interactuen a nivell individual, familiar, veïnal, i/o comunitari.

Sovint s'utilitza la metàfora de la caixa xinesa (caixes dintre de caixes) per caracteritzar els múltiples nivells d'una aproximació ecològica (Susser & Susser, 1996). McLeroy i els seus col·legues (1988), inclouen factors intrapersonals, interpersonals i factors grupals, conjuntament amb factors institucionals, comunitaris i polítiques públiques. Schalock i Verdugo, redueixen a tres àmbits els sistemes que afecten a la QDV de la persona (Schalock & Verdugo, 2002):

- **Microsistema:** context social immediat, com és la família, la casa, el grup d'iguals i el lloc de treball, que afecta directament la vida de la persona.
- **Mesosistema:** el veïndari, la comunitat, les agències de serveis i les organitzacions, que afecten directament al funcionament del microsistema.
- **Macrosistema:** els patrons culturals més amplis de la cultura, les tendències socio-polítiques, i els sistemes econòmics, així com els factors relatius a la societat, que afecten als valors i les creences.

El model ecològic, ha servit com a fonament de teories com la transdisciplinària. En el cas de l'exercici físic, les aproximacions de diferents nivells necessàries per interpretar i promoure la conducta relacionada amb l'activitat física dels vells han estat exposades per King, et al., (2003) sota el concepte de *paradigma transdisciplinari*.

El concepte transdisciplinari implica la utilització de conceptes i termes propis de diferents disciplines científiques. Stokolos defineix la recerca transdisciplinària com el procés pel qual les perspectives de dos o mes àmbits científics o professionals es combinen per aconseguir una completa comprensió d'un problema o d'un fenomen (Stokolos, 1998). Recordem la reflexió feta anteriorment per Rosenfield respecte aquest concepte.

### **2.3.- Procés d'envelliment**

La percepció popular respecte les persones grans està carregada en moltes ocasions de connotacions alarmistes i negatives, fonamentades en la insostenibilitat dels nivells de despesa pública derivats de les prestacions pròpies de l'Estat de Benestar. La incertesa que origina la forma de solucionar situacions com la gestió social de la dependència o l'increment de la despesa pública en salut i serveis socials, no contribueix a millorar la percepció que tenim de les persones grans<sup>15</sup>.

Cada vegada més, institucions oficials i estudis actuals tendeixen a entendre l'envelliment com una etapa més de la vida individual, biològica i social de les persones i que no té per què fonamentar-se en la pèrdua o l'aparició de problemes. Al contrari, cal destacar els beneficis que es deriven d'un moment vital que pot ser enriquidor tant a nivell individual com per al conjunt de la societat en general.

---

<sup>15</sup> Cal tenir en compte que la Llei de la Dependència no ha entrat en vigor fins gener de 2007.

En aquest apartat volem fer un recorregut pels aspectes més destacats de l'envelliment en clau nacional i autonòmica especialment, de manera que des d'una perspectiva global ens permeti dimensionar-lo en la seva justa mesura.

### **2.3.1.- Envelliment biològic**

L'envelliment forma part constitutiva de les persones i es manifesta pràcticament des de l'origen mateix del nostre naixement. Esdevé des d'un punt de vista fisiològic, com un procés d'involució que apareix quan finalitza el període de creixement, a partir dels 25 o 30 anys. Aquest procés és gradual i es fa evident a partir dels 40 anys. L'Organització Mundial de la Salut, destaca de l'envelliment com a fenomen biològic (OMS, 1998) que:

- És un fenomen característic dels membres de qualsevol espècie.
- És progressiu.
- Inclou mecanismes perjudicials que afecten la nostra capacitat funcional, i la capacitat per a mantenir la homeòstasi del nostre cos.

Els factors que influeixen en aquest procés biològic són innumerables i difícils de limitar en moltes ocasions. La nostra forma d'envellir està condicionada, en primer lloc, per la nostra constitució genètica (Timiras, 1999). La longevitat potencial de les persones s'estima més enllà dels 120 anys (Hayflick, 1999). Però cal deixar clar, com veurem reiteradament durant la lectura d'aquesta investigació, la importància dels factors adquirits durant la vida de les persones. Les actuals investigacions indiquen que mentre el protagonisme dels factors genètics va decreixent amb l'edat, els relacionats amb variables de tipus ambiental, i en concret els hàbits saludables, van adquirint, cada vegada més importància quan es tracta de viure més anys i millor (Fernández Ballesteros, 1998).

Per aquest motiu en ocasions afirmem que la forma d'envellir és diferencial, ja que cadascú de nosaltres envella de manera diferent en funció de la nostra història vital (de Febrer & Soler, 1989). I és també un procés multidimensional i multidireccional, en el sentit que hi ha diferències en el ritme i direcció del canvi dels òrgans constitutius de cada persona.

Que l'envelliment sigui un factor condicionat per la forma de comportar-se de les persones, posa de relleu la importància de l'assoliment d'hàbits saludables en cada moment de la vida de les persones. Des d'aquest punt de vista, s'emfatitza en els actuals estudis la dimensió temporal de la salut i es veu l'envelliment com un procés, no vinculat a una edat determinada, sinó a les diferents fases en les que viuen les persones des del mateix moment del naixement. Cada etapa és important, i l'estat actual depèn dels efectes de les etapes anteriors, així com de les expectatives futures. Per tant, si bé existeix una relació entre edat cronològica i procés d'envelliment, aquesta relació no és causal.

### **2.3.2.- Envelliment psicològic: l'envelliment entès com part del Cicle Vital**

La concepció de principis del segle XX respecte el desenvolupament psicològic i cognitiu en les últimes fases de la vida de l'individu, es fonamentava en plantejaments eminentment biologicistes propis de les teories predominants del moment. Destaquem, per exemple, la influència de la concepció piagetiana de desenvolupament psicològic per a qui aquest creixement és comparable al creixement biològic del nen i adult. Així com el cos evoluciona fins un nivell relativament estable, caracteritzat per la maduresa dels òrgans, també la vida mental pot ser entesa com si evolucionés en la direcció d'una forma d'equilibri final. Aquesta forma d'equilibri mental és més inestable, ja que una vegada aconseguida l'evolució ascendent, s'inicia l'evolució regressiva que condueix a la vellesa (Piaget, 1971).

Els resultats d'estudis transversals basats en l'avaluació de la intel·ligència mitjançant tests (Yerkes, Wechsler-Bellevue) administrats a persones de diferents edats, corroboraven l'esmentada concepció per la qual la intel·ligència disminueix amb el transcurs de l'edat de les persones. És en el període entre guerres on es desenvolupa de manera predominant aquest model teòric deficitari de desenvolupament dels factors amb component psicològic.

L'aparició d'una major pressió demogràfica del sector envellit i la necessitat d'afrontar els problemes derivats d'aquest emergent fenomen, desenvolupa els estudis poblacionals específics d'aquest sector des d'una metodologia de recerca longitudinal. Aquest nou enfocament demostraria que el deteriorament del rendiment psicològic relacionat amb l'edat no és en absolut la regla general (Lehr, 1988).

Són diferents les objeccions plantejades als estudis de mesura de rendiment psicològic des d'una perspectiva transversal. La diferència dels nivells d'escolarització, el nivell social, l'experiència professional, la motivació, la salut o l'entrenament personal a aquestes proves, són alguns dels factors argüïts per a rebutjar la hipòtesi del deteriorament amb l'edat.

Es planteja també la necessitat de trobar constructes més informatius, que permetin discriminar entre diferents aspectes de la intel·ligència. Així, en la *intel·ligència fluida* el factor velocitat de resposta és crític, mentre que en la *intel·ligència cristallitzada*, els aspectes relacionats amb la reflexió i el raonament són més importants. Amb el pas de l'edat sembla ser que són els factors relacionats amb la velocitat de resposta, els més afectats, mentre que els vinculats amb el coneixement consolidat, no només no disminueixen, sinó que són susceptibles de manifestar increments (Lehr, 1988). Tot plegat la variable edat apareix com un condicionant més entre els altres factors a tenir en compte, però no el decisiu en el declinar de les facultats de les persones.



El pas del temps doncs, no té per què interpretar-se estrictament en forma de pèrdua. Aquesta és la manera d'entendre l'esdevenir humà dels teòrics de la Psicologia del Cicle Vital. L'entrada en l'edat senescent és un més dels cicles, cadascun dels quals estan marcats per situacions existencials qualitativament diferents unes de les altres. En aquest sentit, la vida s'interpreta com l'enfrontament amb una cruïlla de situacions que comporten el desplegament d'una nova pauta de respostes diferents a les d'anteriors períodes. Aquest concepte de desenvolupament permet concebre l'envelliment com una etapa més de la vida diferent i no reduir-la a mera involució o regressió. Es tracta d'un projecte inacabat, que necessita estar sempre en situació d'aprenentatge i formació permanent, i l'etapa actual en la que es troba, s'entén en un context dinàmic i positiu.

La importància d'aquesta concepció teòrica com a marc de referència pot considerar-se com a mera qüestió de sentit comú. No obstant, pensem que ens permet comprendre a la persona des d'una perspectiva holística. La Teoria del Cicle Vital entén la dimensió dels esdeveniments humans en diferents nivells biològics, psicosocials, sociològics, socio-econòmics, sanitaris i ecològics. La utilització d'aquest model de comprensió permet una integració transdisciplinària.

Tot i que adquireix un gir predominant als anys 70, la perspectiva del Cicle Vital es construeix sobre les aproximacions de diferents autors i pensadors del segle XX. La distribució de la vida en diferents fases o processos que obeeixen a una evolució, es troba per exemple, en el corpus teòric de C.G. Jung amb el seu concepte de *principi d'individuació*. La individuació és l'estat de separació definitiu de la fase de la infància on estem pegats a la mare, adquirint el fonament de la consciència (Jung, 1982). Permet integrar el conscient amb l'inconscient de les persones, en un procés de coneixement de la personalitat total de l'ésser humà.

Per a Erikson el *Cicle de la Vida* evoluciona amb passos crítics, on es donen canvis, de moments de decisió entre progrés i regressió; entre integració i retràs (Coles, 1970).

Afegir que la visió de la conducta humana des d'aquesta perspectiva està en consonància amb la concepció d'existència humana vinculada amb l'*arribar a ser* heideggerià. L'existència mai és estàtica; sempre està en procés d'arribar a ser alguna cosa nova, que es transcendeix a sí mateixa de manera constant. La finalitat és arribar a ser completament humà, es a dir, realitzar totes les potencialitats. Aquest és un procés infinit i difícil perquè l'elecció d'una possibilitat sempre significa excloure totes les demés (Heidegger, 2000).

### **2.3.3.- Envel·liment social i demogràfic**

Un dels èxits de la nostra societat ha estat obtenir l'allargament de la vida per sobre d'edats que eren gairebé excepcionals fins fa poc temps. Amb les particularitats pròpies de cada territori, el procés d'envel·liment de la població no és tan sols un fenomen exclusiu dels països més desenvolupats, sinó que té un abast mundial.

L'evolució demogràfica de la població catalana, com part integrant d'Espanya i dels països més desenvolupats es caracteritza pel creixent envel·liment de la seva població. Aquest fenomen es concreta a Catalunya amb un important percentatge de majors de 65 anys, de persones majors de 80 anys (índex de sobreenvelliment) i d'una baixa natalitat. A continuació es reproduïx a la figura número 3 la piràmide de població catalana de l'any 2005.

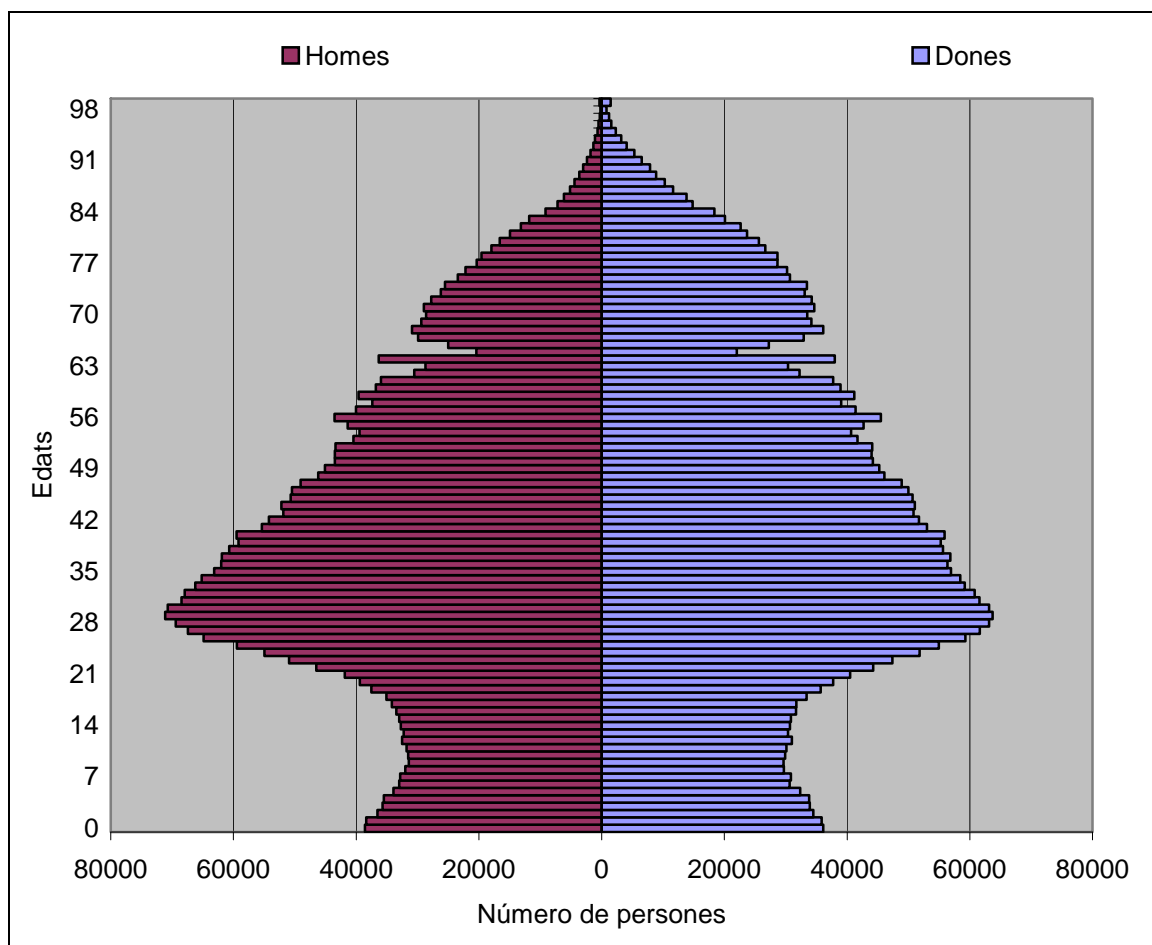


Figura 3. Piràmide d'edats població catalana 2005. Font: IDESCAT, 2006.

El *Llibre Blanc de la Gent Gran Activa* destaca que l'increment progressiu de l'EV genera un creixent volum de població per sobre dels 65 anys, el que posa en evidència l'elevat índex d'envelliment de Catalunya (Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar i Família, 1993). A l'any 1950 a Catalunya només un 8,6% de la població tenia més de 65 anys. Avui aquesta proporció s'ha duplicat fins arribar al 17,4%, amb un total d'1.104.000 persones grans, segons el cens de l'any 2001 (Generalitat de Catalunya. Parlament de Catalunya, 2004). Al 2050, el percentatge de persones majors de 65 serà del 31%. Per províncies, Lleida és la més envellida amb un percentatge de més grans de 65 anys del 19%, tal i com es contempla a la taula número 2 que es transcriu a continuació.

Taula 2. Distribució provincial de les persones de 65 anys i més. Catalunya, 2005. Font: IDESCAT,2006.

2005	Població total	65 anys i més	65 anys i més (%)
Catalunya	6.995.206	1.150.724	16
Barcelona	5.309.404	851.511	16
Girona	664.506	107.672	16
Lleida	399.439	76.958	19
Tarragona	704.907	114.583	16

L'EV al néixer a Espanya observa un creixement notable, sense aturar l'expansió, i es troba entre les més altes del món. Arriba ja als 79 anys, amb 75,7 per als homes i 83,1 per a les dones (IMSERSO, 2004). A Catalunya l'EV un cop arribats als 70 anys, és de 13,1 anys per als homes i de 16,2 anys per a les dones. Per a les persones que arriben als 80 anys oscil·la encara entre els 7,4 anys per als homes, i 8,9 per a les dones (Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar i Família, 1993).

Però el canvi més significatiu d'aquest segle entrant serà, sense dubte, l'increment de les probabilitats de supervivència entre els 60 i els 80 anys. Els octogenaris són el col·lectiu que més s'ha desenvolupat en l'última dècada. Ja són quasi dos milions a Espanya (IMSERSO, 2004).

El sobreenvelliment de la població ens dóna referència del percentatge de les persones molt grans d'una estructura demogràfica. A Catalunya, a l'any 2005, hi han 307.000 persones de més de 80 anys, el que es correspon amb un percentatge del 4,42% respecte el total de la població (IDESCAT, 2006). Edat a partir de la qual es van manifestant progressivament diverses patologies cròniques invalidants i la prevalença de la dependència s'incrementa de manera exponencial, especialment quan no es prenen mesures preventives. A l'any 2050, s'estima que el percentatge de majors de 80 anys serà de l'11,4% (IMSERSO, 2004). Aquesta tendència queda reflectida a la figura numero 4 que es transcriu a continuació.

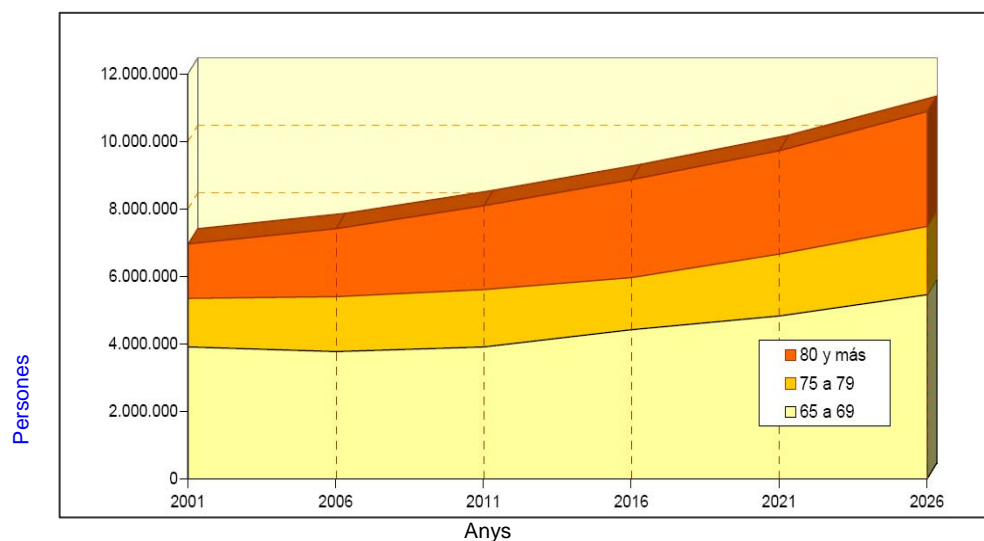


Figura 4. Evolució projectada de la població major espanyola per trams etaris, 2001-2006. Font: *Libro blanco de la dependencia*, IMSERSO '05.

Un fenomen específic del sobreenvelliment és l'aparició dels *supercentenaris*, de les persones que viuen 110 anys o més. Des de 1960, s'ha donat una creixent prevalença i des de mitjans de 1970 el seu nombre s'ha incrementat de manera regular. La seva prevalença actual és aproximadament 5-6 vegades superior a la que existia a mitjans del decenni de 1970 (Bezrukov & Foigt, 2005). En promig, el número de nous centenaris entre els anys 50 i 80 s'ha incrementat anualment un 7% (Vaupel & Jeune, 2000). Les investigacions que es refereixen als factors relacionats amb aquest increment, posen en evidència que la seva proliferació es deu majoritàriament a l'increment dels supervivents entre 80 i 100 anys (Vaupel & Jeune, 2000).

A l'abril de 2004 el número de supercentenaris enregistrats a tot el món era de 818 persones. La persona enregistrada que ha viscut més anys és l'europea Jeanne Louise Calment, amb 122 anys (Bezrukov & Foigt, 2005).



Figura 5. Jeanne Louise Calment. La dona més vella del món.

També és important fer esment de l'*índex de dependència senil*, que ens aporta coneixement respecte el percentatge de gent gran de més de 65 anys, en relació amb la població en edat activa (entre 16 i 64 anys). Aquest índex era del 16% l'any 1975 i avui ja és del 26%. Hi ha, en proporció, més persones grans i això ens fa la tasca d'atendre-les més complicada (Generalitat de Catalunya. Parlament de Catalunya, 2004).

Com s'exposa a l'Informe sobre la dependència a Catalunya del Síndic de Greuges, el fet és que avui una persona de 65 anys té una EV de 19 anys, dels quals 8 –el 43%– els viurà en situació de dependència. Des d'aquesta perspectiva, Catalunya baixa posicions respecte als països més avançats, ja que, si bé la nostra EV és de les més altes, aquest liderat es perd quan el paràmetre a valorar és el d'*Esperança de Vida Lliure de Discapacitat (EVLLD)*, que queda reflectida a la figura 6 (Generalitat de Catalunya. Parlament de Catalunya, 2004).

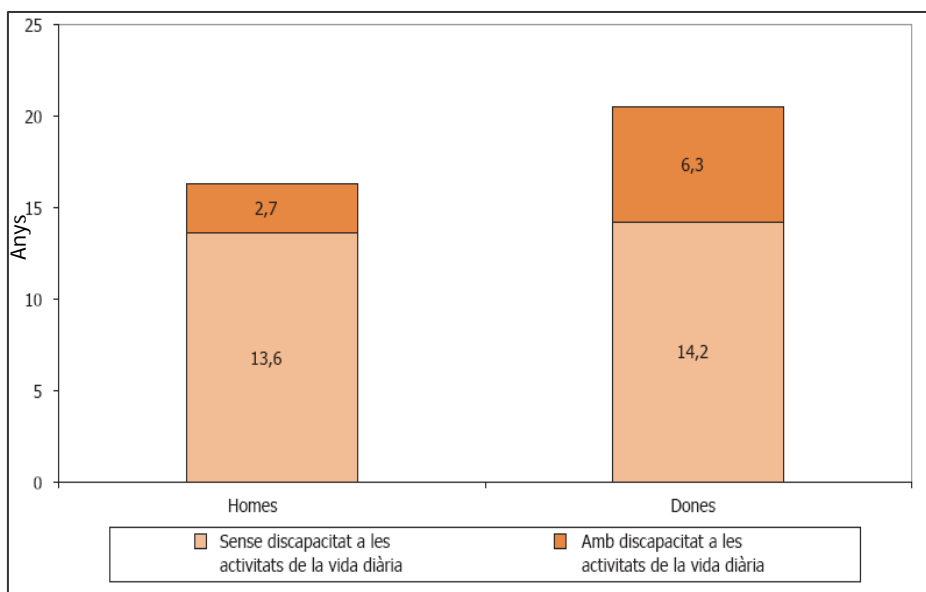


Figura 6. EVLLD als 65 anys. Font: Fundació Institut Català de l'Envel·liment, 2004.

La solució a la situació de dependència de les pròximes generacions és un dels reptes més importants que cal afrontar des d'una perspectiva institucional i política. L'accentuació en un futur molt proper de l'envelliment i sobreenvelliment poblacional, relacionat amb l'arribada als 60 dels membres de la cohort del "baby boom" a Espanya, ha generat actualment un debat sobre els models de gestió de la dependència i la necessitat de crear un sistema social i assistencial que doni cobertura a aquestes previsions.

#### 2.3.4.- Envel·liment i estil de vida actiu

L'expressió "*envelliment actiu*" va ser adoptada per l'OMS a finals dels anys 90 amb la intenció de transmetre un missatge més entenedor que d'altres utilitzades fins el moment com "*envelliment competent*", "*envelliment amb èxit*" o "*envelliment saludable*" i contribuir així a clarificar significats que possessin un clar èmfasi en la millora de la QDV de les persones que envelleixen des d'una perspectiva global (OMS, 2002).

El terme “*actiu*” fa referència a la contínua participació en les qüestions socials, econòmiques, culturals, espirituals i cíviques, i no tan sols a la capacitat per estar físicament actiu. Per tant, és un terme no només assimilable a les persones autònomes, sinó que es refereix a una concepció més àmplia, globalitzadora, que implica també a les persones en situació de discapacitat, però amb una mentalitat oberta i emprenedora envers els canvis del seu entorn.



Figura 7. Determinants d'envelliment actiu. Font: OMS, 2002.

Tal i com queda palès a la figura número 7, l'envelliment actiu depèn d'una diversitat d'influències que el determinen:

- **Determinants Econòmics.** Són tres els conceptes que tenen un efecte especialment significatiu en el procés d'envelliment de les persones: els ingressos, el treball i la protecció social.
- **Determinants Socials.** El recolzament social, les oportunitats per a l'aprenentatge continuat, la pau i la protecció a la violència i l'abús, són factors fonamentals de l'entorn social que milloren la salut, la participació i la seguretat de les persones que envelleixen.
- **Determinants personals i conductuals.** Són els que més influeixen sobre la persona, ja que són estils de vida que ella adopta. Implicar-se en una



activitat física adequada, tenir una alimentació sana, no fumar i limitar el consum de l'alcohol i dels medicaments, poden evitar la discapacitat i el declinar funcional, perllongar la longevitat i millorar la QDV.

- Entorn físic. Pot ser l'element clau per a mantenir la barrera entre dependència i independència. Les persones grans que viuen en un entorn insegur, amb moltes barreres físiques, surten menys, i són més propenses a l'aïllament social, la depressió i als problemes de mobilitat. Aquest aspecte es desenvoluparà amb profunditat més endavant.

També existeixen determinants transversals, que influeixen sobre tots els aspectes de l'envelliment actiu. Són:

- La Cultura. Tota proposta de treball amb gent gran caldrà que respecti el seu pensament, les seves costums, tradicions i en definitiva, tots els seus valors.
- El Sexe. És un factor determinant molt important ja que les persones grans han estat sotmeses durant la seva vida a unes pautes de conducta molt marcades des d'aquest punt de vista.

Aquestes dades són confirmades per investigacions orientades amb perspectives diferents. Estudis longitudinals han posat en evidència la relació entre la saviesa i l'envelliment saludable (Lehr, 1988). La saviesa, definida com una combinació de qualitats de la personalitat, cognitives, reflexives i afectives, té un efecte positiu en el nivell de satisfacció de la vida de les dones analitzades, en la seva salut física i en la qualitat de les relacions de la seva família. En concret té un impacte important en el nivell de satisfacció de les persones grans, al igual que d'altres paràmetres objectius com salut física, situació econòmica i social, ambient físic, o extensió de les relacions socials. Un major nivell de realització de pràctica en activitats que impliquen una actitud activa entre les persones grans com passejar, activitats socialitzadores, de

lleure, s'associen amb els nivells més elevats de Salut i QVRS (Jenkins, Pienta & Horgas, 2002) i amb un increment de longevitat (House, Robbins & Metzner, 1982).

També s'han trobat relacions entre integració social, millora de la salut i reducció de la mortalitat (House, Robbins & Metzner, 1988). A la inversa, les persones que passen la major part del seu temps sense fer res, són més propenses a patir una pitjor QVRS (Jenkins, Pienta & Horgas, 2002).

En definitiva, sembla que els estudis ens indiquen que l'actitud mental general de la persona pot exercir un significatiu efecte psicosomàtic sobre la longevitat (Gude Sampedro, Rey García, Tato, Beceiro, Fernández Merino & Faraldo Vallés, 2003), tot i que en funció del sexe sembla ser que hi han importants diferències en algunes dimensions (Lee, 2000). En conseqüència, la forma d'afrontar la vida, es considera un important predictor del bon envellir (Lehr, 1988).

També es constata que les persones que viuen més anys són més actives, amb un estat d'ànim i amb una capacitat d'adaptació millor (Lehr, 1988). Cal recordar aquí la tradicional controvèrsia, apareguda a mitjans del segle passat, entre "*activistes*" i "*aïllacionistes*". En un primer moment, aquests resultats semblarien verificar aparentment la denominada "*Teoria de la activitat*" (Lehr, 1988), per la qual es postula que els vells que es mantenen actius i socialment integrats se senten més satisfets i amb un bon benestar subjectiu. Aquesta postura s'oposa a la "*Teoria de la desvinculació*" de Cumming & Henri (Lehr, 1988), la qual afirma que l'envelliment satisfactori es dóna quan la persona gran es desvincula del contacte social.

Sembla ser que els resultats dels estudis longitudinals fan compatibles les dues teories (Lehr, 2004). Les persones actuen en consonància amb una o altra teoria depenent del paper, la seva personalitat i la situació. Les persones amb menor grau d'interessos, menor nivell d'intel·ligència, menors perspectives de

futur i una autoestima negativa, reaccionen en l'àmbit familiar verificant la teoria de l'activitat. És a dir, gaudeixen d'una major satisfacció a més contactes de tipus familiar. En canvi, en l'àmbit extrafamiliar, reaccionen segons la teoria de la desvinculació.

D'altra banda, les persones amb molts interessos, amb un nivell d'intel·ligència alt, bones perspectives de futur i autoestima positiva, es comporten en l'àmbit de la família segons la teoria de la desvinculació i en l'àmbit extrafamiliar, conforme la teoria de l'activitat.

## **2.4.- Exercici físic i gent gran**

### **2.4.1.- Beneficis de la pràctica d'activitat física**

En els éssers humans s'estima que la durada màxima de la vida genèticament programada, es pot establir al voltant dels 120 anys (Hayflick, 1999). En canvi, l'EV de les societats més desenvolupades està al voltant dels 80 anys aproximadament. Això vol dir, que si millorem les condicions de vida de les persones durant el seu cicle vital, existeix un ampli marge per a poder incrementar la longevitat de la població. La promoció de la pràctica d'exercici físic és una estratègia fonamental per al manteniment d'un estil de vida actiu i saludable de les persones en general i dels vells en particular, en diferents aspectes.

#### **2.4.1.1.- Beneficis funcionals**

Existeix una àmplia literatura sobre l'abast dels beneficis de la pràctica de l'activitat física entre les persones grans i la seva contribució a l'augment de la QDV i la seva longevitat. S'ha demostrat que la mobilitat és precisament un potent predictor de baixa mortalitat amb l'edat (Gude Sampedro, et al. 2003; *U.S. Department of Health and Human Services*, 1996). Existeix una clara

evidència en 38 estudis analitzats entre Estats Units i Europa que l'activitat física de les dones retarda la mortalitat de les usuàries practicants comparant els resultats amb els de les persones inactives (Oguma, Sesso, Paffenbarger & Lee, 2002).

Les persones que fan activitat física, a llarg termini estan relacionades amb una disminució de la discapacitat i de la dependència de les persones grans més velles. També en persones amb malalties cròniques, la participació sistemàtica en activitats físiques incrementen la funció física (Spiriduso & Cronin, 2001).

La pràctica habitual de l'exercici físic augmenta la funcionalitat de dimensions biològiques del cos humà com la capacitat muscular, la resistència, l'equilibri, la mobilitat de les articulacions, la flexibilitat, l'agilitat, la velocitat de pas i la coordinació física en general. Té també efectes favorables sobre el metabolisme, la regulació de la pressió sanguínia i la prevenció de l'obesitat. Es relaciona amb un bon nivell de pràctica física, un menor risc de patir malalties cardiovasculars, osteoporosi, diabetis i alguns tipus de càncer (Organització Mundial de la Salut, 1998; U.S. Department of Health and Human Services 1996).

#### **2.4.1.2.- Beneficis psicològics**

La participació regular en activitats físiques també contribueix a reduir la depressió, l'ansietat, millorar l'humor i l'habilitat per a desenvolupar les tasques de la vida diària. Aquesta relació s'ha estudiat en persones joves o de mitjana edat, i no tant en persones grans (de Gràcia, Marcó, 2000). Els resultats indiquen una associació entre aspectes de benestar mental i psicològic com la promoció de l'autoestima i de l'afecte positiu (Galloway, Bell & Hamilton, 2005). L'activitat física sembla que millora també la QDV, en concret en les dimensions psicològiques de benestar i la funció física en persones amb una salut limitada (l'U.S. Department of Health and Human Services, 1996). Els estudis al

respecte han trobat resultats positius entre nivell de pràctica física regular i percepció de QDV (Rejeski, Brawley & Schumaker, 1996; Rejeski & Mihalko, 2001; Stewart, King & William, 1993; Laforge, Rossi, Prochaska, Velicer, Levesque & McHorney, 2000; Brown, Balluz, Heath, Moriarty, Ford, Giles & Mokdad, 2003), o satisfacció amb la vida (McAuley, Blissmer, Marquez, Jerome, Kramer & Katula, 2000).

Alguns estudis longitudinals demostren els beneficis de la pràctica d'exercici físic mitjançant un programa comunitari. Per a Soler (2003), la intervenció del vell en un programa psicociomotriu aconsegueix contribuir positivament al manteniment de la salut en diferents dimensions:

- Les millores significatives més importants es donen a nivell psicològic i cognitiu i no tant a nivell biològic.
- Permet una millor adaptació a l'esforç i millor resposta als estímuls.
- La dinamització corporal d'aquests programes provoca una millora en l'àmbit motor, que incideix positivament en la forma física i en el control i domini del cos i el moviment.
- El plantejament didàctic proposat per a l'entrenament de les habilitats corporals, millora la seva competència psicomotora.
- Els subjectes, al sentir-se més capaços, gaudeixen d'un major benestar.
- Facilita millores en paràmetres físics i psicològics, com l'autoeficàcia o la sensació de benestar.

#### **2.4.1.3.- Beneficis socials**

La manera d'entendre les relacions personals de la nostra cultura és un factor a tenir en compte per a valorar la importància social de l'exercici en general i dels PEFCGGC's en particular. L'elaboració de lligams i relacions interpersonals contribueix de manera definitiva a l'establiment de xarxa social, el que és un element clau per al foment de la identitat, el benestar, la millora de la salut i la capacitat d'adaptació a l'entorn per part de les persones (Navarro, 2004). El fet de poder tenir un confident, ja sia amic o company, és un element cada vegada més valorat en les nostres societats. Els veïns proporcionen moltes vegades un recolzament més instrumental mentre que els amics, ho fan des d'un punt de vista més emocional. Les relacions d'amistat són més importants per a les dones i a edats més avançades, el que pot explicar en part l'important percentatge de dones dels nostres programes de manteniment, respecte els homes (Navarro, 2004).

D'altra bandaensem que la interpretació d'aquest apartat no quedarà completament tancada sense tenir en compte la perspectiva del *capital social*, que es desenvoluparà en l'apartat 2.6.3.2.

Alguns estudis remarquen la importància dels factors socials en la participació esportiva. Existeix un ampli consens que relaciona la participació esportiva i resultats com creixement personal, integració social, suport social, o benestar comunitari. Sembla ser que no és tant important la quantitat de vegades que es du a terme activitat física sinó la qualitat i el nivell de satisfacció amb que es practica (Buz, Mayoral, Bueno & Vega, 2004; Lehr, 2004).

#### **2.4.1.4.- Beneficis de l'exercici físic segons l'OMS**

A forma de resum, s'utilitzarà el document de Heilderberg, creat pel *European Group for Research into Elderly and Physical Activity*, que col·labora directament amb la OMS, per enumerar els principals beneficis de la pràctica regular (OMS,1996). Es presenta a la taula número 3.

Aquestes normes van ser elaborades per un comitè científic i es van presentar en el 4t. Congrés Internacional sobre Envel·liment Sa, Activitat i Esport, en agost de 1996, en Heidelberg (Alemanya). La seva finalitat és contribuir a la formulació d'estratègies i polítiques per a les intervencions dirigides tant a la població com a les comunitats, amb la finalitat de mantenir o augmentar el nivell d'activitat física de les persones de 50 anys o més.

Taula 3. Beneficis de l'exercici físic. Font: OMS,1996.

<b>Beneficis generals</b>
Millora el benestar general
Millora l'estat general de salut física y psicològica
Ajuda a conservar una vida independent
Redueix el risc de contreure certes malalties no transmissibles (per exemple cardiopatia coronària, hipertensió)
Ajuda a controlar determinats trastorns (per exemple, l'estrès, la obesitat) i malalties (com la diabetis i la hipercolesterolèmia)
Ajuda a reduir al mínim les conseqüències de certes discapacitats i pot facilitar dades y pot contribuir a la millora dels patiments dolorosos.
Pot ajudar a modificar els estereotips respecte la vellesa.
<b>Beneficis per a l'individu de l'activitat física</b>
<b>1. Fisiològics</b>
<b>a. Beneficis immediats:</b>
Ajuda a regular els nivells de glucosa sanguínia.
Estimula la secreció tant d'adrenalina com de noradrenalina
Es dorm més i millor
<b>b. Efectes a llarg termini:</b>
Millores substancials en el funcionament cardiovascular després de l'entrenament apropiat.
Enfortiment de la musculatura i conservació de la independència en la vellesa.
Preservar i restablir la flexibilitat.
Preveu i retarda la disminució de l'equilibri i la coordinació que comporta l'edat, el factor de risc més important en les caigudes.
Retard en la disminució de la velocitat de moviment.
<b>2. Psicològics</b>
<b>a. Beneficis immediats</b>
Facilita la relaxació.
Reducció de l'estrès i l'ansietat.
Millora de l'estat d'ànim.
<b>b. Efectes a llarg termini:</b>
Benestar general.
Millora de la salut mental i de varis trastorns mentals inclòs la depressió i l'ansietat.
Preserva la disminució de la velocitat de processament del sistema nerviós central.

Ajuda a prevenir la disminució amb l'edat de la capacitat motora fina i gruixuda.
Adquisició de noves aptituds i refinar les existents.
<b>3. Socials</b>
<b>a. Beneficis immediats:</b>
Potenciació del paper actiu en la societat de les persones majors.
Reforç de la integració social i intercultural de molts adults d'edat major.
<b>b. Efectes a llarg termini:</b>
Reforç de la integració social i contribueix activament al medi social.
Establiment de noves amistats, relacions i contactes socials.
Conservació de papers actius i adquisició d'altres de constructius nous.
Reforç de l'activitat intergeneracional i reducció de la imatge estereotipada envers l'envelliment i els adults majors.
<b>Beneficis de l'activitat física per a la societat</b>
Reducció dels costos d'atenció sanitària i social, retardat l'inici de la debilitat física i les malalties.
Augment de la productivitat de les persones grans.
Promoció d'una imatge positiva i activa de les persones grans, en especial d'experiència i maduresa pròpia de la gent gran.

## 2.4.2.- Nivells de pràctica d'activitat física entre la gent gran

### 2.4.2.1.- Fonts d'informació

Són diferents les vies d'obtenció de dades referents als nivells de pràctica física i esportiva del nostre col·lectiu. Podem trobar-les en enquestes sobre hàbits esportius de la població en general, en enquestes de caire epidemiològic sobre hàbits de salut i també a informes específics sobre les condicions de la població gran en general.

L'estudi de referència a nivell nacional que mesura els nivells de pràctica física i esportiva de la població en general és el que dirigeix García Ferrando ("*Hábitos deportivos de los españoles*"), que de forma periòdica s'actualitza, des de 1975 i s'edita pel "*Centro de Investigaciones Sociológicas*" (García Ferrando, 2001). La història estadística acumulada en les successives actualitzacions de l'esmentada enquesta fa que es tingui una informació consistent respecte l'evolució de les pràctiques esportives en els últims anys a Espanya.



Els seus resultats serveixen de referència al projecte europeu COMPASS (*Coordinated Monitoring or Participation in Sports*). Es tracta d'una recerca impulsada pel Consell d'Europa i altres organismes esportius nacionals europeus, amb l'objecte de comparar els resultats dels estudis dels països que participen. S'han reunit dades a partir de 1997, però no és fins el 2000, quan s'ha acordat unificar alguns indicadors i aspectes metodològics comuns en el disseny de les enquestes (García Ferrando, 2001).

A nivell autonòmic han estat diferents les perspectives d'abordatge de la quantificació de les pràctiques esportives de la població. L'any 1990, donada la necessitat de conèixer les característiques de la demanda esportiva catalana i amb l'objectiu de poder confeccionar el "*Pla Director d'Instal·lacions i Equipaments Esportius de Catalunya*" (PIEC) es confecciona l' "*Enquesta sobre la pràctica d'activitats físicoesportives a Catalunya*" que va ser reeditada l'any 1999, per la Direcció General de l'Esport a Catalunya (Giralt & López Jurao, 1999). Actualment s'ha presentat una nova edició amb presentació a maig de 2005. Amb anterioritat, també l'Ajuntament de Barcelona havia publicat els resultats de la seva enquesta sobre hàbits esportius (Ajuntament de Barcelona, 1983) i successives actualitzacions.

D'altra banda cal fer esment de l'estudi a nivell estatal "*Actitudes y prácticas en actividad física: situación en España respecto al conjunto europeo*" (Varo Cenarruzabeitia, 2003). Aquest estudi forma part d'un més ampli que es du a terme a nivell de 15 estats membres de la UE, basat en una enquesta dirigida a la població europea d'edat superior a 15 anys sobre aspectes de l'activitat física i la salut. Dirigeix l'estudi l'*Institute of European Food Studies* i introdueix el *model transteorètic*<sup>16</sup> de canvi de conducta envers la pràctica d'exercici físic (Prochaska & Di Clemente, 1982). Es demostra que a Espanya no només hi ha un més alt percentatge de sedentaris, sinó que la proporció de persones amb menys propensió a adquirir una actitud positiva de canvi respecte la pràctica

---

<sup>16</sup> Es farà una explicació d'aquesta teoria en l'apartat 2.6. corresponent a teories i models de ciències socials aplicats al comportament de la pràctica esportiva.

d'activitat física és més gran. Entre d'altres col·lectius, el de majors de 65 anys és dels més sedentaris (Varo Cenarruzabeitia, 2003).

Les enquestes de salut són una altra font que ens poden proporcionar dades referents als nivells de pràctica dels ciutadans. Aquests instruments es dissenyen per a detectar dades referents a població més envellida. Fet que d'altra banda és lògic, ja que el sector de la gent gran és la font d'atenció i la demandant de serveis de salut més important (IMSERSO, 2002; IMSERSO, 2004). El que interessa és conèixer el nivell de pràctica d'activitat física, i no tant el tipus d'esport practicat. Aquí importa qualsevol tipus de conducta motriu que pugui ser susceptible de ser interpretada com no sedentària, ja sia des de la perspectiva laboral, domèstica o del lleure. S'utilitzen també per a obtenir informació referent a fenòmens subjectius relacionats amb els nivells de morbiditat percebuda, les conductes relacionades amb la salut, la QVRS i els nivells d'utilització i satisfacció dels serveis sanitaris que utilitzen.

A nivell nacional, la referència és la "*Encuesta Nacional de Salud*", duta a terme amb periodicitat des de 1987. Posteriorment aquests estudis s'han anat expandint de manera específica a la major part de les comunitats autònomes espanyoles. La primera edició de l'Enquesta de Salut a Catalunya, contempla com a univers la població no institucionalitzada de totes les edats residents a Catalunya i es va dur a terme l'any 1994, de la que s'ha fet una nova actualització l'any 2002 (ESCA 2002)<sup>17</sup>. Aquesta no ha estat la primera enquesta entre la població catalana específica, ja que des de 1983, es publica de manera periòdica l'Enquesta de Salut de Barcelona.

Existeixen també estudis específics de la població gran, dissenyats amb l'objectiu de constituir-se com eina de consulta per a professionals i polítics que planifiquen i duen a terme la seva tasca en l'àmbit d'intervenció en geriatria i gerontologia. Disposen d'un conjunt de dades àmplies, algunes d'elles que fan

---

<sup>17</sup> Els resultats de la ESCA'02 seran utilitzats per a comparar amb els resultats obtinguts en la present recerca, tal i com es contempla més endavant.

referència a l'activitat física. És el cas d'un document a nivell de l'estat espanyol, que publica *El Observatorio de las Personas Mayores* en diferents edicions. El més actualitzat, corresponent a 2006, ha estat publicat durant el 2006, i titulat: "*Las personas mayores en España. Informe 2006*" (IMSERSO, 2006). Es compona d'estudis monogràfics i enquestes de diferents aspectes relacionats amb la gent gran arreu d'Espanya, entre elles la "*Encuesta Nacional de Salud*", de la que ja n'hem parlat anteriorment. Les edicions anteriors han estat les de 2000, 2002 i 2004. L'edició de 2004 incorpora al seu qüestionari una pregunta de mesura global de la QVRS.

A l'any 2003 es publica per la Diputació de Barcelona el document: *Condicions de vida i hàbits de la gent gran de la província de Barcelona* (Sintes & Ramón, 2003), realitzat per l'Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans, amb l'objectiu de contribuir a la millora del coneixement del perfil de la gent gran en el nostre territori i convertir-se en un instrument de referència per a la correcta gestió i planificació de les polítiques públiques, referides a les condicions de vida i hàbits de la Regió de Barcelona. L'estudi analitza quina és la situació social actual de les persones grans i posa de relleu la transformació d'aquesta etapa vital trencant amb la visió estereotipada de la vellesa com un període d'inactivitat. La gent gran apareix com un col·lectiu divers en els àmbits analitzats, que van des de la seva estructura social i demogràfica fins a les condicions familiars i econòmiques, passant pels seus hàbits de lleure, relacionals i culturals. L'informe destaca les tendències de canvi introduïdes per les persones jubilades més recentment, que s'inicien en aquesta nova etapa de la seva vida amb una posició social més dinàmica i rica i obren una nova perspectiva de l'envelliment actual i futur.

#### **2.4.2.2.- Problemes metodològics d'interpretació de dades entre estudis**

Quan intentem quantificar els nivells de pràctica fisicoesportiva entre les persones grans de la nostra comunitat ens trobem amb dificultats. En primer

lloc, no hi ha estudis coneguts que hagin analitzat de manera específica els hàbits esportius de la gent gran en el nostre territori nacional o autonòmic. Com ja hem vist anteriorment, les dades s'han d'extreure de forma complementària d'altres fonts d'informació més generals. O bé d'estudis d'hàbits esportius on les preguntes dirigides a gent gran no són específiques, o bé d'estudis epidemiològics, on les dades sobre els usuaris grans són abundants, però no fan un anàlisi directe dels seus hàbits esportius. Això fa que els resultats que busquem apareguin en moltes ocasions incomplets o barrejats amb els d'altres col·lectius.

Per exemple, l'enquesta sobre hàbits esportius dels barcelonins, recollia dades de la població compresa entre 15 i 69 anys (Ajuntament de Barcelona, 1983). En el cas de les persones grans, es deixa de banda un sector de la població que segueix essent interessant per analitzar com són els majors de 69 anys, i més en els pròxims anys, on el nombre de persones grans més velles s'incrementarà de manera significativa.

També l'enquesta de Manuel García Ferrando a nivell nacional de l'Estat, recull de manera incompleta la població de gent gran. A les anteriors edicions a la del 2000, les edats de referència eren les compreses entre 15 i 64 anys, tot i que a partir de la del 2000, afortunadament, el llindar s'incrementa al contemplar uns extrems mostrals entre els 15 i 74 anys (enquesta 2000), en consonància amb el projecte COMPASS.

Tot i l'esforç dut a terme des d'àmbits diferents en l'obtenció de dades referents a gent gran, hi ha un sector del que és difícil obtenir-ne i que tots els estudis dirigits a la població en general, de manera pràcticament sistemàtica deixen de costat. Ens estem referint a la població que es troba en situació institucionalitzada i de la que no tenim dades de referència en cap dels estudis epidemiològics analitzats. La present recerca farà una incursió en el món dels institucionalitzats, tot i que som conscients de les dificultats metodològiques per a la obtenció de dades comparables d'aquest sector poblacional. En aquest

sentit, estudis específics d'aquest col·lectiu de gent gran pensem que són necessaris per a una comprensió global del fenomen de l'envelliment, la seva relació amb l'activitat física estimulativa i la salut.

Un altre problema és l'abundància de termes diferents per designar coses similars. Hi ha una manca de criteris terminològics unificats a l'hora d'utilitzar definicions com "activitat física", "esport", "pràctica fisicoesportiva", "exercici físic", "autopercepció de l'activitat física" que no sempre s'interpreten en el mateix sentit, ni pels autors dels estudis, ni pels enquestats<sup>18</sup>. Aquesta manca d'unitat es refereix també a la demarcació del criteri pel qual es considera que una persona fa o no fa pràctica esportiva, o els criteris que ajuden a definir conceptes com actius o inactius.

#### **2.4.2.3.- Resultats dels estudis**

L'informe 2002 (IMSERSO, 2002), ens indica que la població espanyola du a terme la realització d'activitat física en els termes que s'esmenten en la taula 4.

L'informe 2004, sobre les persones grans a Espanya, elaborat per l'"*Observatorio de la Personas Mayores*" detecta una tendència en els últims anys a una major implicació en activitats físiques de caire regular, respecte el 2002. Els homes, amb un 21%, són més proclius a la pràctica que les dones, amb un 11% (IMSERSO, 2004).

També els que han aconseguit un nivell educatiu més alt, i un major nivell econòmic, practiquen més exercici físic (IMSERSO, 2004).

Els nivells de pràctica detectats en l'enquesta nacional de García Ferrando, no arriben al 40% del total dels espanyols. Els resultats observats a Catalunya

---

<sup>18</sup> *Sospitosa tendència que ajuda a fer-ne ús electoralista de les dades obtingudes.*

indiquen que el 44% de la població catalana practica un o varis esports (García Ferrando, 2001).

Taula 4. Població que realitza exercici físic en el temps lliure. *Font: Enquesta Nacional de Salut, 1993.*

	Temps sedentari		Activitat física ocasional		Activitat física regular	
	Freqüència	%	Freqüència	%	Freqüència	%
<b>Anys</b>						
1993	11.511	55,1	6.663	31,9	2.715	13,0
1995	2.986	46,9	2.483	39,0	902	14,1
1997	2.910	45,7	2.461	38,6	1.000	15,7
<b>Sexe</b>						
Varons	1.208	39,1	1.227	39,8	651	21,1
Dones	1.702	51,8	1.234	37,6	349	10,6
<b>Edat</b>						
Fins 64 anys	2.295	43,7	1.995	38,0	958	18,3
65 i més anys	609	55,1	460	41,6	36	3,3
<b>Estudis acabats</b>						
Fins 14 anys	1.327	53,9	963	39,1	171	6,9
15 a 17 anys	657	39,4	663	39,8	347	20,8
18 i més anys	627	35,7	686	39,0	445	25,3

A nivell autonòmic, els resultats genèrics obtinguts per l'*Enquesta sobre la pràctica d'activitats fisicoesportives a Catalunya* que va estar reeditada l'any 2005, per la Direcció General de l'Esport a Catalunya (Generalitat de Catalunya, 2005), ens indiquen que el 77,1% de la població catalana ha declarat fer pràctica regular tot l'any. El 44,8% són practicants ocasionals i el 32,3% són practicants regulars. La discordança de dades entre diferents fonts, probablement tenen a veure en les dificultats metodològiques esmentades anteriorment.

Un 47,4% dels catalans diuen haver caminat amb la intenció de fer exercici físic de forma regular, com a mínim un cop per setmana. Pel que fa a la natació recreativa, els percentatges globals indiquen que un 29,8% de la població en practica, però la seva regularitat és baixa ja que només ho fa un 11,1% de manera regular. La gimnàstica de manteniment és la tercera activitat en nombre de practicants, amb un 14,8% de practicants del conjunt de la població.

D'aquests però, 8 de cada 10 ho fan regularment<sup>19</sup>. La quarta és anar en bicicleta amb el 14,4% de practicants (Generalitat de Catalunya, 2005).

En totes les fonts consultades, es constata que la pràctica esportiva disminueix a mesura que augmenta l'edat. Mentre que els més joves enquestats només l'1,8% no són practicants, aquest percentatge arriba al 27,8% entre els majors de 60 anys (Generalitat de Catalunya, 2005).

Cal destacar que tot i que el percentatge de pràctica és inferior a edats més joves, la gent gran que fa esport, ho fa amb una major regularitat. Aquesta característica ve molt lligada amb la manera de gaudir del seu temps lliure. En primer lloc, té una major quantitat de temps respecte les persones laboralment actives. En segon lloc, la regularitat de pràctica està relacionada amb el nivell de compromís que la gent gran pot adquirir amb els lligams de tipus social que volen mantenir, per ells molt importants (Manidi, 2000).

Si centrem l'atenció en l'Enquesta de Salut de Barcelona de 1992 (Domínguez Berjón, Borrell, Nebot & Plasència, 1998), en quant al nivell d'activitat en funció de l'edat, es confirma la mateixa tendència detectada en les enquestes sobre hàbits esportius tal i com ens demostra la taula número 5. S'observa un increment de la proporció d'inactius, a partir dels 15 anys, fins els 44. En la franja de 45 a 64 es manté bastant estable. A partir dels 65 anys, la inactivitat s'incrementa de nou. Així, a partir dels 65 anys, els resultats ens indiquen que el 88,3% dels homes i el 92,1% de les dones, són inactius. La proporció d'inactivitat és més gran en els grups de major edat. Aquesta tendència és pròpia d'altres països també (Domínguez Berjón, et al., 1998).

---

<sup>19</sup> Aquest percentatge ens servirà com a referència, per a calcular la potencial quantitat de persones grans que formen part dels PEFGGC'.

Taula 5. Percentatge de persones que fan exercici. Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social. 2003.

Edat (anys)	Home	Dona	Total
18-29	59,0	44,1	51,5
30-44	48,5	41,1	44,9
45-59	57,1	43,3	50,2
60-74	64,4	50,4	58,1
Total (18-74)	56,7	44,2	50,6

L'ESCA'02, ens confirma que el 41,9% dels homes grans i el 50,3% de les dones grans practiquen una activitat física mínima; el 53% dels homes i el 44,7% de les dones són lleugerament actives i només el 3% dels homes i l'1,8% de les dones fan activitat física de manera intensa (Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003).

En un estudi dut a terme a la població de Madrid (Rodríguez Hernández, Jiménez- Beatty, Graupera Sanz & Martínez del Castillo, 2005), sobre una mostra de 420 persones majors de 65 anys per a detectar la demanda latent, o les persones que estan disposades a practicar esport, es va trobar que:

- El 17,6% dels grans entrevistats són practicants i constitueixen la demanda establerta.
- Un 24,3% són *demanda latent*, es a dir no practicants però interessats.
- Un 58,1% són no practicants i no interessats en practicar.

Els diferents estudis consultats ens indiquen que hi ha un cert nombre de pràctiques que incrementen el número d'usuaris grans. Així, el caminar evoluciona de manera directa amb l'edat, el que està en consonància amb els resultats de l'enquesta nacional (García Ferrando, 2001). I de manera similar es comporten les gimnàstiques de manteniment on el 18% dels practicants majors de 60 anys, en practiquen (Giralt & López Jurao, 1999).



Taula 6. Percentatge de la població que camina. Font: García Ferrando, 2000.

Edats	%
15-24	40
25-34	51
35-44	55
45-54	60
55-64	67
65+	61

L'actualització a 2005 de l'enquesta nacional d'hàbits esportius ens indica que per trams d'edat, on més avança la pràctica esportiva és entre persones amb edats compreses entre els 25 i 44 anys, així com entre les persones de més de 65 anys, que creixen un 5 i un 6% respectivament en relació a l'anterior enquesta de l'any 2000 (García Ferrando, 2005).

## 2.5.- QVRS i envelliment

La QVRS és un concepte ampli, molt unit als de QDV i Salut. En aquest apartat farem un recorregut pel concepte modern de Salut, vinculat a l'origen de la medicina del segle XIX, així com pel de QDV, per finalitzar en l'objecte propi de la present investigació, on es destaca el seu caràcter subjectiu.

### 2.5.1.- Medicina moderna

La medicina moderna neix a principis del segle XIX, vinculada a les corrents del pensament predominant de l'època. És el moment en el que apareixen les investigacions bacteriològiques, i es sistematitzen els coneixements sobre l'estructura i la funció de l'organisme humà, així com la seva relació amb els estats de salut i malaltia (Geymonat, 1985).

El seu origen es fonamenta en la concepció mecanicista del model cartesià i en la preocupació per trobar la causa dels símptomes que afecten les malalties del pacient. Foucault expressa amb aquesta contundència el canvi de perspectiva:

*“El cambio ínfimo y decisivo que ha sustituido la pregunta ¿Qué tiene usted?, con la cual se iniciaba en el siglo XVIII el diálogo del médico y del enfermo con su gramática y su estilo propios, por esta otra en la cual reconocemos el juego de la clínica y el principio de todo discurso: ¿Dónde le duele a usted?”.* (Foucault, 1999, p.14)

La teoria que dóna sentit a la interpretació mecanicista de la medicina és la de l'Evolució, que ofereix un principi unificador, a partir del qual els fenòmens biològics apareixen com manifestacions progressives del procés de selecció natural (Geymonat, 1985). I la seva consolidació epistemològica es recolza en la filosofia positivista de Comte que acompanya l'impuls industrialitzador de l'època (Geymonat, 1985). El saber científic mèdic es sustenta en l'experiència com recurs de verificabilitat del coneixement. Aquest plantejament perviveix fins els dies actuals, amb el neopositivisme i el conductisme (Wulff, Pedersen & Rosenberg, 2002).

Així, la classificació actual de causes de morts es basa encara en criteris empiristes i mecanicistes relacionats amb la seva etiologia. En l'ESCA'02 (Generalitat de Catalunya, 2003) per exemple, s'especifiquen les causes de mort prevalents de la població catalana, que són diferents segons l'edat i el gènere. D'entre les persones de 65 a 74 anys, en els homes les causes són el tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó, les malalties isquèmiques del cor, la bronquitis i l'asma. En les dones són les malalties isquèmiques del cor, el càncer de mama i les malalties cerebrovasculars.

El pensament aplicat a la salut ha anat consolidant formes diferents d'entendre la medicina moderna originària, fruit potser d'una nova concepció de l'home, que es fonamenta en pensadors com Kierkegaard, Heidegger, Gadamer, Sartre o Habermas, i que configuren la tradició hermenèutica (Wulff, Pedersen & Rosenberg, 2002). Aquests autors, tot i les seves diferències, tenen en comú que es preocupen pel problema de l'existència humana, pels fenòmens de la psique i s'apropen a la seva interpretació mitjançant la reflexió filosòfica. Tot i

concebre l'home de manera global, posen l'èmfasi en el subjectivisme, els valors, les creences o el patiment dels pacients. Interpreten la realitat en funció de la personalitat, la voluntat i les circumstàncies existencials de la persona. Parteixen de la convicció de que la raó és una font de coneixement al marge de l'experiència sensible. Són temes clau per ells, l'ansietat o l'angoixa, que es tracten des d'una perspectiva positiva, com un element propi de l'essència i de la constitució de la persona, que possibilita a la vegada la recerca de nous valors que sustentin la nostra existència. Des d'aquesta perspectiva, el tractament tradicional psiquiàtric amb antidepressius o ansiolítics no solucionen el problema; l'eludeixen o l'amaguen (Wulff, et al., 2002).

La percepció de la QVRS té punts coincidents amb aquesta perspectiva. En aquest sentit, l'anàlisi que es durà a terme en el present estudi s'estima especialment sensible als plantejaments constructivistes, tal i com s'ha plantejat anteriorment, ja que els resultats obtinguts no deixen de fonamentar-se en la percepció del subjecte.

### **2.5.2.- Concepte de salut**

El concepte de salut i la seva evolució actual reflecteix aquestes maneres d'entendre la medicina. "Salus" es refereix a l'estat en que l'ésser orgànic desenvolupa normalment les seves funcions (Perea Quesada, 2002). Des d'aquesta perspectiva, conserva les connotacions mecanicistes originàries de la medicina moderna. Però les noves tendències en el pensament, també han integrat altres dimensions com són els aspectes subjectius i els ambientals.

Al 1941 Henry Sigerist, analitzant la importància de la salut per al benestar humà, va afirmar: *"Una persona saludable és una persona equilibrada corporal i mentalment, i ben adaptada al seu ambient físic i social. Està en complet control de les seves facultats físiques i mentals, pot adaptar-se als canvis ambientals, fins el punt que no excedeixi els seus normals límits, i contribueix al*

*benestar de la societat en acord amb aquesta habilitat. La Salut, per tant, no és simplement l'absència de malaltia; és quelcom positiu, una actitud de plaer davant la vida i una alegre acceptació de les responsabilitats que la vida ens encomana*" (Chatterji, Ustün, Sadana, Salomon, Mathers & Murray, 2002).

Aquesta definició va ser recolzada pel President de la Primera Assemblea Mundial de la Salut de la OMS, Dr. Andrija Stampar des del School of Public Health in Zagreb, que va jugar un paper fonamental en el disseny de la definició sobre salut que està a la Constitució de la OMS i al "Contracte Internacional Sobre Drets Econòmics, Socials i Culturals".

Així, el primer paràgraf del preàmbul de la Constitució de l' OMS la defineix com un estat de complet benestar físic, emocional i social, i no tan sols l'absència d'afeccions o malalties (OMS, 1948). La mencionada definició va posar l'èmfasi de la salut en els estats més que en les categories de la malaltia o la mortalitat i la va col·locar en un context més ampli del benestar humà.

Per a l'OMS gaudir del grau màxim de salut que es pot aconseguir és un dels drets fonamentals de tot ésser humà sense distinció de raça, religió, ideologia política o condició econòmica o social.

Més endavant, la pròpia introducció a la constitució afegeix que els governs tenen responsabilitat en la salut dels seus pobles, que només pot ser satisfeta mitjançant l'adopció de mesures sanitàries i socials adequades aplicables a tota la població (OMS, 1948).

Tot i presentar una certa revolució sanitària en el seu moment, aquesta definició ha estat criticada com absoluta, estàtica i utòpica en el context de la nostra societat. En concret s'ha objectat que:

- Equipara la salut a tres dominis del benestar general quan és un concepte diferent, i té un valor intrínsec independent.

- Parteix de la visió de la salut com un pre-requisit per al complet benestar, i per tant, és més un ideal, que la descripció d'un estat permanent.
- No és suficient per a desenvolupar uns indicadors operacionals del que podem entendre per salut. I tot i que la salut es vincula directament amb els tres dominis mencionats, per alguns autors és un atribut intrínsec de les persones, que es pot dividir en una sèrie de dominis multidimensionals especificats en la figura 8.

Analitzem a continuació les dimensions més destacades del concepte de salut actual.

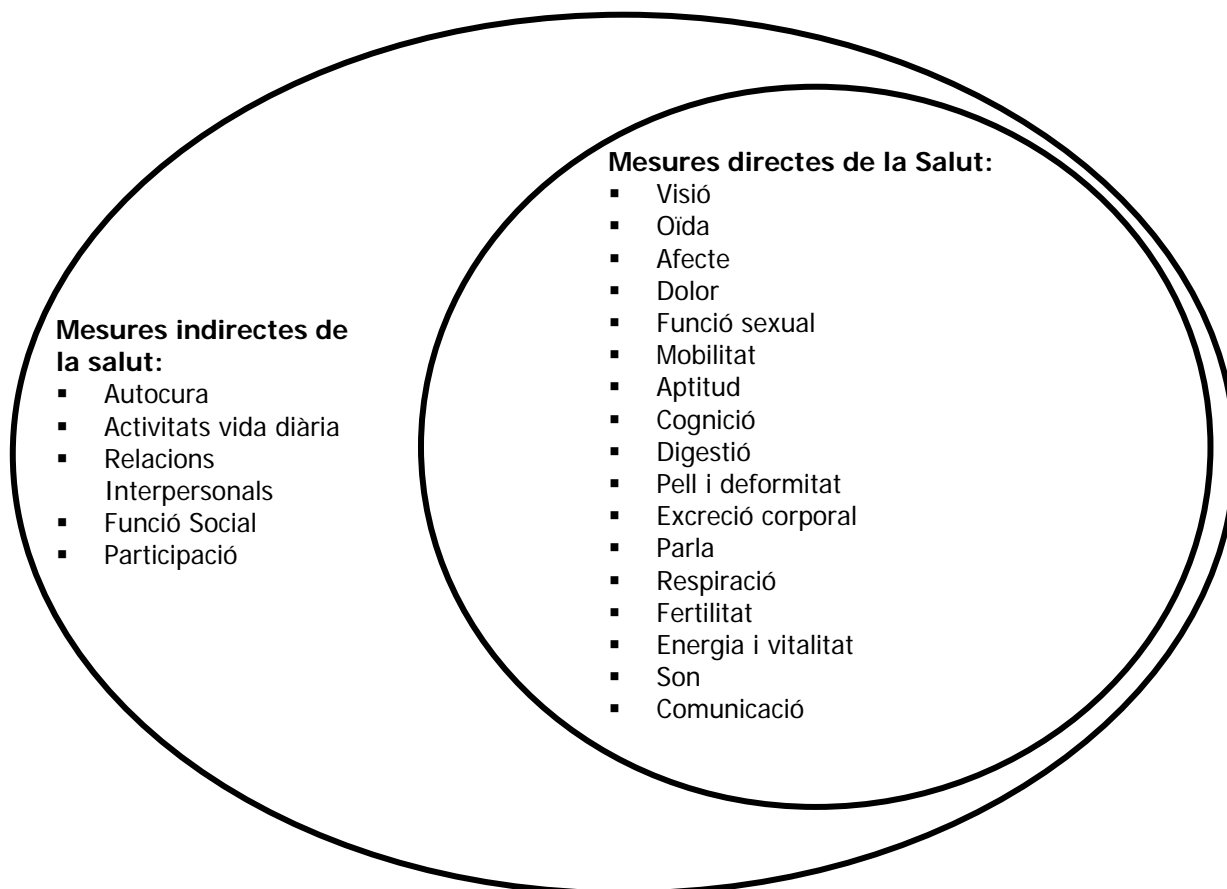


Figura 8. Dominis de la Salut. Font: Chatterji, et al, 2002.

### 2.5.2.1.- Dimensió ambiental de la salut

La definició de salut que fa l'OMS posa l'èmfasi en el caràcter "físic, psicològic i social". Tot i que són dimensions essencials, deixa de banda la necessitat d'incloure l'entorn de la persona com un dels elements condicionants i la influència dels agents estressors propis de la nostra insatisfeta societat postmoderna.

La preocupació per la relació pacient/entorn des d'un punt de vista teòric apareix en la nostra medicina moderna amb Florence Nightingale (1820-1910). Per a Nightingale la malaltia era part d'un procés reparador. La manipulació de l'ambient extern com la ventilació, el calor, la llum, la dieta, el soroll,... contribuïen al procés reparador i a la reposició del pacient (Nightingale, 1990). La seva manera de pensar ha estat la base per al desenvolupament de teories actuals com la Teoria de les Necessitats Humanes de Maslow o la TGS de von Bertalanffy.

Durant la segona meitat del segle XX, es dona un major predomini al *modus vivendi* de les persones com a determinant de la malaltia. Per exemple, el tabaquisme és vist a partir d'un determinat moment com un important factor de risc de càncer de pulmó, cardiopatia coronària i malaltia respiratòria. Al igual com la hipertensió arterial, que és un important factor de risc d'accident cerebrovascular i cardiopatia isquèmica.

En l'actualitat són moltes les investigacions que apunten la relació que hi ha entre alts nivells d'estrès i immunodeficiència, o patologies del sistema cardiovascular. Són cada vegada més freqüents les que relacionen les malalties degeneratives i sobretot, les psicossomàtiques amb la conducta de les persones. En la valoració dels condicionants de la seva aparició es dona molta importància als factors externs i al control dels hàbits saludables de la conducta com a forma de preservar la salut, en la línia que s'ha destacat en l'apartat corresponent a l'envelliment. Ja hem comentat la importància dels factors

ambientals en el desenvolupament normal de l'envelliment de les persones, a mida que es fan més grans. Aquesta mateixa tendència es manifesta en les malalties. Estudis realitzats pel *Center For Disease Control of Atlanta* (Perea Quesada, 2002) manifesten que, quan es supera el primer any de vida la proporció de la mortalitat determinada pels estils de vida augmenta considerablement. Aquesta proporció s'incrementa als nivells més alts durant la vellesa (Fernández Ballesteros, 1998).

Les dades obtingudes dels estudis més recents fan pensar que la tendència adequada és integrar la salut com part important de l'educació de l'individu (Perea Quesada, 2002). L'actual interès per noves branques de la medicina com la epidemiologia, la medicina laboral i la medicina social, s'han d'interpretar dintre d'aquest emergent context social i ecològic. La definició de Perea Quesada, sobre el concepte de salut reflecteix al nostre entendre, la importància dels factors ambientals i la seva dimensió holística: "*Conjunto de condiciones físicas, psíquicas y sociales que permitan a la persona desarrollar y ejercer todas sus facultades en armonía y relación con su propio entorno*" (2002). Aquesta concepció ambientalista de la salut coincideix plenament amb la Perspectiva del Cicle Vital, al no ser el desenvolupament biològic propi de l'edat l'element decisiu en l'adveniment de la malaltia o la disminució de la salut.

### **2.5.2.2.- Dimensió subjectiva de la salut**

L'autopercepció de la salut és l'opinió que tenen les persones respecte el seu estat de salut. És una forma senzilla, directa i global de conèixer l'estat de salut d'una persona. Es mesura examinant la percepció global.

És un concepte que cada vegada està sent més reconegut com una mesura vàlida de predicció entre les persones grans, especialment de la supervivència (Lee, 2000; Mossey & Shapiro, 1982). Els darrers estudis amb centenaris ens mostren que la percepció de la salut des d'un punt de vista subjectiu

proporciona informació més exacta respecte la mortalitat de les persones que els paràmetres de salut objectiva. Existeix un cert consens entre la comunitat científica al entendre que paradoxalment, l'estat de salut objectiu, tradicional paràmetre de la medicina moderna, té un valor limitat en la predicció de la supervivència.

Sembla ser que si la persona es troba objectivament malalta, però es troba subjectivament bé, està més activa física i socialment, afronta millor les situacions problemàtiques superant-les i sobrevivint més temps. En canvi, sentir-se subjectivament malalt condueix a un comportament més passiu i amb menys capacitat per establir lligams eficients d'adaptació a la supervivència (Lehr, U., 2004). Igualment, la percepció de la QDV és un predictor dels resultats de salut de les persones (Azpiazu Garrido, Cruz Jentoft, Villagrasa Ferrer, Abanades Herranz, García Marín & Alvear, 2002).

La fonamentació subjectiva de la nostra salut posa en evidència la importància de la visió constructivista en el coneixement del nostre estat, relativitzant el paper dels paràmetres fisiològics i biologicistes centrats en valors merament positivistes.

### **2.5.2.3.- Dimensió emocional de la salut**

Una de les lectures divulgatives més populars que han destacat el paper de les emocions com element constitutiu de la conducta adaptativa humana, és el llibre d'en Daniel Goleman (1996), que en el seu dia es va convertir en un "best seller" mundial. Ha ajudat sens dubte, pel seu estil de redacció de fàcil comprensió i lectura, a la divulgació del paper de les emocions i el sentiments com factors integradors de la personalitat i intel·ligència de les persones. En el seu llibre sobre la *intel·ligència emocional* remarca la importància dels vincles emocionals com condicionants de la salut de les persones. Goleman destaca els greus efectes per a la salut, que poden tenir la tensió, l'ansietat, l'angoixa o



la depressió, com estats pertorbadors si es dilaten en el temps. I a la inversa, les emocions positives com l'esperança i l'optimisme, poden comportar-se com factors curatius i favorables per a la salut.

La importància de les emocions ha estat destacada també en els últims descobriments en matèria neurològica situant-les al mateix nivell que els demés aspectes de la raó tradicional (Damasio, 2004). Damasio presenta la hipòtesi de l'existència d'un "*marcador somàtic*" com a esquema neurològic que permet proporcionar una regulació corporal bàsica sobre la que es processa el pensament conscient i cognitiu, com la creativitat i el raonament. El marcador somàtic està format pel conjunt de sentiments i sensacions viscerceptives i somatosensorials, conseqüència de les emocions que ens suggereix la percepció i interpretació de la realitat.

La hipòtesi del marcador somàtic permet entendre com generem possibilitats d'elecció a partir d'un número d'alternatives que es presenten en el nostre dia a dia. Les eleccions, els actes de la nostra voluntat conscient i de la nostra raó, es concreten sobre una estructura corporal inconscient o secundària que ens condiciona i a la vegada ens predisposa per a una acció, un acte, o un estat determinat (Damasio, 2004).

D'altra banda, i en coherència amb el que hem exposat en l'apartat corresponent a envelliment psicològic (2.3.2.), existeixen evidències contundents que confirmen que els factors emocionals i cognitius es comporten amb una trajectòria diferent a la biològica (Lehr, 1998). La gent gran pot tenir una major capacitat d'adaptació a certs factors ambientals causants d'estrès, i posseir un bagatge d'experiència acumulada i habituació, que fan que el sistema emocional augmenti l'eficàcia en aspectes com la capacitat de regulació i el control de les emocions de situacions potencialment estressants. Això explica en part per què la variable ansietat/depressió d'alguns dels qüestionaris sobre QVRS no mostren un increment amb l'edat, sinó que es mantenen o decreixen en intensitat estadística (Generalitat de Catalunya,

Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003). Aquesta dada serà contrastada amb les obtingudes en la nostra mostra, i veurem que en ella també es confirma.

#### **2.5.2.4.- Dimensió social de la salut**

Probablement no hi hagi manera de trobar la barrera delimitadora entre factors ambientals i genètics, en els condicionaments de la conducta de les persones. Henri Wallon ens diu: *“Nunca he podido disociar lo biológico y lo social, y no porque los crea mutuamente reductibles sino porque en el hombre me parecen tan estrechamente complementarios desde su nacimiento que no es posible contemplar la vida psíquica sino a través de sus relaciones recíprocas”* (Zazzo, 2004). Tot i així, els investigadors destaquen cada vegada més el pes rellevant dels factors ambientals en la definició del perfil de la salut de tots nosaltres. Ja hem comentat la importància de la perspectiva ecològica en aquesta recerca, o el creixent protagonisme dels factors ambientals a partir de l'any de vida de l'individu. Tots els processos biològics de desenvolupament ontogènic, des de la gestació fins la mort, estan mediatos per ells i de forma específica per factors socials.

El recolzament social i percebut és una de les variables determinants per a la QDV de les persones grans amb discapacitat, per exemple. El deteriorament funcional, juntament amb les limitacions en l'autonomia personal dels grans fan necessària l'ajuda d'altres persones per a poder seguir vivint sense problemes en la llar pròpia. La carència de recolzament familiar o conjugal disminueix la motivació del gran per cuidar-se i perjudica el seu estat de salut. Quan no existeix recolzament social natural suficient, les persones grans en necessiten d'específic per evitar la institucionalització.

Quant més gran és el recolzament social amb que compta la persona, menys baixa és la probabilitat de malaltia (Schallock & Verdugo, 2002) i a la inversa.

S'ha arribat a afirmar que l'epidèmia més important del planeta avui en dia es la desigualtat social (Benach, 2005). Per això és important des d'aquesta perspectiva el foment de la relació d'ajuda, del voluntariat o els grups d'ajuda mútua, com formes de potenciació del *capital social* en les nostres societats.

Ja que hi ha una forta associació entre salut i desigualtat, pot entendre's la salut com un indicador social, el que implica importants repercussions per a les polítiques socials i sanitàries. Caldrà que aquestes tinguin en el seu punt de mira propostes de reducció de les desigualtats socials, o sistemes de compensació de serveis comunitaris per a poder reequilibrar el nivell de salut i el benestar de tota la població. A Catalunya, la relació entre salut i classes menys afavorides s'ha fet palesa a les diferents edicions de l'ESCA (Borrell & Benach, 2002). Existeix una relació directa i en forma de gradient entre privació i morbi-mortalitat, especialment en les àrees urbanes de Barcelona. Les classes socials menys afavorides presenten un pitjor estat de salut i més trastorns crònics.

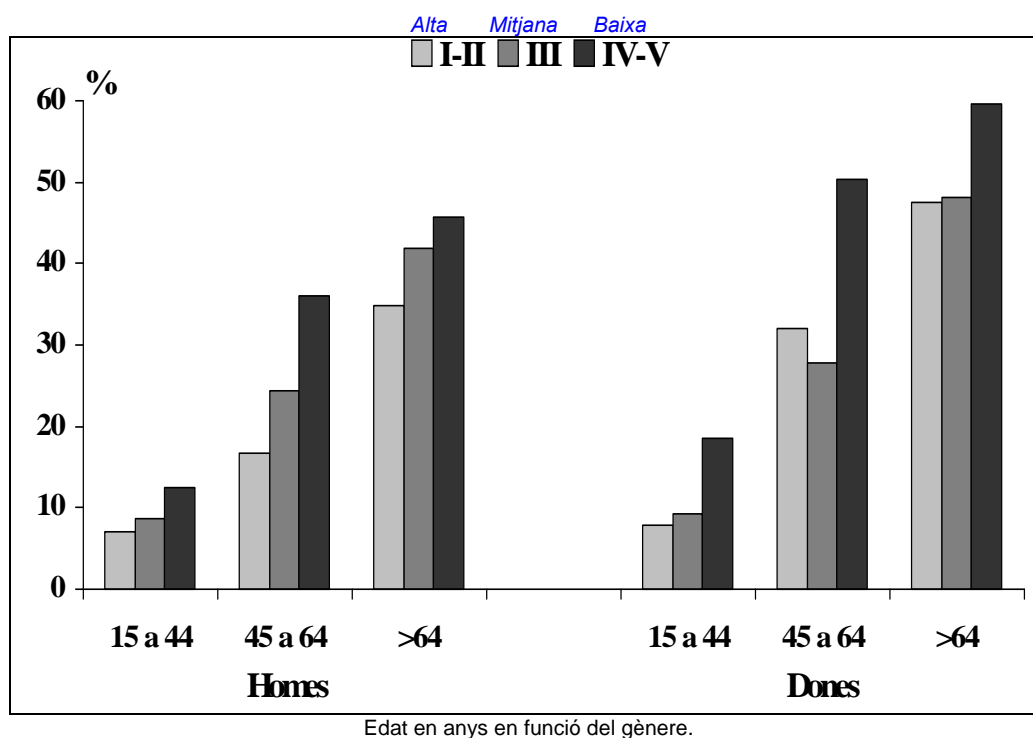


Figura 9. Mal estat de salut percebut segons la classe social i grups d'edat. Homes i dones més grans de 15 anys, de l'Enquesta de salut de Catalunya. Font: Borrell & Benach, 2002.

La relació entre desigualtats de classe i l'estat de salut, són encara més grans entre les *dones* que entre els *homes*, tal i com es reflecteix a la figura número 9. En tots dos sexes, augmenten amb l'edat. Així per exemple, en el grup de majors de 64 anys un 35% dels homes de classes benestants declaren una salut percebuda regular o dolenta, percentatge que per les classes menys afavorides és de 45%. Per a les dones, aquestes xifres són de 48% i 60% (Borrell & Benach, 2002).

#### **2.5.2.5.- Salut i gènere**

A Catalunya l'EV de les dones és de 82,2 anys i de 74,9 anys per als homes (Borrell & Benach, 2002). Però el fet que les dones tinguin una major EV que els homes pot resultar contradictori amb la major prevalença de morbiditat femenina i amb el seu pitjor estat de salut (Badia, Schiaffino, Alonso & Herdman, 1998). Amb el problema afegit que tot i que les dones viuen més anys, ho fan amb discapacitat durant més temps (Mathers, Sadana, Salomon, Murray & Lopez, 2001).

Cal advertir, que aquests resultats no es comporten com un patró uniforme sinó que depenen d'altres factors com les característiques socials, econòmiques, laborals i polítiques dels països o zones geogràfiques analitzades. Per exemple, la salut de les mestresses de casa és pitjor que la de les dones amb un treball remunerat (Borrell & Benach, 2002).

També el perfil de les malalties segons el gènere és diferent. A Catalunya, mentre les dones pateixen al llarg de la seva vida més trastorns com l'artrosi o dolor crònic d'esquena i varius, els homes pateixen més molèsties urinàries i bronquitis. I a totes les edats el percentatge de depressió de les dones és més del doble que dels homes (Borrell & Benach, 2002).

### 2.5.2.6.- Dimensió dinàmica de la salut

És certament utòpic poder adquirir un “complet estat de benestar”, tal i com la definició de l’OMS recull de forma permanent. L’estat de les persones no és ni estàtic ni absolut. Per una banda es mostra de manera canviant i variable en funció de cadascú de nosaltres i de la situació en que ens trobem. Es comporta com una escala amb diversos nivells i graus als dos extrems de la qual es troben la bona salut i la malaltia. Inclús durant el dia tots nosaltres passem per situacions susceptibles de modificar el nostre estat físic i anímic de forma que la nostra salut pot veure’s afectada.

D’altra banda moltes vegades és difícil establir criteris fixes per a deixar clar què és un bon o dolent estat de salut. Depèn de la manera de percebre i sentir el cos de cadascú de nosaltres, així com de les circumstàncies que ens envolten, ens podem trobar d’una forma o d’altra<sup>20</sup>.

Que no existeix un límit clar i definit entre malaltia i salut, es veu clarament patent en la utilització que es fa d’aquests termes en el context actual. El concepte de “*sa-malalt*”, pot ser un exemple del baix llindar de percepció de malaltia que tenim en les modernes societats desenvolupades. Tot i que objectivament es demostra un menor nivell de tasses de mortalitat, més alta EV i un millor estat funcional, ja sia respecte d’altres països desenvolupats, o a períodes històrics anteriors relativament recents (Casino, 2002), cada vegada són més freqüents els casos de malalties figurades (Smith, 2002). El British Medical Journal va publicar les “*no-malalties*” més votades entre els seus

---

<sup>20</sup> L’ *International Consensus Conference on Physical Activity, Physical Fitness, and Health* defineix salut com “...a human condition with physical, social, and psychological dimensions, each characterized on a continuum with positive and negative poles. Positive health is associated with a capacity to enjoy life and to withstand challenges; it is not merely the absence of disease. Negative health is associated with morbidity and, in the extreme, with premature mortality. Thus, when considering the role of physical activity in promoting health, one must acknowledge the importance of psychological well-being, as well as physical health”. (l’U.S. Department of Health and Human Services, 1996).

lectors no especialistes en medicina, on es preguntava als interessats sobre exemples pràctics de les afeccions (Smith, 2002). Els resultants es transcriuen a la taula número 7. Resulta paradoxal contemplar com gràcies als avenços científics, la nostra societat ha aconseguit grans resultats de millora dels valors objectius de salut però cada vegada el llindar de la percepció de la malaltia és més baix.

A la inversa, també s'utilitza el terme “*malalt-sa*” per a fer referència a les persones que després de presentar una malaltia greu o durant el seu desenvolupament, cerquen una nova forma de viure en situació de salut. Dintre d'aquest grup es trobarien les persones que pateixen una malaltia crònica, com els que han superat un infart de miocardi, els malalts de càncer, els reumàtics, o els diabètics.

Taula 7. Les 20 “no-malalties” agrupades en ordre descendent pels lectors de bmj.com.

1. <i>Envelliment</i>	12. Al·lèrgies
2. Treball	21. Nou segle XXI
3. Avorriment	13. “Jet lag”
4. Bosses sota els ulls	14. Tristor
5. Ignorància	15. Cel·lulitis
6. Calvície	16. Ressaca
7. Peques	17. Ansietat respecte la dimensió del penis
8. Orelles grosses	18. Embaràs
9. Cabell gris o blanc	19. Estar en còlera
10. Lletgesa	20. Soledat
11. Part	

### 2.5.2.7.- Salut i malalties cròniques

La creixent prevalença de morbiditat, no es deu evidentment, només als factors subjectius que condicionen la figura del sa- malalt i del malalt- sa. La principal causa és l'increment de la longevitat de la població mundial. Fet que possibilita el temor en l'augment de les malalties de tipus crònic. I és que la malaltia covaria amb l'edat.

El col·lectiu de gent gran és especialment sensible a les malalties de tipus crònic. L'ESCA ens indica que el 91,7% dels homes i el 96,2% de les dones de 65 i més anys presenten alguna d'aquestes malalties (2002).

Actualment hi ha a Catalunya al voltant de 260.000 persones de més de 80 anys, edat a partir de la qual es van manifestant progressivament diverses patologies cròniques invalidants i la dependència s'incrementa de manera exponencial, tal i com es contempla a la figura número 11, especialment quan no es prenen mesures preventives segons informe de la dependència del Síndic de Greuges (2004). La mateixa font estima que l'any 1999 a Catalunya hi havia unes 262.000 persones grans amb problemes de dependència, o sigui, un 24,4% del total de catalans amb més de 65 anys. D'ells, uns 175.000, que impliquen el 16,3% del total de gent gran presentaven almenys una dependència severa.

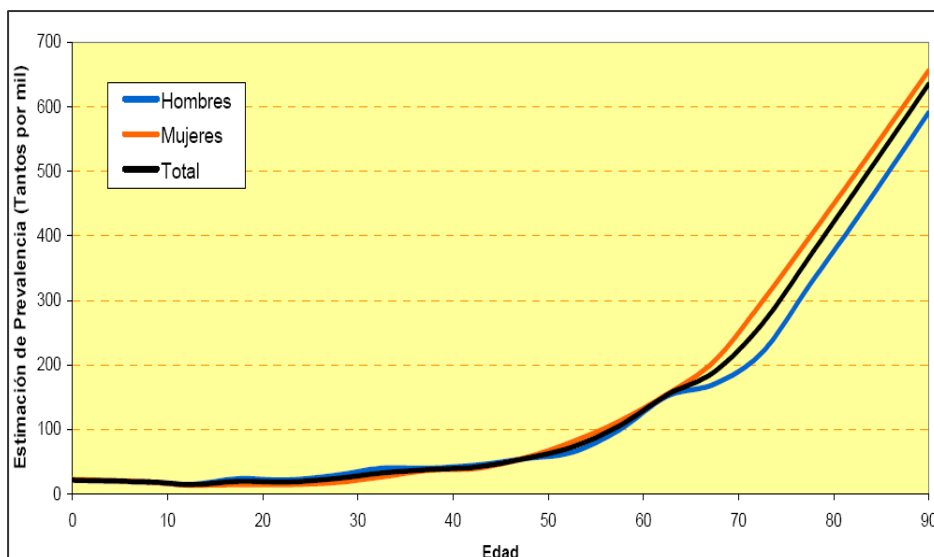


Figura 10. Estimació de la prevalença de les situacions de discapacitat per edat i gènere. Espanya, 1999. Llibre blanc de la dependència. IMSERSO '05.

Existeixen opinions divergents respecte la repercussió social i sanitària de la modificació de l'EV actual. Per uns, implicarà un augment saludable de la vida d'aquestes noves generacions de majors. Per uns altres, al contrari, suposarà un increment en la morbiditat del col·lectiu de gent gran, en especial dels grans

de 75 anys. Ambdós plantejaments estan enfrontats sense que cap d'ells hagi trobat proves concloents (Síndic de Greuges, 2004).

La *Teoria de la Pandèmia* dels problemes mentals, malalties cròniques i les discapacitats, formulada per Gruenberg (1977) i Kramer (1980), propugna que la reducció de la mortalitat i l'increment de l'EV comportarà indefectiblement en els pròxims anys una etapa d'expansió d'aquestes afeccions equivalent al mateix increment de l'EV. La figura número 10 reflecteix la previsió d'increment mundial de la malaltia crònica. L'OCDE preveu que l'impacte de l'envelliment produirà un augment aproximat del 0,5% anual de la taxa de creixement de la despesa mèdica durant l'interval 2000-2050. Això podria implicar per a l'any 2050 una despesa en sanitat geriàtrica, un àmbit ja plenament inclòs en la protecció social pública, de l'ordre del 3% del PIB (Síndic de Greuges, 2004).

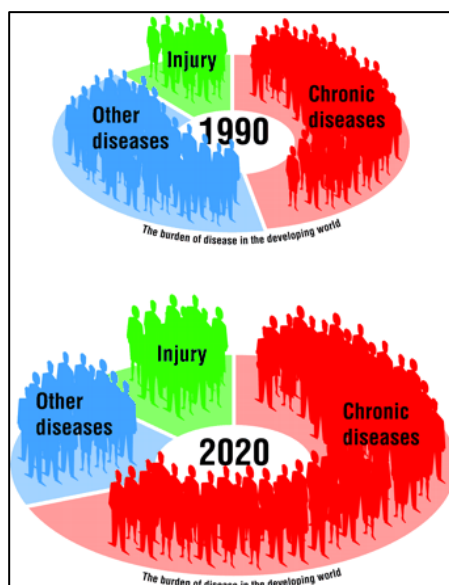


Figura 11. Projecció de les malalties cròniques a nivell mundial. Portada British Medical Journal, 26 Octubre de 2002.

Altres pensen que l'increment de l'EV anirà acompanyat d'una disminució de la prevalença de les malalties. Plantejament que es recull sota la perspectiva de la *Teoria de la Compressió de la morbiditat* de Fries (Puga González, 2001). Es tractaria no només de guanyar anys a la vida sinó d'endarrerir l'edat en la que apareixen les malalties en especial de tipus crònic, per a concentrar-se en els



darrers anys de la vida de l'individu. Fries pensa que el model mèdic actual ignora el punt en el que la malaltia comença, centrant-se en tractar-la o pal·liar-la quan ja està implantada. Inevitablement es produeix un increment de la morbiditat, perquè l'allargament de la vida amb malaltia crònica s'obté a canvi d'una pèrdua de QDV i l'increment de despesa econòmica. El model de Fries en canvi, proposa que es centrin les energies de la medicina en allargar el període d'aparició de la primera malaltia crònica. Els resultats actuals semblen confirmar aquesta hipòtesi (OMS,2002).

Per a la teoria sobre l'*equilibri dinàmic*, tot i que una disminució de la mortalitat pot conduir a un increment de la prevalença de les discapacitats, aquestes són menys greus (Manton & Singer, 1994). Ademés, aquesta discapacitat es postpondrà en el temps a mesura que l'EV augmenti.

Els resultats d'un estudi sobre l'EVLLD dut a terme a 191 països (Mathers et al. 2001), indiquen que tot i que les persones viuen més anys en les zones desenvolupades i més riques, i tenen majors possibilitats d'adquirir discapacitats, aquestes tenen un menor impacte absolut i relatiu sobre l'EV en salut al néixer que en els països més pobres. Per tant, de l'anàlisi transversal, s'infereix que la major EV al néixer està associada amb una compressió de la morbiditat en els països més desenvolupats. Estudis longitudinals com els duts a Espanya sobre la dependència associada a l'envelliment semblen corroborar aquesta hipòtesi (Otero, Zunzunegui Pastor, Rodríguez Laso, Aguilar Conesa & Lázaro, 2004). La dependència apareix a edats més grans en successives cohorts, el que implica que l'EVLLD és més gran. Dit d'un altra manera, a mida que és més gran la despesa mitjana en salut *per cápita*, l'EV saludable augmenta a un ritme més gran que l'EV total.

A Catalunya, el Pla de Salut vigent (Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003), s'orienta precisament a la compressió de la morbiditat, al reduir al màxim el temps entre l'aparició de la primera malaltia i el moment de la mort, amb la finalitat de mantenir el màxim nivell d'autonomia de

la gent gran, retardant la dependència, comprimint el període de malaltia i prolongant tant com sigui possible l'EVLLI.

El concepte EVLLI és un indicador que permet la confluència d'interessos entre les polítiques esportives, les socials i les sanitàries. Entre els objectius de foment de salut dirigits a la gent gran, el Pla de Salut de Catalunya, es planteja que fins l'any 2010 s'haurà d'incrementar, almenys en un 10%, l'EVLLI dels homes i les dones a l'edat de 65 anys (Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003).

#### **2.5.2.8.- Salut i implicacions econòmiques**

A Espanya i a Catalunya vivim uns anys relativament tranquils en relació a l'envelliment poblacional i les repercussions econòmiques. La generació del *baby-boom* es troba en plena etapa activa i és prou nombrosa per generar recursos amb què atendre les persones grans. A més, la població entre 50 i 70 anys –la que majoritàriament presta en les famílies atenció informal a la gent gran dependent– té encara una taxa d'activitat laboral femenina molt baixa, fet que en conjunt cal valorar negativament, però que permet que hi hagi moltes dones tenint cura del seu familiar gran (Generalitat de Catalunya. Parlament de Catalunya, 2004).

Les notícies als mitjans de comunicació solen vincular la gent gran amb l'increment de la despesa social i sanitària<sup>21</sup>. Tot i que la vellesa en si no hi està relacionada, és molt fàcil identificar envelliment amb malaltia i conseqüentment amb càrrega econòmica. Una bona part de les despeses sanitàries es polaritzen entorn dels últims 10 anys de vida (Síndic de Greuges, 2004), que és quan apareix la discapacitat. Discapacitat i mala salut si que es relacionen consistentment amb la despesa pública del nostre país. Les persones grans

---

<sup>21</sup> Un titular d'un mitjà de comunicació enumera així el tema: "Los mayores de 65 años, originan la mitad del gasto del Sistema Nacional de Salud" (El País, 8 d'abril, 2002).

dependents que acaben per ser usuaris dels serveis hospitalaris comporten uns costos cinc vegades més alts que els atesos pels serveis d'atenció a la gent gran. El mencionat informe del Síndic de Greuges per la dependència assenyala que: *"... els estalvis que puguem fer en assistència sanitària per a gent gran, o bé en places residencials per a malalts crònics, no són potser compensats o superats amb escreix per les despeses que, en una mena d'efecte dòmino, es produeixen per atendre les mateixes persones en places residencials i en hospitals d'aguts"* (Síndic de Greuges, 2004, p. 26).

Segons l'INSALUD, l'any 1998 la despesa sanitària de les persones de més de 65 anys va comportar el 44% del total de la sanitària de l'Estat, encara que aquest col·lectiu només representava el 19% de la població protegida.

D'altra banda, les persones més grans de 50 anys, que inicien un estil de vida físicament actiu aconseguen significatives millores en la seva salut respecte els que segueixen inactius. Aquests beneficis són clínics però també econòmics. S'estima que induint als adults entre 50 i 79 anys a la pràctica d'exercici físic podrien estalviar-se 10.000\$ per any ajustat a la QDV (*Quality Adjusted Life Year Saved*) als EE.UU. (Martinson, Crain, Pronk, O'Connar & Maciosek, 2003).

Entre 1982 i 1994, als EE.UU., s'ha calculat que potenciant polítiques preventives, sols l'estalvi en despeses d'atenció domiciliària superaria els 17 mil·lards de dòlars (Singer & Manton, 1998). Aquesta disminució pot reduir la despesa mèdica a prop del 20% durant els pròxims 50 anys (Cutler, 2001).

El Centre per al Control de les malalties dels EE.UU, al 1999 va calcular que una inversió d'un dòlar en mesures per a fomentar l'activitat física moderada implica un estalvi de 3,2 dòlars en despeses mèdiques (Organització Mundial de la Salut, 2001).

Destacar també la manca de coordinació entre els serveis socials, sanitaris i esportius propis del nostre territori nacional, el que fa incrementar costos al sistema. Ortega Sánchez- Pinilla, (2003) posa en evidència la falta de connexió entre professionals sanitaris i professionals tècnics en l'activitat física per sumar esforços en la promoció i prevenció de la salut. Caldria que els responsables polítics i tècnics de l'administració consideressin seriosament des d'una perspectiva global i en termes de cost-efectivitat, l'estalvi que s'aconseguiria gràcies a la intervenció de polítiques preventives com les d'implementació dels PEFCGG's.

La necessitat de guanyar "vida als anys i no tants anys a la vida", fa que es posi l'èmfasi en la QDV com element primordial a prioritzar entre les investigacions destinades a col·lectius d'especial vulnerabilitat com són els de gent gran. Aquest és el tema del pròxim apartat.

### **2.5.3.- Concepte de QDV**

En les darreres dècades el concepte de QDV s'ha convertit en un àrea d'especial interès i aplicació en diferents camps de serveis personals com l'educació, la salut o l'esport. Especialistes en la QDV (Schalock & Verdugo, 2002; Fernández Ballesteros, 2004) coincideixen en que la proliferació de definicions, així com l'increment de l'activitat de recerca sobre els aspectes que el conformen, és significatiu a partir dels anys 90 del segle passat. Aquesta tendència també es manifesta per exemple, en els qüestionaris de salut disponibles a Espanya. Per exemple, de 1996 a 1999 han aparegut 36 nous qüestionaris de salut, 11 instruments més que en els anteriors 10 anys. Només a 1991 van aparèixer 161 noves mesures en el context internacional (Badia & Baró, 2001).

L'interès per la QDV coincideix amb el moment d'eclosió de les noves tecnologies i en l'adveniment de la *societat de la Informació*, que ha convertit el món en una veritable "*Aldea Global*" (Macluhan, 1985). Per a Laurence Prusak,

Director de *Knowledge Management en I.B.M.*, els avantatges competitius d'una empresa resideixen fonamentalment en els seus coneixements, o més concretament en el que sap, en com utilitza el que sap i en la seva capacitat d'aprendre coses noves (Viedma, 2001). D'aquesta forma, la recerca de l'*excel·lència*, entesa com la forma de millorar la gestió de la informació de les organitzacions s'ha traslladat als diferents àmbits de la nostra societat inclòs la seva forma de viure i per extensió, la seva QDV.

### **2.5.3.1. Definició de QDV**

Una de les barreres que podem trobar per avançar en el coneixement de la QDV és la manca de precisió en la definició operativa d'aquest concepte. És un constructe ampli, multidimensional i per aquest motiu, difícil de definir.

Una primera manera de definir-la és analitzant el seu significat. *Qualitat* ens fa pensar en un criteri d'excel·lència associat a característiques humanes i a valors positius, com la felicitat, l'èxit, la riquesa, la salut o la satisfacció. *Vida* fa referència a l'essència mateixa o a aspectes fonamentals de la existència humana (Schalock & Verdugo, 2002).

Ja s'ha dit que l'OMS la defineix com: “... *la percepció individual de la seva posició en la vida en el context de la cultura i del sistema de valors en la que hi viu i en relació als seus objectius, expectatives, conviccions i inquietuds. És un ampli concepte que comprèn l'estat de salut física de la persona, l'estat psicològic, nivell d'independència, relacions socials, creences personals i les seves relacions amb les característiques més notables de l'ambient.*” (2002, p. 76).

Hi han altres definicions, que es destaquen els aspectes subjectius, com la següent: “*la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones*

*subjectivas y personales del sentirse bien*” (Velarde-Jurado & Avila-Figueroa, 2002, p.350). Rejeski & Mihalko (2001), per la seva banda, després d’analitzar diverses aplicacions del terme en psicologia conclouen que la QDV es pot entendre com un judici conscient de la satisfacció de la vida d’un mateix.

De les definicions de QDV que ens podem trobar es poden extreure els següents principis comuns a totes elles (Schalock & Verdugo, 2002.):

- Es compon dels mateixos indicadors i relacions que són importants per a totes les persones en educació o en educació especial, salut física, salut mental i comportamental, endarreriment mental i discapacitats intel·lectuals, envelliment i famílies.
- S’experimenta quan les necessitats d’una persona es veuen satisfetes i quan es té l’oportunitat de millorar en les àrees vitals més importants.
- Per tant, el concepte es fonamenta en les necessitats, eleccions i control individual.
- És un constructe multidimensional influenciat per factors personals i ambientals, com són les relacions d’intimitat, la vida familiar, l’amistat, el treball, els veïns, la ciutat o el lloc de residència, l’educació, la salut, el nivell de vida i l’estat de la pròpia nació.
- Té components tant subjectius com objectius, però sembla ser fonamentalment la percepció de l’individu, el que reflecteix la QDV que experimenta. Entre un ampli gradient de condicions de vida objectives els factors subjectius es comporten com factors independents. Rejestki & Mihalko, (2001) destaquen que en l’àmbit de la gent gran, es descriuen un ampli número d’estats subjectius com benestar psicològic, percepció subjectiva de la salut o satisfacció amb la vida. La interpretació cognitiva

per tant, dóna elements clau per entendre els resultats de la QDV. Des d'aquesta perspectiva, l'elaboració de pautes de conducta i d'enfrontament positiu és essencial per al normal funcionament i adaptació a les alteracions ambientals que influeixen en la vida de les persones (Cummins, 2000).

### 2.5.3.2.- Dimensions de la QDV

Les dimensions més utilitzades en els darrers anys s'enumeren a la taula número 8 (Schalock & Verdugo, 2002).

Taula 8. Dimensions prototípiques de la QDV. Font: Schalock & Verdugo, 2002.

Investigador	Dimensions clau
Flanigam (1982)	Benestar físic i material. Relacions amb altres persones. Activitats socials, comunitàries i cíviques. Desenvolupament personal. Oci.
Cummins (1986)	Benestar material. Salut. Productivitat. Intimitat. Seguretat. Lloc en la comunitat. Benestar emocional.
OMS (1997)	Salut física. Salut psicològica. Nivell de dependència. Relacions socials. Entorn. Espiritualitat; religió; creences personals.
Felce (1997)	Benestar físic. Benestar material. Benestar social. Benestar relatiu a la productivitat. Benestar emocional. Benestar referit als drets o aspectes cívics.

Spirdurso (1995) exposa que en el simposi pioner sobre mesura de la QDV: “*Measuring the quality of life in the frail elderly*”, (The Anna and Harry Borun Center for Gerontological Research of the University of California, 1990), van destacar entre d’altres aquests factors com elements constitutius de la QDV (figura número 12):

- Els factors de les funcions emocionals i cognitives reflecteixen el desig de les persones per a mantenir la seva productivitat, independència i una activa integració amb el medi ambient.
- La satisfacció amb la vida i la sensació de benestar venen relacionades segons Spirduso (1995) amb el control emocional i la salut mental.
- Tot i no ser essencial, per a Spirduso la independència econòmica facilita la QDV.
- La funció social, la recreació i la funció sexual són elements que enriqueixen la vida.

De tots ells, per a Spirduso l’estat de salut, l’energia, la vitalitat, i la funció física, són els elements que més contribueixen (figura número 12):



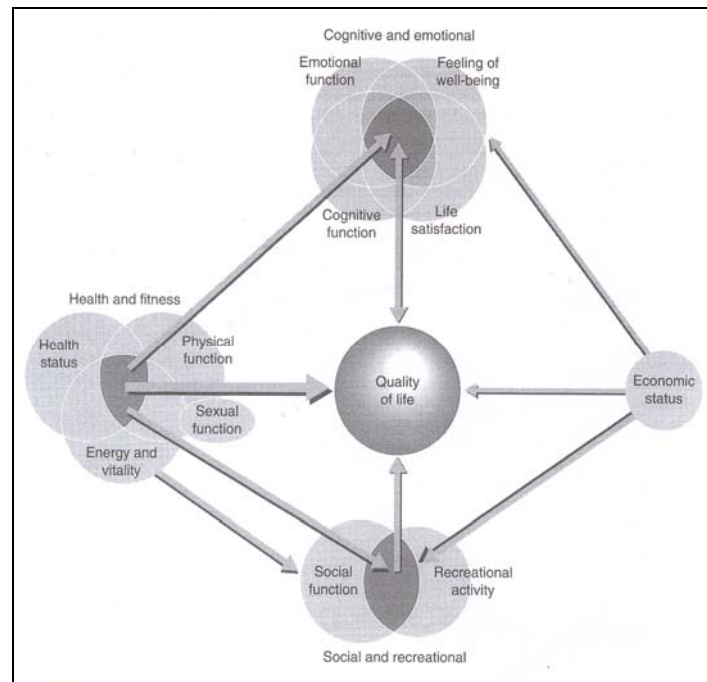


Figura 12. Factors que condicionen la QDV. Font: Spirduso, 1995.

En l'àmbit específic de la gerontologia, Rocío Fernández Ballesteros (1996) proposa les següents dimensions (figura número 13):

- La salut.
- Les habilitats funcionals (valer-se per si mateix).
- Les condicions econòmiques.
- Les condicions socials.
- El nivell d'activitat.
- Tenir bons serveis socials i sanitaris.
- Qualitat relacionada amb el nivell de la llar i de l'entorn.

- Nivell de satisfacció amb la vida.
- Oportunitats culturals i d'aprenentatge.

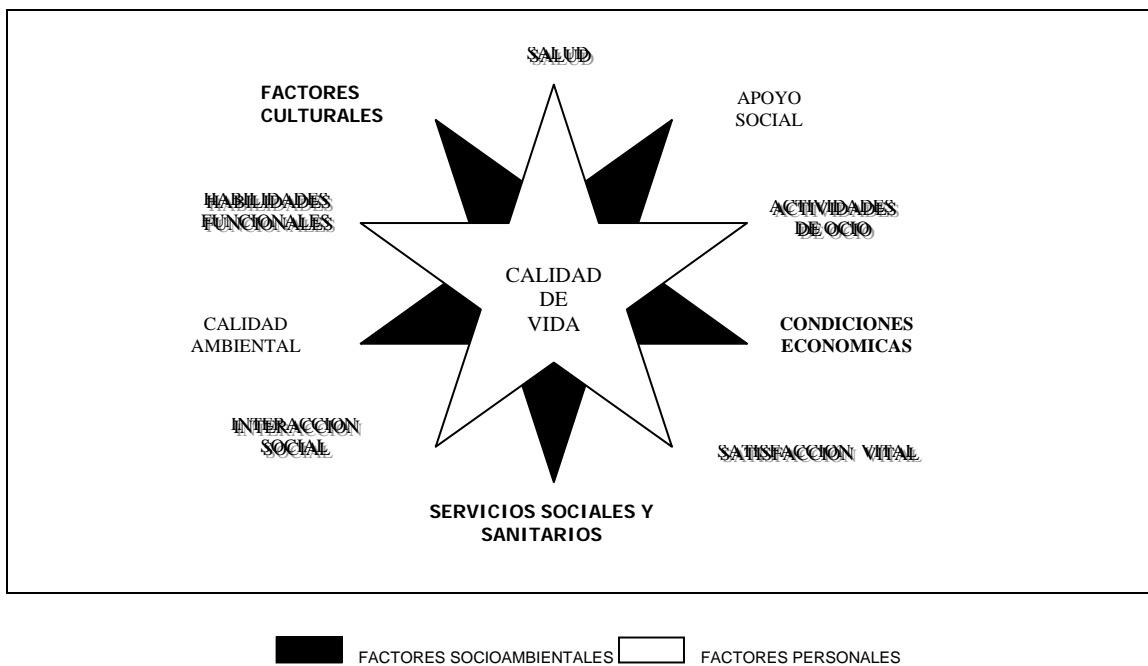


Figura 13. Factors que condicionen la QDV. Font: Fernández Ballesteros, 1977.

Així doncs es tracta d'un concepte holístic, del que formen part elements com la salut física, l'estat psicològic, el nivell d'independència, les relacions socials de la persona o la relació amb l'ambient que l'envolta.

### 2.5.3.3.- Mesura de la QDV i objeccions

La mesura del constructe QDV pot tenir, en funció de les dimensions analitzades, diferents perspectives d'abordatge. Pot mesurar aspectes relacionats amb factors externs com les condicions laborals, les higiènico-sanitàries o, en el cas concret de la gent gran, indicadors específics com l'EV,

l'EVLLD o el nivell de mortalitat. D'altres d'objectius relacionats amb la capacitat funcional dels enquestats com la capacitat per a desenvolupar les AVD, nivell d'educació o forma de viure.

Però les formes de mesura de la QDV i els termes relacionats com la QVRS, que serà analitzada en el pròxim apartat, també tenen objeccions que afecten a l'exactitud i utilitat dels instruments dissenyats. Cal destacar en primer lloc que es veuen condicionades moltes vegades per deficiències que afecten al seu propi significat. QDV ha estat qualificat de terme "paraigües" (Rejeski, et al., 1996) pel seu caràcter multidimensional, al incloure aspectes com la funció física (entesa com la capacitat per a dur a terme les AVD), la funció social (relacions amb els demés i participació en activitats socials), la percepció de l'estat de salut en general, el dolor, el benestar emocional o el grau de satisfacció amb la vida (Prieto & Badia, 2001).

En algunes investigacions s'assumeix que els termes són coneguts i s'obvia la definició, a la vegada que els mètodes de mesura ja tenen una definició implícita. La inevitable conclusió és que aquesta falta de definició implica un ventall d'aproximacions amb inconsistència en mètodes i mesura el que comporta problemes quan es comparen resultats (Galloway, Bell & Hamilton, 2005). Així, no és estrany que sovint s'utilitzi de manera intercanviable la QVRS amb el concepte QDV o amb el de Benestar (Galloway, et al., 2005).

Una de les crítiques als qüestionaris de QDV i en especial als de QVRS, es refereix al fet que ja que totes les mesures i dimensions es centren en valoracions d'estats negatius, els índex de referència són mesures relacionades amb la malaltia (Schallock & Verdugo, 2002).

Carr, Gibson & Robinson (2001) destaquen tres objeccions a les mesures de QDV i derivats. La primera fa referència a que les expectatives individuals de les persones estan subjectes a diferències socials, psicològiques, econòmiques, demogràfiques i culturals i moltes de les mesures existents sobre

QDV, no tenen en compte aquestes diferències. En ocasions imposen models estandaritzats d'una sèrie de dominis preseleccionats. En aquest sentit existeixen alguns aspectes de la vida de les persones que tenen una rellevància diferent en funció de les persones analitzades i les cultures.

La segona objecció es refereix a les persones a les que s'aplica un instrument de mesura de la QDV específic d'una malaltia en concret, on es posa en evidència que la magnitud de l'impacte perceptiu depèn del moment de l'evolució de la malaltia en que s'ha dut a terme la mesura.

La tercera objecció fa referència al fet que la QDV és un constructe dinàmic i per tant canviant. Ja en l'apartat 2.5.2.6. ens hem referit al caràcter dinàmic del concepte de salut. El mecanisme pel qual les persones avaluen o quantifiquen la seva QDV pot canviar en la dimensió temporal en resposta a multitud de factors. El resultat pot arribar a ser la inherent inestabilitat d'aquesta mesura.

Val a dir que aquesta objecció no és compartida per tots els textos consultats. Des de la perspectiva de les persones que tenen un estat de salut no afectat per una malaltia concreta i en estudis de caràcter epidemiològic la QVRS ha estat inclosa com element de mesura de la salut de les persones enquestades precisament per la seva consistència en el temps (IMSERSO, 2004).

Per últim, remarcar que com la QDV no només implica l'avaluació percebuda sinó el nivell de satisfacció amb una determinada dimensió o nivell funcional, pot donar-se el cas que els enquestats posin major importància en algunes de les diferents dimensions que la configuren respecte d'altres, el que pot modificar la representativitat final de les dades obtingudes. Existeixen molts exemples de persones que puntuen un alt nivell de QDV tant en la percepció global com en alguna de les seves dimensions específiques, i tenen significatius dèficits funcionals (Rejeski & Mihalko, 2001). La QDV no mesura l'estat funcional de les persones analitzades i per tant, és lògic que es doni aquest cas.

Cal fer esment des d'aquesta perspectiva a la “*paradoxa de la discapacitat*”, per la qual pacients amb un significatiu dèficit de salut i problemes funcionals que comprometen la seva independència donen uns valors molt alts de QDV que paradoxalment no es corresponen amb el seu estat de salut objectiu (Carr, et al., 2001; Márquez, Izal, Montorio & Pérez, 2004).

Per aquests motius s'han dissenyat també instruments de mesura de QVD centrats en les percepcions subjectives de l'usuari o el pacient alguns dels quals són els següents:

- L'*Agenda per a l'avaluació de la QDV individual*<sup>22</sup> es pregunta per les cinc àrees específiques de la vida de l'usuari o pacient que considera més importants i pel seu estat en cadascuna d'elles, utilitzant una escala analògica marcada del 0 al 100.
- L'*Índex generat en el pacient*<sup>23</sup> es fonamenta en una visió de la QDV centrada en les ambicions i expectatives de l'experiència. Els usuaris o pacients especifiquen les cinc àrees de la seva vida que estan més afectades i marquen com afecten negativament aquestes àrees en una escala analògica visual del 0 al 100.
- El *Perfil de la repercussió de la malaltia*<sup>24</sup> avalua l'impacte de la malaltia, les seves conseqüències i la seva importància en sis àrees de la vida: activitats funcionals, activitats socials i interaccions, relacions, finances o treball, estat emocional i imatge del cos i autoestima. Amb els resultats obtinguts es defineix un perfil de l'impacte de la malaltia.

A forma de resum, i des d'una perspectiva sistèmica, pensem adequat destacar en la taula número 9, les diferents estratègies de mesura i de desenvolupament metodològic en funció dels diferents nivells d'anàlisi (Schalock, 2004).

---

<sup>22</sup> The schedule for the evaluation of individualised Quality of Life (SEIQoL).

<sup>23</sup> The patient generated index (PGI).

<sup>24</sup> The disease repercussion profile (SIP)

Taula 9. Establiment d'estratègies de mesura segons diferents nivells d'anàlisi.  
Font: Schalock, 2004.

<b>Nivell del sistema</b>	<b>Centre de mesura</b>	<b>Estratègies de mesura</b>
Microsistema	Natura subjectiva de la QDV.	Enquesta de satisfacció.
	("Estimació personal")	Mesures de felicitat.
Mesosistema	Natura objectiva de la QDV.	Escala de valoracions (nivell de valoració).
	("Valoració funcional")	Observació del participant.
		Qüestionaris (events externs i circumstàncies).
		Compromís amb les activitats diàries.
		Autodeterminació i control personal.
		Paper i estatus (educació, treball, forma de viure).
Macrosistema	Condicions externes	Nivell de vida
		Nivells laborals
		Nivell d'alfabetització.
		Nivell de mortalitat.
		Esperança de vida.

La tendència a donar importància al caràcter subjectiu de la QDV, ha desenvolupat uns altres constructes més concrets, en els que es mesuren aspectes cognitius com el de QVRS, objecte propi de la present tesi i que es tractarà en el pròxim punt.

#### **2.5.4.- Concepte de QVRS**

Ja hem comentat en l'apartat anterior com algunes de les objeccions atribuïbles a la mesura de la QDV impliquen també a la QVRS. La mesura de la QVRS és una novedosa tecnologia comunicativa que té en compte el punt de vista del pacient o de l'usuari, i permet la participació activa en el procés d'ensenyança aprenentatge o bé en el procés terapèutic.

Des del nostre punt de vista es fonamenta en una concepció que dóna preeminència a una nova forma de practicar la intervenció sobre la persona ja sia des d'una perspectiva educativa o terapèutica. Conforme els avenços científics resolen els problemes orgànics de les persones, és necessari incorporar elements que millorin el coneixement dels problemes més entranyablement humans. En aquest sentit, és cada vegada més important escoltar els pacients i usuaris sotmesos a un procés d'intervenció i fer així que les seves opinions formin part del procés d'avaluació d'intervenció programada.

És per tant la QVRS un intent d'humanització de la medicina, extensible a d'altres terrenys de la pràctica professional, que ha experimentat un important increment en la darrera dècada. La seva incorporació com constructe ha estat proposada, de manera rutinària, en la clínica pràctica i en els estudis epidemiològics.

#### **2.5.4.1.- Antecedents del concepte de QVRS**

El concepte de QVRS (*Health-Related Quality of Life*) apareix a les societats occidentals en un moment en el que l'EV augmenta sensiblement i en el que predomina la convicció de que el paper de la medicina no pot ser únicament el de proporcionar molts anys de vida a les persones, o curar les malalties, sinó sobretot, el d'aportar una millora en la qualitat dels anys viscuts (Badia & Carné, 1998).

La QVRS és un concepte dissenyat en ciències de la salut, en un primer moment amb l'objectiu de mesurar la repercussió de la malaltia o estat de salut en funció d'un tractament mèdic o altres intervencions terapèutiques sobre el pacient. Els primers intents es van iniciar en els anys 40, amb el desenvolupament d'escales com la de Karnofsky (1948). Es tractava d'una escala de 10 punts desenvolupada per a pacients oncològics, tot i que per la

seva dimensió genèrica, es va utilitzar en altres malalties cròniques (Velarde-Jurado & Avila-Figueroa, 2002).

Posteriorment es van desenvolupar els criteris clínics funcionals de l'Associació de Nova York del Cor per a classificar la gravetat del pacient cardíac i els de l'Associació Americana de Reumatisme, que dona un perfil determinat al pacient afectat d'artritis reumatoidea segons criteris clínics, bioquímics i funcionals (Prieto & Badia, 2001). El canvi de l'enfocament definitiu en la mesura de la salut, esdevé en els anys setanta, amb l'aparició de la moderna generació d'instruments de la QVRS.

Actualment s'utilitza també per a conèixer l'estat de la població en estudis epidemiològics. Són utilitzats per exemple, a documents oficials de caràcter estatal com l'*Informe 2004 de las Personas Mayores* (IMSERSO, 2004) o l'*Enquesta de Salut de Catalunya* (Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut, 2003). Així, en l'*Informe 2004 de las Personas Mayores* (IMSERSO, 2004) s'especifica que el 40% de la població gran manifesta tenir un estat de salut bo o molt bo.

#### **2.5.4.2.- Utilitat del concepte QVRS**

Els objectius que es volen aconseguir en funció de diferents situacions plantejades són els següents (Schalock & Verdugo, 2002):

- Conèixer les tendències en matèria de salut de la població com és el cas de la ESCA o l'informe IMSERSO 2004.
- Avaluar els efectes de la política social i de la salut.
- Dur a terme anàlisis econòmics del cost- benefici, amb el paràmetre Qualitat Ajustada als Anys de Vida (*Quality Adjusted Life Years*).



- Avaluar l'estat d'un pacient en funció d'un tractament determinat, per a seleccionar un o altre tractament. En especial per a les persones que pateixen malalties cròniques, per a controlar els efectes dels tractaments als que estan sotmesos, per avaluar les seves implicacions o per a conèixer la percepció en quant a la satisfacció del pacient tractat.
- Existeix una important evidència que indica que la QVRS pot ser considerada de forma complementària, com una ajuda en les valoracions clíniques i fisiològiques dutes a terme en malalties cròniques com càncers o malaltia coronària (Asadi-Lari, Tamburini & Gray, 2004).
- Avaluar la mortalitat de les persones. S'ha demostrat que l'estat funcional i la QDV subjectiva són predictors independents dels resultats de la salut (Applegate, Blass & Williams, 1990). La salut auto-percebuda és un predictor de la mortalitat de les persones grans (Mossey & Shapiro, 1982; Séculi, Fruste, Bugulat, Junca, Rué & Guillén, 2001), tal i com s'ha comentat anteriorment.
- Una nova utilització de les mesures de QVRS sota el concepte d'"outcomes", es constitueix en un indicador predictor de l'evolució de la malaltia o l'aplicació de la intervenció concreta. En aquest sentit s'estan aplicant mesures de foment de la QDV en països com Canadà, EEUU o Alemanya.

#### **2.5.4.3.- Definició i dimensions de QVRS**

No existeix un acord universal sobre el que significa QVRS. La manca d'una definició conjunta i extensament unificada d'aquest concepte està vinculada a que moltes de les mesures que existeixen actualment no tenen una conceptualització teòrica que la fonamenti. Una de les poques que consta

d'aquest recolzament teòric és el qüestionari WHOQOL-100 o el WHOQOL-BREF, de la OMS (2002).

Tot i la seva importància, és difícil de definir i s'utilitza sovint de manera també vaga, al igual que el concepte de QDV. Representa un restringit concepte de QDV, ja que es refereix a l'estat de la salut de les persones (Rejeski, et al., 1996). Badia entén la QVRS com *"...la percepció que té el pacient dels efectes d'una malaltia o de l'aplicació d'un cert tractament en diversos àmbits de la seva vida, especialment de les conseqüències que provoca sobre el seu benestar físic, emocional i social"* (2004, p. 2).

Carr, et al. la defineixen com *"...la discrepància entre les expectatives que tenim respecte la nostra salut i l'experiència respecte d'ella"*<sup>25</sup> (2001, p.1240).

Rejeski & Mihalko (2001), descriuen aquest concepte en funció de diverses categories essencials, incloent la funció física, el benestar emocional, la funció social, el paper en les activitats i la percepció de la salut i la valoració global del nivell de satisfacció de la vida. Rejeski, et al. (1996), defineixen QVRS en funció de sis dimensions que dedueixen de la revisió bibliogràfica dels articles sobre el tema que han dut a terme: índex global de QVRS, funció física, símptomes/estats físics, funció emocional, funció social i funció cognitiva. A la vegada, les dimensions esmentades les subdivideixen en els conceptes que es presenten en la taula número 10.

---

<sup>25</sup> *"Health related quality of life es the gap between our expectations of health and our experience of it"*.

Taula 10. Contingut de les dimensions per activitat física i QVRS. Font: Rejeski, et al. (1996).

<b>I.</b>	<b>Índex global de QVRS</b>
<b>II.</b>	<b>Funció física</b>
	Dificultats en les activitats de la vida diària i altres dominis relacionats
	Autoconcepte físic
	Percepció relacionada amb la salut
<b>III</b>	<b>Síntomes/estats físics</b>
	Malestar per dolor
	Fatiga
	Energia
	Son
<b>IV</b>	<b>Funció emocional</b>
	Depressió
	Ansietat
	Angoixa/ hostilitat
	Autoestima
	Humor/ afecte
<b>V</b>	<b>Funció social</b>
	Dependència social
	Entreteniments temps lliure
	Família/paper entorn laboral
<b>VI</b>	<b>Funció cognitiva</b>
	Memòria
	Atenció
	Resolució de problemes/presa de decisions

#### **2.5.4.4.- QVRS i dades socials i demogràfiques**

Hi ha una certa unanimitat entre les diferents fonts consultades quan afirmen que existeix una relació inversa entre QVRS i edat (Badia et al., 1998; Alonso, 1998). Els subjectes enquestats més vells mostren un major percentatge de puntuacions amb problemes respecte els més joves, tot i que els estudis transversals tendeixen a trobar una menor freqüència en els valors d'estats com depressió, ansietat, hostilitat i timidesa, entre les persones grans que no pateixen encara una important incidència de malalties i limitacions físiques (Azpiazu Garrigo, Cruz Jentoft, Villagrasa Ferrer, Abanades Herranz, García Marín & Alvarez de Mon Rego, 2003).

Els resultats de l'ESCA 2002 mostren que, en general entre la gent gran i en relació amb els altres grups d'edat, tot i que els comportaments saludables i les pràctiques preventives són més freqüents, l'autovaloració de l'estat de salut i la QDV són pitjors (Generalitat de Catalunya, 2003), el que és coherent amb el major nivell de prevalença de morbiditat d'aquest col·lectiu.

Segons l'informe IMSERSO 2004, una tercera part de les persones grans perceben el seu estat de salut com bo (32,5%) o molt bo (3,4%), mentre que un de cada quatre el declara dolent o molt dolent. La diferència amb la percepció existent en d'altres trams d'edat segueix sent elevada ja que el 68% dels espanyols considera que té bona salut (IMSERSO 2004).

#### **2.5.4.5.- QVRS i exercici físic**

Tot i que s'ha demostrat la relació positiva entre activitat física i QVRS en els diferents treballs de recerca (Rejeski & Mihalko, 2001), els mecanismes que permeten la relació entre activitat física i resultats de la salut com la QDV, són complexes i d'àmbits tant diferents com els referits a mecanismes psicològics, socials, ambientals o fisiològics.

Els estudis sobre QVRS i exercici físic s'han enfocat de diferents formes. En alguns s'han dut a terme revisions de literatura relacionant els beneficis psicològics de l'exercici amb intervencions específiques (Rejeski, et al., 1996).

D'altres vegades s'han implementat enquestes de població en relació amb l'exercici i la salut mental incloent estudis longitudinals. També s'han dut a terme enquestes de grups específics entre la població general.

Per últim, s'han organitzat estudis de treball experimental amb grups relativament petits cercant les condicions específiques de malaltia com la SIDA, l'esclerosi múltiple, el trasplantament d'òrgans, l'obesitat, la depressió o l'asma. Per exemple, en persones sedentàries amb una dieta basada en la pèrdua de pes, amb discretes càrregues d'activitat física duta a terme de manera periòdica en un estil de vida normal, es mostren petits increments en l'estat de forma física i un menor nivell d'obesitat. Aquests canvis s'associen amb un millor estat de QVRS i un millor estat d'ànim (Fontaine, Barofsky, Andersen, Bartlett, Wiersema, Cheskin, et al., 1999).

El concepte i la metodologia d'aplicació de la mesura i interpretació de la QVRS han tingut una escassa difusió al nostre país entre els professionals de l'educació física, més habituats als tests de condicionament físic i a no tenir en compte formes de mesurar els aspectes subjectius de la persona gran. Destacar en el camp de la gent gran un estudi que examina la relació entre QVRS analitzada mitjançant l'SF-36<sup>26</sup> i activitat física a l'estat espanyol (Guallar Castellón, Santa-Olalla Peralta, Banegas Banegas, López García & Rodríguez Artalejo, 2004), i una tesi doctoral en la que s'han utilitzat instruments de mesura de la QVRS, en concret el *Test de Nottingham*<sup>27</sup>, per aplicar-los a persones practicants d'un programa similar als nostres PEFCGGC's (Soler, 2003).

---

<sup>26</sup> L'SF-36 s'explica a l'apartat 2.5.4.6.2.

<sup>27</sup> També s'explica a l'apartat 2.5.4.6.2.

Són, per tant, pocs els elements utilitzats per mesurar els beneficis subjectius de la salut en situació d'exercici físic, que analitzin els seus efectes en una mostra de gent gran. Partim en la major part d'ocasions, del supòsit pel qual la millora observada en el procés d'avaluació de les qualitats físiques bàsiques dels nostres usuaris durant la nostra intervenció, comporta indefectiblement canvis positius en la valoració de la salut i indirectament en la millora de la QDV dels nostres usuaris. D'altra banda, la tradició empírica de les disciplines de la salut, basada en plantejaments d'obtenció de dades sobre factors orgànics, deixa també la seva empremta.

Hem de tenir en compte els professionals de l'educació física que ens dediquem al camp de l'ensenyament i del manteniment de la salut, que els canvis observats en el nivell de satisfacció dels nostres usuaris sovint no estan relacionats amb els canvis observats en indicadors objectius propis del fitness com la potencia aeròbica, la força o la flexibilitat (Stewart, King & William, 1993). Rejeski, et al. (1996), troben que en l'anàlisi dels treballs de recerca propis de l'activitat física i la QVRS, no es troba relació, en la major part d'estudis, entre els canvis propis de la QVRS i els de la forma física.

A simple vista, aquesta data pot resultar contradictòria, ja que en moltes ocasions els canvis en la forma física son considerats com els estandaritzats quan es valora l'estat dels indicadors fisiològics. En canvi, les correlacions entre mesures de la forma física i QVRS tendeixen a ser molt més baixes que les correlacions entre l'autopercepció de les mesures bàsiques de l'estat de disfunció i la QVRS. La raó més plausible d'aquest fenomen probablement tingui a veure amb el fet que les dades derivades de la mesura de la funció siguin més fàcilment detectables.

Dades similars es constaten al treball dut a terme per Stewart, et al. (1993), on l'associació trobada entre la participació en els exercicis i la salut física són factors independents dels paràmetres fisiològics.

És per aquest motiu que considerem important incloure mesures sobre la percepció de l'estat de la persona dintre dels processos d'avaluació periòdics de forma física, de manera que es trobin paràmetres alternatius que ajudin a avaluar amb més èxit l'adherència i els canvis obtinguts en la QDV dels nostres usuaris.

#### **2.5.4.6.- Mesura de la QVRS**

Els instruments utilitzats per a la mesura de la QVRS contenen una sèrie d'apartats que s'han de valorar pels enquestats. En general, sol haver una puntuació corresponent a una variable genèrica i varies puntuacions que es refereixen a dimensions de les àrees de conducta o experiència que es vol mesurar i que estan establertes a priori. Pot incloure aspectes com mobilitat, grau de depressió, ansietat, capacitat funcional, percepció de benestar, gravetat o intensitat de símptomes,... (Guyatt, et al., 1993).

##### **2.5.4.6.1.- Formes d'administració**

La taula número 11 ens mostra les formes d'administració dels qüestionaris que es poden donar amb els avantatges i inconvenients principals.

Els qüestionaris poden ser administrats per entrevistadors. Aquest és un mètode molt intensiu, en el que es necessiten recursos humans i econòmics abundants, però evita errors i disminueix el número de respostes no contestades.

El mètode auto-administrat és molt més econòmic, però incrementa el número d'errors i el número de respostes no contestades.

Una forma mixta és completar instruments amb una supervisió, o dur a terme l'administració del qüestionari mitjançant entrevista telefònica.

Taula 11. Formes d'administració de les mesures de QVRS. Font: Guyatt, et al., 1993.

Formes d'administració	Avantatges	Inconvenients
Entrevistador	Maximitza la proporció de respostes.	Requereix molts recursos per preparar als entrevistadors.
	Poques preguntes no contestades.	Requereix predisposició per reconèixer els problemes.
	Minimitza els errors per manca de comprensió.	Límits del format de l'instrument.
Telèfon	Poques preguntes no contestades.	
	Minimitza els errors per manca de comprensió.	
	Menys recursos intensius respecte la forma d'administrar amb entrevistador.	
Auto- administrat	Es necessiten uns recursos mínims.	Major probabilitat de baixes respostes, ítems sense contestar o males interpretacions.
Resposta delegada	Redueix l'estrès del grup objecte (per a molt vells o malalts).	La percepció del delegat pot ser diferent a la del grup objecte.

També s'utilitza alguna vegada el mètode de delegació de les respostes per aconseguir la informació d'usuaris que no ho poden fer per si mateixos (McKusker & Stoddard, 1984). Contesten en nom del pacient un cuidador o una persona que hi tingui un contacte intens i durant un període llarg de temps. Aquest sistema té una major validesa en els dominis relacionats amb variables objectivament observables com funció física i/o cognitiva.

#### 2.5.4.6.2.- Tipus de qüestionaris o instruments

La mesura de QVRS es pot fer amb una simple pregunta (per exemple, "com considera el seu estat de salut actual"? ) o de manera més àmplia cercant tots els aspectes definits en la construcció del constructe. Instruments més complexes de mesura de l'estat de la salut, poden ser *les escales de salut general o qüestionaris genèrics i les escales de salut o qüestionaris específics* (Guyatt, et al., 1989).



Les *escales de salut general* o *qüestionaris genèrics*, exploren un ampli repertori de problemes sanitaris. Avaluen l'estat de salut de la població en general i estableixen comparacions entre grups diferents de pacients o de malalties. No sempre són sensibles als canvis de malalties concretes. Tampoc detecten canvis de petita magnitud originats com a conseqüència de l'aplicació d'un tractament determinat (Guyatt, et al., 1993).

Entre els instruments genèrics més utilitzats estan:

- *Qüestionari de valoració multidimensional funcional (OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* de Kane & Kane, 1993). Ha estat traduït i adaptat a Espanya. Es compon de 10 qüestions sobre cinc àrees funcionals: recursos socials, econòmics, salut mental, salut física i capacitat per al desenvolupament de les AVD.
- *Qüestionari de salut SF-36* (Alonso, Regidor, Barrio, Prieto, L., Rodríguez & De la Fuente, 1998). Va ser desenvolupat pel *Medical Outcomes Study (MOS)* per a mesurar conceptes genèrics de salut. Es va originar a Estats Units, i ha estat traduït i adaptat a diferents països europeus, entre ells Espanya. És un dels instruments genèrics més utilitzats. Avaluava en 36 preguntes, vuit conceptes: funcionament físic, rol físic, dolor corporal, salut general, vitalitat, funcionament social, rol emocional i salut mental. Consta d'una versió reduïda de 12 preguntes.
- *Escala de QDV de l'OMS (WHOQL-100 i WHOQOL-BREF)*. Derivat de l'interès de l'OMS per generar un instrument genèric de mesura de la QDV que permeti comparacions transculturals. El WHOQOL-100 consta de 100 ítems que avaluen la QDV percebuda pel subjecte. Es compon de 6 àrees, subdividides en un total de 24 camps que són: salut física, funcions psicològiques, independència, relacions socials, entorn i

espiritualitat/religió/creences personals. S'han desenvolupat dos instruments: el WHOQOL-100 y el WHOQOL-BREF, de 26 ítems.

- *Perfil de Salut de Nottingham* (PSN). Consta d'una sèrie de preguntes als que es contesta "Sí" o "No" i s'agrupen per a formar sis dimensions ("energia", "dolor", "mobilitat física", "reaccions emocionals", "son" i "aïllament social"). Cada dimensió es puntua entre 0 i 100. La puntuació és més alta a mida que els problemes siguin més grans.
- *L'EuroQol*. Ha estat utilitzat a l'ESCA (Salleras, Tresserras Gaju & Brugulat, 2002). Més endavant, a l'apartat 4.3.3. es descriurà amb detall el seu disseny, ja que és l'instrument de mesura de la QVRS utilitzat en la present recerca. Aquí avançar que és un instrument que té tres parts. La primera detalla les característiques generals de l'entrevistat. Les següents dues parts són ja específiques sobre la QVRS. En la primera, *denominada Sistema Descriptiu* (SD), l'enquestat fa una valoració del seu estat de salut en cinc dimensions. En la segona part s'estableix una valoració general de la seva salut sobre una *Escala visual analògica* (EVA) on el 0 marca el pitja estat de salut possible i el 100 el millor estat possible.

Ja que tots mesuren coses similars, s'han trobat relacions entre les seves dimensions. Per exemple existeix correlació entre les de l'EuroQol (*mobilitat, dolor/ malestar i ansietat/ depressió*) i del PSN (*mobilitat física, dolor i reacció emocional*). L'EQ-5D té una bona correlació també amb el SF-36, tret de l'àrea de "*estado funcional psicológico*" (Myers & Wilks, 1999).

L'EuroQol té avantatges davant d'altres. Permet una major amplitud de respostes a la valoració global de l'estat de salut respecte l'EAS. Fa una somera valoració d'alguns dels factors més importants per a la QDV, donant una major informació que l'estat de salut autopercebut.

El PSN necessita un major número de preguntes (8 per a les dimensions mobilitat i dolor/malestar i 9 per a la dimensió reacció emocional) per aconseguir la informació que l'EuroQol aconsegueix amb una única pregunta. D'altra banda, no ofereix una valoració global de l'estat de salut (Azpiazu Garrido, et al., 2002).

L'EuroQol és també una *escala d'utilitat*. Les escales d'utilitat quantifiquen el valor que els enquestats i la societat assignen a diversos àmbits de la salut. Proporcionen una puntuació única en una escala que va d'1 a 0, on 1 representa el valor màxim de salut i 0 la mort. Són instruments utilitzats pels economistes i planificadors sanitaris per a quantificar els resultats d'intervencions o programes i s'utilitzen en els estudis de cost-utilitat. En ells es compara el cost incremental d'un programa, des d'un determinat punt de vista, amb la seva millora incremental sanitària atribuïble al mateix, on la millora sanitària es mesura en "*anys de vida guanyats ajustats per la seva qualitat*" (Guyatt, et al., 1993). Algunes de les escales més utilitzades, a part de l'EuroQol, són el "*Quality of Well-being Scale*", el "*Feeling Thermometer*" o el "*Multi-Attribute Health Utilities Index*" (Badia, Salamero, Alonso & Ollé, 1996).

Les *escales o qüestionaris específics* permeten analitzar aspectes molt més concrets com una malaltia concreta, un tipus de població (nens, joves o adults), una funció determinada (la son), o un problema particular (disnea). Aquests instruments tenen una major sensibilitat que els anteriors per a captar canvis evolutius dels pacients, però no permeten comparar el major o menor deteriorament de la QVRS present en diferents malalties (Guyatt, et al., 1993).

A la taula número 12 s'enumeren avantatges i inconvenients dels tipus de qüestionaris.

Els experts en mesura de QVRS distingeixen també entre instruments avaluatius i discriminatius. Els avaluatius estan dissenyats amb la finalitat de valorar el canvi de QVRS que té lloc en un individu o grup durant un període de

temps determinat i en funció de les modificacions de la seva malaltia. S'aplica en estudis longitudinals i proves clíniques (Guyatt, et al., 1993).

Els instruments discriminatius detecten les diferències de la QVRS entre persones o grups que són diferents en algun aspecte com l'edat, el sexe, el grau de mobilitat, gravetat d'una malaltia, etc. (Guyatt, et al., 1993). S'utilitzen en els estudis transversals.

Taula 12. Instruments per a mesurar QVRS. Avantatges i inconvenients. Font: Guyatt, et al., 1993.

Tipus d'instrument	Avantatges	Inconvenients
Qüestionaris genèrics		
Perfil de salut	Un sol instrument.  Detecten diferents efectes sobre diferents aspectes de l'estat de salut.  Permeten la comparació entre diverses malalties.	Pot ser que no es focalitzin en àrees d'interès específiques per a una determinada malaltia.  Menor capacitat per detectar canvis.
Escales d'utilitat  Per a malalties específiques. Per a grups de població específics. Per a funcions específiques. Per a una condició o un problema específic.	La qualitat i quantitat de vida està representada per un únic número.  Fan possible la realització d'anàlisi de cost/utilitat.  Incorpora la mort.	Dificultat per a trobar els valors d'utilitat.  Menor capacitat per detectar canvis.
Qüestionaris específics	Sensibles als canvis clínics i major capacitat per a detectar-los.	No permeten establir comparacions entre diverses malalties.  Poden estar limitats en termes de població i intervencions.

## 2.6.- Teories i models de ciències socials aplicades a pràctica esportiva

Des de les passades dues dècades un corpus important de la literatura especialitzada, americana i europea, ha centrat el seu interès en l'aplicació teòrica del camp de l'activitat física davant la necessitat de difondre hàbits de

pràctica esportiva que facin millorar els hàbits saludables entre la població. Algunes teories venen derivades de camps més generals de l'estudi de la conducta individual i de la sociologia. D'altres han estat específicament dissenyades per a poder interpretar intervencions en programes de promoció de l'exercici físic.

Totes elles parteixen de la necessitat d'establir models teòrics que permetin implementar serveis que garanteixin l'adherència a la pràctica física de manera permanent i a la vegada possibilitin una interpretació coherent dels factors que es relacionen amb la millora de la salut, la QV i la QVRS. És d'especial interès per al col·lectiu de gent gran, conèixer els mecanismes que permeten la màxima incorporació al món de la pràctica de l'exercici físic i la posterior adherència. En aquest apartat farem un viatge per les teories que considerem més importants centrant-nos en les que ens permeten fonamentar de forma més sòlida el nostre estudi de camp.

### **2.6.1.- Teories i models que posen l'èmfasi en l'individu**

La major part de les teories americanes que interpreten els canvis actius de les persones s'han centrat en un primer moment, en els aspectes cognitius, afectius i socials de l'individu (King, et al., 2002). Les perspectives analitzades a partir dels 80 del segle XX, es mouen dintre d'un anàlisi eminentment personal, esmerçant esforços en l'aprofundiment de la comprensió dels processos intrapersonals dels practicants, com l'actitud, les creences, l'afecte o les relacions socials (King, et al., 2002). Les que considerem més importants per a la nostra tesi, són les següents.

### 2.6.1.1.- Teoria Cognitiva Social

En una revisió de disset articles redactats entre 1960 i 2000 referents a estudis d'activitat física amb gent gran duta a terme per Conn, Minor, Burks, Rantz & Pomeroy (2003), amb subjectes de mitjana de 65 anys, i un mínim de cinc participants, deu van incorporar el suport teòric a les seves investigacions. D'aquests, el corpus teòric utilitzat en set, ha estat la *Teoria Cognitiva Social*.

En la *Teoria Cognitiva Social* ("Social Learning"/ "Social Cognitive Theory"), les variables socials i cognitives són vistes com determinants de la iniciació i el manteniment dels canvis de conducta saludables (Brassington, Atienza, Perczek, DiLorenzo & King, 2002). Cada conducta pot estar condicionada en major o menor mesura, per factors ambientals, personals o pels atributs propis de la conducta que segueix un mateix. Però el concepte central és l'*autoeficàcia*, que és considerada com la més important característica que determina el comportament humà (Bandura, 1987). Es relaciona amb la confiança d'una persona en les seves habilitats per a dur a terme una determinada conducta de canvi (Culos-Reed, Rejeski, McAuley, Ockene & Roter, 2000).

La Teoria Cognitiva Social parteix del fet que la confiança que una persona té en si mateix per a poder dur a terme una activitat i els resultats obtinguts, estan fortament associats. L'adherència a l'exercici físic es determina per l'*autoeficàcia* de la persona que pugui anar prenent de manera progressiva. Pot ser incrementada de diferents maneres. Rebut instruccions clares, trobant oportunitats per al desenvolupament d'habilitats o prenent referències de persones que assumeixin el paper de models a imitar. Progressivament, es *moldeja* així la conducta desitjada. Per a ser efectius, els models han de ser admirats i respectats per l'observador. Però no han de ser representants per un nivell de conducta excessivament elevat, fora de l'abast de la persona que la practica (Bandura, 1987).

Associada amb conductes saludables com l'activitat física, el *suport social* és freqüentment utilitzat en recerca social. Hi ha considerables variacions respecte com és conceptualitzat i mesurat aquest suport social. Les fonts inclouen els membres familiars, els amics, els veïns, els companys de feina, els companys d'exercici i del grup. En aquest sentit, la figura del metge i la importància que té per al col·lectiu de gent gran pot ajudar molt en l'assumpció de nous papers saludables entre la gent gran en fases de promoció i difusió.

Les *Teories de l'Aprenentatge* es basen en models conductistes, on moltes de les conductes, inclòs l'hàbit esportiu, són apreses i mantingudes sota esquemes de reforç (Skinner, 1986).

#### **2.6.1.2.- Model Transteorètic**

Aquest ha estat un altre dels plantejaments teòrics utilitzats en els treballs consultats en la revisió de Conn, et al. (2003). Per als seguidors d'aquest plantejament, (*Transtheoretical Model*), les persones passen per diferents processos abans d'aconseguir la conducta desitjada. Aquests processos han estat conceptualitzats en cinc estats de canvi: precontemplació, contemplació, preparació, acció i manteniment (Prochaska & Di Clemente, 1982).

Les persones estan predisposades per a progressar a través dels estats tot i que sovint tornen a un estadi previ abans d'aconseguir la conducta final. D'aquesta manera, els estats de canvi es defineixen millor de manera cíclica o espiral, que de manera lineal (Prochaska, et al., 1992). A Espanya s'han dut estudis sota aquest marc teòric (Varo Cenarruzabeitia, et al., 2003) que han permès comparar l'estat de predisposició al canvi de la població analitzada respecte la població europea, dirigida per l'IEFS (Institute of European Food Studies). N'hem fet referència a l'apartat sobre les fonts d'informació dels nivells de pràctica d'activitat física entre la gent gran (2.4.2.1.).

### 2.6.1.3.- Teoria de l'Acció Raonada i de la Conducta Planificada

La *Teoria de l'Acció Raonada* o la de la *Conducta Planificada* (Fishbein & Ajzen, 1975), manté que el nivell d'execució individual d'una determinada conducta està determinada per la intenció d'una persona de canviar aquesta conducta. Aquesta intenció està determinada a la vegada, per dos factors: l'actitud de la persona davant la conducta (la creença sobre els resultats de la conducta i el valor d'aquests resultats) i la influència de l'ambient social o les normes subjectives. Afegeix el concepte de *percepció del control* sobre les oportunitats, recursos i habilitats necessàries per aconseguir el canvi a una conducta. Aquest concepte és similar al d'autoeficàcia de Bandura.

Hi han estudis que donen suport a la creença de que la Teoria de la Conducta Planificada pot ajudar a la integració amb els processos de canvi i els estats de canvi en el domini de l'exercici físic, propi del Model Transteorètic. La Teoria de la Conducta Planificada dóna elements per a considerar-la com a medidora entre els processos i els estats de canvi, de manera que en determinades ocasions s'han dissenyat investigacions amb les que s'han compatibilitzat constructes de la Teoria Cognitiva Social de Bandura, Teoria de l'Acció Planificada i el Model Transteorètic amb bons resultats (Courneya & Bobick, 2003).

### 2.6.2.- Estructuralisme constructivista

No és la nostra intenció explicar de manera íntegra el complex i prolífic pensament de Bourdieu. Només ens interessa destacar alguns aspectes dels seu corpus teòric, en concret el seu concepte d'*habitus*, com element que condiona la conducta social de les persones.

Bourdieu introdueix la noció d'*habitus* per a explicar per què les persones ens inclinem a realitzar unes accions o d'altres. Les actuacions de les persones o



les seves pràctiques no són el resultat de la execució de regles, com suggereix l'estructuralisme; tampoc és la resposta als estímuls procedents de l'entorn social propi del conductisme o la cognició social. Ni és el resultat de l'acció lliure del subjectivisme, com creu la fenomenologia. És el producte de la relació dialèctica entre la situació i l'habitus (Vázquez García, 2002).

La probabilitat objectiva d'adoptar una acció o altra depèn en primer lloc de les condicions socials estadísticament mesurables com l'edat, l'estat civil, els nivells de renda, instrucció o procedència geogràfica. Aquests factors són els que comporten les lleis estructurals inconscients, les relacions establertes amb el medi i els diferents sistemes amb els que es relaciona la persona. Aquesta probabilitat objectiva és viscuda per les persones que adopten una determinada conducta social com resultat de la seva lliure elecció.

En definitiva, existeix com una mena de sentit prerreflexiu d'orientació social que fa que les persones optem per unes pràctiques i conductes i n'excloquem d'altres, denominat habitus. Bourdieu utilitza aquest concepte per a mostrar-nos que quan actuem no sempre necessitem plantejar-nos en forma clarament conscient ni el *què* fem, ni menys encara *per què* ho fem. L'habitus apareix així com un principi generador de determinades pràctiques, però és també el resultat de la incorporació operada en nosaltres de certs continguts culturals, gràcies a la permanència perllongada en les posicions que ocupem en l'estructura social. Són recursos incorporats i interioritzats en el procés de socialització primari après durant la infància, que s'ha sistematitzat en tots els àmbits propis de l'individu i que es transmet d'unes persones a d'altres.

L'habitus, vol trencar la dicotomia entre individu i societat per a caracteritzar-la com una realitat social que existeix en les persones de manera individual. Uns col·lectius tenen uns habitus similars perquè s'han vist exposats a unes condicions de vida similars, com les persones que han viscut una determinada època o un moment històric.

En el seu llibre *Cosas dichas* (Bourdieu, 2000) qualifica el seu treball d'*estructuralisme constructivista* o *constructivisme estructuralista*, entenent per estructuralisme que en el món social existeixen estructures objectives independents de la consciència i de les voluntats individuals, que orienten o coaccionen les seves pràctiques o representacions (Bourdieu, 1993). Per constructivisme o constructivista s'entén que hi ha una gènesi social d'una part dels esquemes de percepció, de pensament i d'acció per part de qui conforma el *camp social*<sup>28</sup>, que constitueixen l'*habitus* (Bourdieu, 1993). És un sistema d'esquemes adquirits que funcionen com categories de percepció o com principis de classificació al mateix temps que com organitzadors de l'acció, per a constituir a l'agent social en operador pràctic de construcció d'objectes (Bourdieu, 2000).

L'*habitus* dels agents socials condicionen les necessitats i característiques pròpies de cada classe social. Ens mostra la forma d'apropiar-se les pràctiques de les classes socials dels diferents camps sociològics, com l'esport, la música, la decoració, la política, el llenguatge,... (Bourdieu, 1988).

Però tot i que els usuaris d'uns determinats patrons conductuals, en aquest cas esportius, posseeixen unes característiques similars que expliquen les seves condicions de possibilitat de pràctica, no tots l'hi atribueixen el mateix sentit. En el nostre cas, no tots estan d'acord en la percepció dels beneficis de la mateixa pràctica esportiva, ni de les seves motivacions, ni en el tipus de pràctica en funció del gènere. En la major part dels casos, tot i haver un cert consens en la funció originària dominant de la pràctica, les raons per les quals es duen a terme o el seu significat, varia en funció de les diferents estratificacions socials entre les que és objecte de pràctica. Bourdieu comenta que el sentit d'una mateixa pràctica, el valor assignat al cos, l'antiguitat i la seva freqüència, el lloc, el moment, el plantejament didàctic d'intervenció, etc., són factors fortament

---

<sup>28</sup> *El concepte de camp social en Bourdieu té un interès més enllà de la present tesi.*

condicionats per les característiques del capital econòmic, social i cultural de l'habitus dels agents practicants<sup>29</sup>.

Aquesta concepció teòrica ens obre portes per poder entendre la lògica dels perfils dels usuaris que prenen part en els PEFCGGC's i les seves demandes en funció de les diferents característiques personals, socials, culturals o econòmiques. Ens permet entendre per què la major part dels usuaris dels PEFCGGC's són dones, amb poc itinerari esportiu, o per què els homes, se senten més proclius a fer esport individual, amb un fort component de desgast energètic i individual (Canyellas & Fortuño, 1990).

D'altra banda, podrem interpretar les característiques socials de les gimnàstiques de manteniment que practica la gent gran i ubicar-les segons el tipus d'instal·lació, dels perfils personals, socials i geogràfics, a la vegada que ens permetrà comparar l'impacte respecte la resta de la població en general.

### **2.6.3.- Teories que posen l'èmfasi en l'ambient**

La principal objecció a moltes de les teories de la incorporació d'hàbits saludables és que basen les seves interpretacions en els processos de la conducta individual del canvi i posen poca atenció en les influències sobre l'ambient físic i l'entorn sociocultural (McLeroy, Bibeau, Steckler & Glanz, 1988; Satariano & McAuley, 2003). Actualment, les aproximacions teòriques que estan guanyant suport empíric important, en consonància amb les interpretacions sistèmiques, donen un major protagonisme als factors interpersonals i a les influències de l'ambient (King, et al., 2002; Satariano & McAuley, 2003; McLeroy, Bibeau, Steckler & Glanz, 1988; CDC 1988; Stokols, 1992). El suport

---

<sup>29</sup> "...el sistema de las prácticas y los espectáculos deportivos que se ofrecen en un momento dado a la elección de los consumidores potenciales está como pre-dispuesto para expresar todas las diferencias sociológicamente pertinentes en ese momento, oposición entre los sexos, oposición entre las clases y las fracciones de clase: a los agentes les basta con abandonarse a la inclinación de su habitus para volver a tomar por su cuenta, incluso sin saberlo, la intención inmanente a las prácticas correspondientes, para reconocerse por completo en ellas..." (Bourdieu, P., 1988, P. 220).

ambiental i l'enfocament ecològic apareixen com elements clau per fomentar els hàbits esportius conjuntament amb la reorientació dels serveis de salut. El propi ambient es configura en escenaris de comportament ("*behavior settings*") que poden promocionar i estimular la pràctica esportiva en alguns casos o bé poden dificultar-la i restringir-la en d'altres (Humpel, Owen & Leslie 2003). Analitzem a continuació alguns dels factors estudiats des d'aquesta perspectiva.

### **2.6.3.1.- Factors moduladors de l'estrès**

Les persones exposades de manera crònica a agents creadors d'estrès com l'acumulació residencial de llars, el soroll o la congestió de tràfic, poden induir sensacions de fatiga, disminució de la capacitat de control sobre les pròpies activitats dels ciutadans o reducció del suport social entre la població. En aquestes condicions no s'incideix de forma positiva en l'adopció de conductes adients per al manteniment de la seva salut (King, et al., 2002).

Una forma d'estrès com la derivada de l'exposició perllongada a ambients violents, o a situacions antisocials, pot crear una sensació elevada de por i temor entre els habitants que hi pateixen. També pot fomentar una percepció de desordre veïnal que declina la intenció dels seus habitants en l'adopció de conductes saludables (King, et al., 2002).

D'altra banda, existeixen circumstàncies ambientals associades amb la reducció de l'estrès que faciliten els esforços per a millorar els nivells de pràctica de l'activitat física. L'ambient restaurador i tranquil, es relaciona amb una alta prevalença d'ambients relacionats amb la natura, l'aigua, la vegetació o les vistes extenses d'espais oberts. Aquests tipus d'entorns, promouen la relaxació i disminueixen l'estrès.

### 2.6.3.2.- Concepte de *capital social*

Els ambients associats amb patrons facilitadors d'activitats socials organitzades afavoreixen la pràctica de l'activitat física i la seva adherència. Són exemples els grups d'estudi, ambients per preservar la salut, restaurants veïnals, tendes petites, alternatives recreatives o centres comunitaris d'esbarjo, com els casals de gent gran en el nostre cas. Els residents en comunitats amb un ampli ventall d'ambients recreatius i facilitadors de relacions incorporen més fàcilment en les seves pautes de conducta activitats físiques, que les persones que viuen en espais que no ofereixen gaires possibilitats recreatives.

Els veïns que incorporen una alta varietat d'espais de trobada en el seu *modus vivendi*, estan positivament relacionats amb alts nivells de reconeixement social i comportament cívic, i conseqüentment, són propensos a actuar com a residents actius, usuaris potencials d'espais comunitaris oberts i propostes recreatives. Els espais són elements de referència, que contribueixen al foment de les connexions socials entre els ciutadans a nivell comunitari. A l'apartat corresponent als beneficis socials de l'esport, ja hem fet referència al concepte de capital social, com pivot referencial.

El *capital social*, representa un important nexa d'unió entre individu, ambient social i ambient físic (Satariano & McAuley, 2003). Aquest terme té una dilatada història, que es remonta als treballs dels primers sociòlegs Durkheim, Simmel, Marx i Weber. En els recents anys ha estat motiu de particular interès en un ampli número de camps, inclòs la salut pública.

Organitzacions internacionals com el Banc Mundial o el Programa de Nacions Unides per al Desenvolupament, entre d'altres, consideren que la clau del desenvolupament social i de la riquesa dels països es troba relacionada amb el seu capital social. Es refereix a les normes i les relacions que fan possible que les persones actuïn de manera col·lectiva. En aquest sentit pot considerar-se un actiu que es inherent a les relacions socials entre les persones, les comunitats,

les societats i les xarxes en general. Es considera com un “pegament” que va més enllà de la mera suma dels recursos tangibles. Constitueix un recurs social que uneix a les persones entre si, marcant regles, pautes de conducta i estructurant la societat (Baum & Ziersch, 2003). Les societats poden incrementar el seu capital social facilitant, recolzant i invertint en coneixements, habilitats, valors, etc.

El Banc Mundial entén per *capital social* com les xarxes i relacions que estimulen la confiança i la *reciprocitat* i moldejen la qualitat de les interaccions socials d'una societat. El nivell de qualitat social exerceix un significatiu impacte sobre una sèrie de processos de desenvolupament. Actuen com a recursos per individus i faciliten l'acció col·lectiva (Baum & Ziersch, 2003). De fet, comunitats amb alts nivells de capital social poden desenvolupar-se amb l'aparició d'“*estructures d'oportunitat*” (Baum & Palmer, 2002) com espais de trobada social que permetin el diàleg i l'intercanvi relacional, parcs facilitadors de creació de xarxa social que garanteixin seguretat, atractius llocs per passejar i en general, organització de programes ambientals.

Existeixen actualment diferents tendències en la interpretació d'aquest concepte. Robert Putnam l'entén com les característiques d'una organització social, com la participació cívica, les normes de reciprocitat i la confiança en els demés, que faciliten la coordinació i cooperació per al benefici mutu. (Putnam, 1993).

Per a Putnam les manifestacions humanes com *confiança*, *reciprocitat* i *cooperació* són el fonament d'un “cercle viciós”. Quan més elevat és el nivell de confiança en una comunitat, major és la probabilitat de que existeixin lligams de cooperació i per tant un major nivell de capital social.

Una segona escola es perfila en el treball de Bourdieu, que en el marc ja comentat el defineix com la suma dels recursos, reals o virtuals, acumulats en un individu o grup en virtut de posseir una xarxa estable de relacions més o

menys institucionalitzades de coneixement i reconeixement mutu (Ziersch & Baum, 2004). Destaca la importància del fet que els recursos per als individus s'incrementen com a resultat de les xarxes socials dels membres. Per a Bourdieu el capital social està unit al capital econòmic tot i que no pot ser reduït simplement a una forma econòmica.

Un tercer teòric, Coleman, treballant en l'àrea de l'educació ha tingut una significativa contribució al debat entre capital social i processos d'educació. Francis Fukuyama rescata la definició de Coleman que el defineix com el "*component del capital humà que permet als membres d'una societat confiar en els demés i cooperar en la formació de nous grups i associacions*" (Fukuyama, 1996, p. 82).

### **2.6.3.3.- Accés adaptat al lloc de pràctica**

L'accessibilitat als equipaments i als espais recreatius és un element condicionant molt important. Si decreixen les possibilitats d'accés, també ho fan les possibilitats d'adherència a la pràctica (Schutzer & Graves, 2004). La creació i disseny d'elements facilitadors de pràctica a nivell de barri, com "carrils bici", piscines, camins per caminar o clubs de salut, està associada directament amb els nivells de pràctica esportiva. En aquest sentit, la intervenció de polítiques de salut i de les institucions públiques per a proveir espais de pràctica segurs i fàcilment apropiables, són importants per a la promoció de la pràctica entre les persones grans.

La major part de les formes de pràctica de gent gran solen dur-se a terme o bé de manera informal, vinculada als voltants del lloc on viu el practicant o bé mitjançant una instal·lació amb una pràctica monitoritzada generalment per un instructor que dirigeixi la intervenció, com els PEFCGGC's. En el cas de les pràctiques dirigides, el factor proximitat sembla que sigui un dels elements a tenir en compte amb major capacitat d'influència sobre el factor pràctica.

D'altra banda, la gent gran tendeix a mostrar una major prevalença de pràctica en els programes informals de pràctica a l'aire lliure, especialment entre els usuaris que practiquen exercici amb intensitat moderada, com poden ser els exercicis de caminar (Schutzer & Graves, 2004). Ja hem vist com les enquestes sobre hàbits esportius i pràctiques fisicorecreatives analitzades ens indiquen que el caminar és la pràctica més utilitzada entre les persones grans.

En aquests tipus d'activitats, les característiques urbanístiques són un element clau per a la pràctica. Ambients amb recursos adaptats utilitzats per a fer exercici físic, com carrils "bici" diferenciats de la carretera, carrers amb voreres àmplies per caminar, parcs amb espais verds convenientment senyalitzats, o aparells adaptats instal·lats en parcs públics, són espais físics adients per a practicar facilitant la seguretat veïnal.

#### 2.6.3.4.- Disseny de les ciutats

Els estudis fonamentats en una perspectiva ecològica reflexionen també respecte els dissenys més adequats de les ciutats on els ciutadans conviuen.

Taula 13. Característiques del disseny de les ciutats. Tipus d'ambients poblacionals. Font: King, et al. 2002.

<b>Ambient orientat als automòbils</b>	<b>Ambient orientat als caminants</b>
Últims 50 anys.	Últims 5.500 anys.
Poca densitat, ambient de dispersió.	Desenvolupament compacte.
Principal interès, fluïdesa de la circulació del tràfic.	Principal interès, destí de l'espai públic.
Separació dels usos de l'espai entre zones monofuncionals.	Utilització mixta dels espais.
Connexió dels carrers limitada.	Connexió dels carrers maximitzada.
"Espai perdut".	"Espai ampli".



A la taula número 13 es destaquen dos tipus de ciutats que condicionen la pràctica, tot i que moltes tenen una combinació mixta (King, et al., 2002).

La població orientada als cotxes sovint restringeix les possibilitats d'incrementar els nivells de participació física. La població orientada als caminants, és el model més antic i propi de les poblacions més petites. Aquest és el disseny que per als nous urbanistes afavoreix millor la promoció de la pràctica física i que connecta millor amb la filosofia urbanística actual basada en la preservació històrica, creixement reduït i desenvolupament sostenible. Moltes poblacions, tenen una combinació mixta dels dos models.



Figura 14. Espais amplis de pràctica esportiva informal diferenciats dels automòbils.

Les propostes de disseny urbanístiques més modernes, estan en línia de compatibilitzar la QDV dels entorns reduïts amb els serveis de grans poblacions.

King, et al. (2002) organitza la ciutat conforme a tres escales de desenvolupament: districte o ciutat, barri i bloc de llars. L'àmbit de ciutat o de districte d'una gran ciutat, es dissenya al voltant de múltiples centres, cantonades urbanes identificables, amb un cor o nucli central a partir del qual es projecta una expansió perifèrica, de diferents modalitats alternatives de

transport, amb instal·lacions de referència d'àmbit de ciutat com les esportives, o els hospitals. Aquesta proposta, també inclou espais transitables caminant, amb àrees urbanes d'utilització mixta, espais públics amplis, i integració de formes de viatjar no motores com carrers per bicicletes o espais per vianants, amb una xarxa important de transport públic.

A nivell de barri, es desenvolupa la població al voltant de la idea de la unitat de veïnatge, amb serveis bàsics a uns cinc minuts caminant o uns 400 metres aproximadament de recorregut. Aquesta pot ser la distància que la major part de la gent recorre per a dur a terme les activitats normals de la seva vida. Els seus habitants haurien de ser capaços de cercar una varietat de serveis públics i espais cívics, així com espais per comprar, treballar, anar a l'escola, o a un centre d'assistència primària. Els casals de gent gran i els centres cívics tindrien una importància capdal en el manteniment d'una xarxa d'equipaments destinats al manteniment dels hàbits saludables de la gent gran en una estructura de barri.

A escala més petita, la prioritat és l'accessibilitat a nivell de bloc, carrer o edifici. Les formes de serveis destinats al tractament de la dependència tenen en aquest àmbit una importància capdal. Són centres fonamentals els que proporcionen serveis comunitaris, destinats a persones amb fragilitat o amb potencials símptomes de marginalitat, com els centres de dia, els habitatges tutelats, i les residències assistides.

### **2.6.3.5.- Altres factors a tenir en compte**

Bauman, Sallis, Dzewaltowski & Neville Owen, (2002), resumeixen les diferents variables ambientals que des d'una perspectiva ecològica mostren la correlació més important amb els nivells de pràctica en persones adultes. Destaca l'estacionalitat del clima com una variable important a controlar. Tot i no ser un atribut fix de l'ambient, un número important de variables hi depenen: hores de

llum solar, temperatura, humitat, precipitacions o vent. I totes elles aporten elements d'influència entorn l'activitat que es du a terme. Els estudis analitzats troben una major prevalença de pràctica a l'estiu que a l'hivern, tot i que depèn del tipus de pràctica (Humpel, Owen & Leslie 2002). En el cas dels programes d'exercici físic comunitaris dirigits a gent gran, són els períodes d'hivern, els que es denota una menor assistència (Fortuño, 1996), ja que coincideixen amb el major nombre de malalties. Cal tenir en compte, no obstant, que els PEFCGGC's tenen una estructura estacional de nou o 10 mesos, de setembre o octubre a juny, quedant els estius sense activitat esportiva.

El cost d'aquest tipus d'activitat, també és un altre factor a tenir en compte (Bauman, et al., 2003). Les despeses estan vinculades al cost del monitor que du la sessió, el material utilitzat i el manteniment de l'equipament de pràctica. En cap dels casos que coneixem en el cas dels PEFCGGC's, l'usuari paga la totalitat de les despeses. Sempre hi ha una aportació econòmica majoritària de l'administració que gestiona el servei.

Tot i que al ser grupal no és un tipus de pràctica excessivament cara respecte d'altres pràctiques, sempre ha hagut un cert "pols de força" entre els usuaris, no predisposats al pagament i l'administració que tendeix a instaurar quotes que contribueixin a salvar el compte de resultats de l'activitat, eminentment deficitari. Cal no obstant, recordar que els programes sociocomunitaris són eminentment socials i per tant la repercussió econòmica sobre el client final sempre serà discreta.

## **2.7.- Serveis on s'apliquen els PEFCGGC's**

Les pràctiques d'exercici físic entre la gent gran poden trobar-se relacionades de forma directa o indirecta, entre els diferents serveis de la xarxa de sistemes de protecció social, constituïda per benestar social, seguretat social, salut, educació, polítiques per a l'ocupació, polítiques d'habitatge, polítiques

d'accessibilitat i de supressió de barreres i altres actuacions públiques en l'àmbit de la cultura i l'esport. Analitzarem a continuació els serveis destinats a la gent gran que s'han anat desenvolupant des de l'esdeveniment de la democràcia al territori espanyol, fonamentats en els pilars de l'Estat del Benestar i que han tingut un paper destacat en la consolidació de programes d'exercici físic dirigit al nostre col·lectiu.

Seguint les Bases de la nova Llei de Serveis Socials a Catalunya (Generalitat de Catalunya Departament de Benestar i Família, 2004) analitzarem els serveis socials i el concepte de benestar social. Seguidament farem esment als serveis esportius, als serveis sanitaris i als serveis socio-sanitaris. Finalment s'ha exposat l'estructuració dels serveis de gent gran de la ciutat de Barcelona i el Programa Municipal per a la gent gran 2006-2010, com exemple organitzatiu de referència.

També a cada àmbit, hem fet una breu recopilació legislativa de la normativa de referència que ha possibilitat l'aparició i desenvolupament posterior dels serveis que recullen.

### **2.7.1.- Serveis Socials**

L'objectiu marc dels serveis socials és promoure el benestar social entre les persones d'un col·lectiu determinat. Des de les administracions públiques es tendeix a creure que el benestar social depèn del grau d'igualtat dels membres d'una comunitat determinada en l'accés als recursos que els permeten aconseguir unes determinades condicions de vida. Tot i ser un terme difícil de consensuar, comprèn el conjunt de situacions objectives que permeten a les persones gaudir d'una bona QDV (Generalitat de Catalunya Departament de Benestar i Família, 2004).

Per a l'Ajuntament de Barcelona, els principis fonamentals que regeixen els serveis socials són (Ajuntament de Barcelona. Regidoria de Benestar Social, 2006): universalitat, responsabilitat pública, garantia del dret d'accés als serveis socials en condicions d'igualtat, equitat, justícia redistributiva, proximitat, descentralització, prioritització de l'enfocament comunitari, solidaritat, participació individual i col·lectiva, cohesió social i respecte per la dignitat de les persones, promoció de l'autonomia de les persones, normalització en la prestació dels serveis i garantia de la qualitat dels serveis.

A Catalunya, entre l'àmbit de l'administració autonòmica, les diputacions, els consells comarcals i els municipis, no hi ha coincidència en els elements i competències que integren els serveis socials. Més bé es tendeix a englobar una varietat d'àmbits diferents segons les circumstàncies (Generalitat de Catalunya Departament de Benestar i Família, 2004). Els recursos es destinen especialment als grups en situació de necessitat social que poden comportar problemes i que reflecteixen un component de transversalitat perquè afecten diferents sectors de població, com ara: envelliment i sobreenvelliment, dependència, exclusió social i aïllament social, manca d'habitatge, violència de gènere i violència familiar, desestructuració familiar, alcoholisme i drogodependència, violència i delinqüència juvenil, pobresa, condicions laborals precàries i atur, malaltia mental, situacions de risc per a la infància i l'adolescència, discriminació, problemes de convivència i de cohesió social, emergències socials i catàstrofes naturals i per últim, situació de petició d'asil.

Des de la perspectiva històrica, a l'any 1985 es defineix a Catalunya el model actual de serveis socials mitjançant la Llei 26/1985, de 27 de desembre, que aborda dimensions funcionals i organitzatives de forma innovadora.

El Decret legislatiu 17/1994, de 16 de novembre és una nova iniciativa del govern autonòmic per avançar i consolidar el model català de serveis socials. Els objectius d'aquesta llei són estructurar funcionalment i territorialment el Sistema Català de Serveis Socials, definir la Xarxa Bàsica de Serveis Socials

de Responsabilitat Pública i determinar a quines administracions públiques correspon la titularitat, la gestió i el finançament.

Responent a aquest mandat, el Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials l'ordena i el desplega centrant-se principalment en la Xarxa Bàsica de Responsabilitat Pública com a eix de la nova regulació. Aquesta normativa defineix la xarxa de serveis socials com "*... el conjunt coordinat de serveis socials, establiments, prestacions econòmiques i activitats generals de prevenció, atenció i promoció social que es duen a terme a Catalunya sota responsabilitat de les diferents administracions públiques*".

Es defineixen també quinze serveis entre atenció primària i especialitzada: serveis bàsics d'atenció primària, d'ajuda a domicili, de telealarma i teleassistència, d'acolliment residencial d'urgència, de menjador, d'assessorament tècnic d'atenció primària, centres de dia, llars residencials, residències assistides, habitatges tutelats, serveis de tutela, serveis de suport a la presentació sociosanitària, altres serveis de suport a l'atenció primària i casals de gent gran.

L'evolució de la nostra societat en els darrers anys ha generat un ampli consens respecte la necessitat de disposar una nova llei de serveis socials que respongui millor a les demandes de la població catalana. Aquesta voluntat es fa palesa al document sobre "Bases per a una nova llei de Serveis socials a Catalunya" (Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar i Família, 2004). Document que ha estat elaborat per un comitè d'experts que treballa l'avantprojecte de llei.

Destaquem a continuació alguns dels serveis d'interès específic per a nosaltres, ja que en ells es poden dur a terme programes d'exercici físic.

Els serveis de centres de dia per a gent gran, són serveis d'acolliment diürn i d'assistència a les AVD per a persones grans amb dependències, els quals es poden prestar en un establiment específic o bé com a servei integrat en els espais assistencials generals i en el programa funcional d'activitats diürnes d'una residència.

Els serveis de centres residencials per a gent gran es distribueixen en diferents modalitats:

- La Llar residència són serveis d'acolliment residencial de caràcter permanent o temporal per a persones grans que vulguin ingressar-hi.
- La residència assistida dóna serveis d'acolliment residencial, amb caràcter permanent o temporal, i d'assistència integral a les ADVD per a persones grans amb dependències.

En quant a l'atenció residencial i dels centres de dia a la gent gran dependent a Catalunya es caracteritzen actualment per l'existència a la pràctica d'una doble xarxa. En la xarxa de residències assistides i llars residència ja esmentades, es presta essencialment atenció social. Amb l'aparició de la normativa de desplegament dels serveis socio-sanitaris, es contempen els equipaments residencials socio-sanitaris de llarga estada que tenen una important vessant d'atenció sanitària. En aquests tipus de centres es donen programes grupals d'estimulació motriu entre els seus usuaris, duts a terme per diferents professionals com els fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, i en alguns casos, llicenciats en educació física o professionals especialitzats en activitat física i gent gran. Menció especial ens mereixen ara els casals de gent gran.

## **2.7.2.- Serveis de Benestar Social**

### **2.7.2.1.- Casals i espais específics de gent gran**

El Decret 284/1996, de 23 de juliol de Regulació del Sistema Català de Serveis Socials (epígraf 2.6.1.) equiparava els casals a centres de dia i residències de gent gran, considerant-los com a serveis de suport a l'atenció primària i especialitzada i definint-los com a "*Centres d'acolliment, esbarjo i convivència per a persones o col·lectius. Els seus objectius són l'acolliment, l'esbarjo i la convivència per a la màxima integració social*". Bàsicament, les seves funcions es definien com: informació i acollida, activitats socioculturals i de lleure i altres serveis complementaris.

El Decret 180/1997, de 22 de juliol, aprova els Estatuts dels Casals de Gent Gran del Departament de Benestar Social i deroga l'epígraf 2.6.1. de l'annex de l'esmentada Llei Reguladora dels Serveis Socials. Tant Centres Cívics com Casals, amb aquesta normativa s'equiparen sota la categoria d'equipaments cívics.

Per a tenir una referència en quant a la densitat d'aquest tipus d'equipaments, direm que actualment a la ciutat de Barcelona conviuen 56 casals de gent gran municipals, 18 casals de gent gran de la Generalitat de Catalunya, 10 Clubs de la xarxa Viure i Conviure de la Caixa Catalunya, 13 Esplais de gent gran de la Fundació La Caixa i un nombre no determinat de casals parroquials i similars. Tot plegat, fan un mínim de 94 centres d'aquestes característiques (Ajuntament de Barcelona. Direcció de Benestar Social, 2005). Si tenim com a referència que el número d'habitants majors de 65 anys a Barcelona és d'uns 529.000 habitants (Sintes & Ramón, 2003), tenim que pot haver de mitjana un casal per cada 5.600 grans.



### 2.7.2.2.- Centres cívics

El Decret 222/1996 de 12 de juny, estableix el règim jurídic bàsic dels equipaments cívics del Departament de Benestar Social i configura els Centres Cívics com a equipaments destinats a l'acolliment, esbarjo i convivència, sense especificar les edats a les que es dirigeixen. L'article 19 del mencionat Decret els defineix com "*...els equipaments cívics de dinamització sociocultural que tenen com a finalitat la promoció del civisme, la col·laboració amb el teixit associatiu, facilitant espais dotats d'infraestructures i recursos per a la participació i l'intercanvi vers els ciutadans i els col·lectius*".

L'article 20 de l'esmentat Decret defineix les funcions següents d'aquests tipus de serveis:

*"a) Elaborar i desenvolupar una programació d'activitats socials i de lleure adreçades a promoure iniciatives cívics i socials, a la formació de l'individu, a l'intercanvi generacional i intercultural.*

*b) Rebre i impulsar iniciatives per promoure el voluntariat, la consolidació i el creixement del món associatiu.*

*c) Difondre iniciatives individuals amb la finalitat de contribuir a la formació de grups d'interès comú.*

*d) Prestar els recursos i la infraestructura adients a entitats i grups per realitzar activitats pròpies o de major abast. "*

Com a referència, el número de centres cívics i casals de barri que ofereixen activitats a la ciutat de Barcelona durant l'any 2003 és de 47 centres (Ajuntament de Barcelona. Departament d'Estadística, 2003).

Els centres cívics són espais on es duen a terme programes d'exercici físic dirigides a adults, tot i que aquestes no són susceptibles d'excloure usuaris majors de 60 anys, i en alguns casos també es duen a terme pràctiques d'exercici físic grupal dirigides de forma específica a gent gran.

### **2.7.3.- Serveis esportius**

La pràctica d'activitat física dirigida a la població en general i a la gent gran en especial és una competència de l'administració pública local, tal i com s'especifica a la Llei 8/87 de 15 d'abril, Municipal i de Règim Local de Catalunya. A l'art. 62, apartat 2, capítol II de l'esmentada normativa es concreta que: *"...el municipi té competències pròpies en la gestió de les activitats i les instal·lacions culturals i esportives, l'ocupació del lleure, el turisme..."*.

L'administració garanteix que totes les persones que ho desitgin tinguin accés a activitats físiques i esportives, sense limitació d'edat. Aquestes pràctiques esportives es garanteixen normalment mitjançant estructures municipals organitzatives com àrees, departaments, serveis, instituts o patronats d'esports.

En el cas concret de la gent gran, els programes reben un impuls fonamental a partir dels Jocs Olímpics del 92 i els llocs de pràctica utilitzats són els reservats per a la resta de població en general, com pavellons esportius, gimnasos i/o altres espais esportius municipals.

Com a referència, el número d'instal·lacions municipals esportives a Barcelona, susceptibles de contenir espais de pràctica esportiva dirigida a gent gran és de 43 (Ajuntament de Barcelona. Direcció d'Esports, 2003).

Cal destacar d'altra banda, que no existeix un coneixement a nivell de l'estat espanyol de l'adequació de l'actual sistema d'equipaments esportius a les necessitats dels nostres vells. En aquest sentit Rodríguez, et al. (2005) posen

en evidència el reduït coneixement de les necessitats de les instal·lacions i espais utilitzats per a practicar esport respecte el nostre col·lectiu al municipi de Madrid i justifica la necessitat d'establir noves instal·lacions esportives per permetre l'extensió de pràctica.

També a la nostra Comunitat, la Secretaria General de l'Esport, en el marc d'actualització del pla d'equipaments esportius de la Generalitat de Catalunya, vol potenciar la construcció de nous equipaments per a tota la població en general. Així, s'estima que a les poblacions de més de 500.000 habitants, cal que hi hagi una sala esportiva cada 6.440 habitants i un pavelló poliesportiu cada 21.497 habitants (Generalitat de Catalunya, 2005). Tenir en compte també que tot i la potenciació de la construcció d'equipaments esportius públics, la densitat d'aquests tipus d'instal·lacions és molt menor a la dels casals de gent gran o centres cívics.

#### **2.7.4.- Serveis sanitaris**

El model sanitari es va concretar en 1990 en la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), que creava el Servei Català de la Salut i consolidava un sistema sanitari mixt, propi del país, amb l'extensió del model a totes les línies de productes sanitaris i socio-sanitaris.

Aquest model d'integració es va iniciar amb la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP). Des de la XHUP el model es va estendre a altres línies (primària, socio-sanitària, salut mental) i altres serveis sanitaris (emergències o transport sanitari).

Els serveis que duen a terme són els d'assistència primària, que és el primer nivell d'accés i es presenta principalment als centres d'atenció primària (CAP).

L'atenció especialitzada és el segon nivell d'accés a la sanitat pública i comprèn la xarxa d'hospitals de la XHUP. Aquest apartat ha estat mencionat en aquesta tesi perquè determinats serveis sanitaris, com els hospitals de dia, on el pes de l'atenció es desplaça cap a una activitat més ambulatoria amb el disseny d'un hospital més obert i flexible, existeixen en determinats casos professionals que des de la perspectiva del lleure executen programes adaptats d'exercici físic.

Cal fer esment a que el Govern de la Generalitat ha posat en marxa l'any 2005 el Pla d'Implantació Progressiva en Activitat física i Salut a Catalunya. La seva finalitat és aconseguir la promoció dels hàbits saludables i prevenir la malaltia mitjançant "la recepta" de l'activitat física i l'esport. Aquest programa vol també formar i capacitar els professionals de l'atenció primària perquè incorporin el consell i la prescripció de l'activitat física i l'esport en la seva pràctica habitual. També pretén coordinar els recursos assistencials que poden intervenir en el procés, potenciar la utilització dels equipaments esportius existents al territori, així com el treball conjunt dels sectors i les administracions implicades. El Pla estarà vigent fins 2010 i està gestionat pel Departament de Salut i la Secretaria General de l'Esport de la Generalitat de Catalunya.

#### **2.7.5.- Serveis socio-sanitaris**

El Decret 92/2002, de 5 de març, estableix la tipologia i les condicions funcionals dels centres i serveis socio-sanitaris i fixa les normes d'autorització. L'atenció socio-sanitària es pot prestar a tots els elements del sistema sanitari i social (hospitals, centres socio-sanitaris, centres socials i atenció primària), que necessiten donar atenció a persones grans malaltes.

D'altres vegades, aquest suport es dona independentment de la seva edat, a persones que pateixen malalties cròniques discapacitants, malalties evolutives invalidants, deteriorament cognitiu, malalties en fase terminal o persones que

tenen problemes de rehabilitació funcional o requereixen cures o tractaments de manera continuada.

Els centres sociosanitaris estan formats per una o més de les unitats següents: llarga estada, mitjana estada- convalsència, mitjana estada- cures pal·liatives, mitjana estada polivalent, tractament de la SIDA, hospitals de dia sociosanitaris, avaluació integral ambulatoria en geriatria, cures pal·liatives i trastorns cognitius.

Finalment, la figura número 15 ens mostra a forma de resum els diferents serveis que conformen la xarxa d'atenció a les persones grans a la nostra Comunitat.

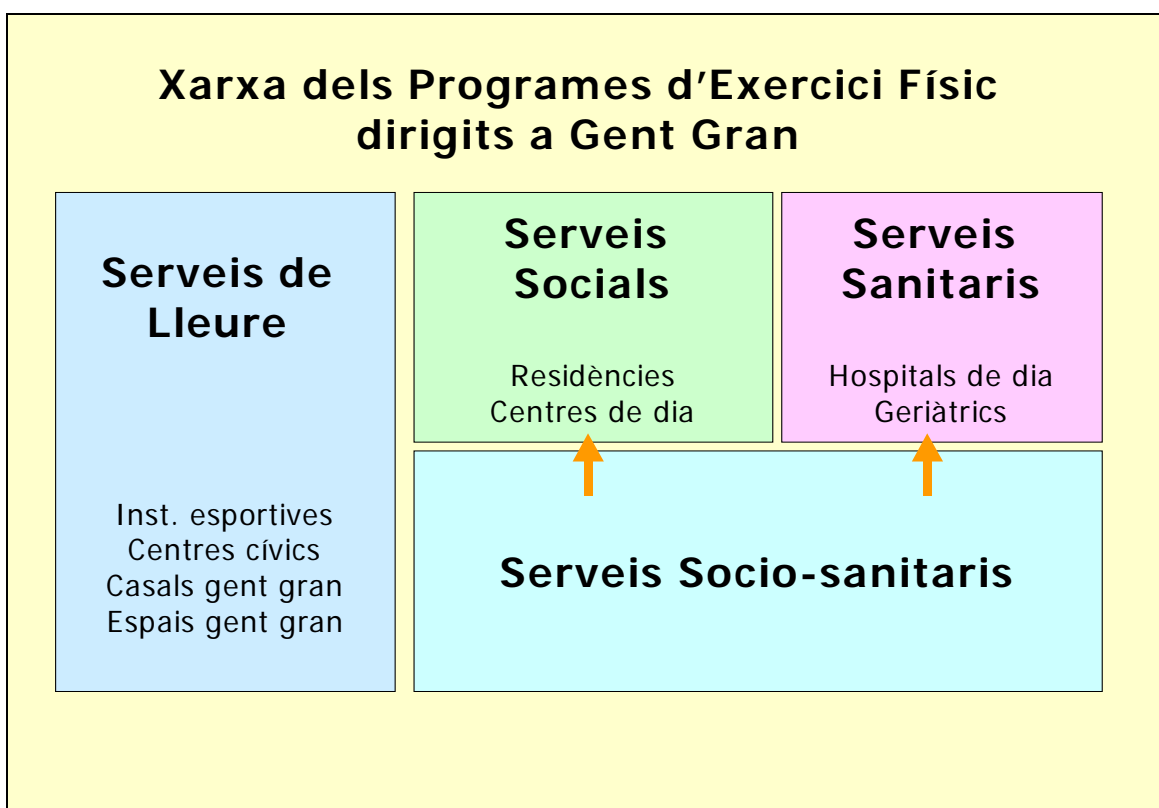


Figura 15. Serveis públics dirigits a l'atenció de les persones grans.

### **2.7.6.- Tipus d'instal·lacions de pràctica**

Interpretem l'espai físic com lloc d'intercanvi comunicacional i simbòlic de valors, i com a condició limitant de les condicions de pràctica en funció de criteris com distància, proposta pedagògica d'intervenció, barreres arquitectòniques o agents gestors. En definitiva, l'espai de pràctica creiem que és l'element que aglutina els diferents nivells de variables que influeixen en les condicions de possibilitat de la nostra pràctica física: personals, relacionals, ambientals,... Ara ens trobem en disposició d'agrupar les instal·lacions de pràctica dels PEFCGGC's en funció dels serveis que hem anat analitzant:

1.- Instal·lacions que ofereixen serveis esportius i culturals normalitzats respecte la resta de població. La gent gran que hi acudeix sol compartir espais de pràctica amb usuaris més joves. Ofereixen serveis de ciutat o de districte d'una gran ciutat, amb la qual cosa les persones grans que hi solen anar no tenen cap tipus d'incapacitat que els impedeixi el normal desplaçament. Són: gimnasos i poliesportius, centres cívics i gimnasos d'escoles.

2.- Instal·lacions específiques de gent gran autònoma, que presenten un nivell de proximitat i una densitat, respecte el conjunt de la població envellida més gran que la resta d'equipaments esportius. Estan distribuïdes geogràficament pels barris d'una població, buscant apropar-se a les necessitats socials del nostre col·lectiu, entre elles les esportives. Són els casals i espais de gent gran.

3.- Instal·lacions per a gent gran institucionalitzada. Especialitzades en serveis dirigits a gent gran amb problemàtiques específiques. Són: residències, centres de dia i hospitals de dia.

### **2.7.7.- Programa Municipal de Barcelona per a gent gran. Un exemple**

L'Ajuntament de Barcelona ha anat construint una acció vinculada a l'impuls dels drets i de la QDV de les persones grans de la ciutat en el marc del Programa Municipal per a la gent gran en el quadrienni 2006-2010. En l'àmbit de l'activitat física es proposa a nivell operatiu *"Potenciar, en coordinació amb la xarxa de serveis de salut, i en l'àmbit de tots els Districtes de la ciutat, accions de promoció de la salut física, psíquica i social, entesa no només com l'absència de malaltia sinó com una manera de fer, de ser i de viure, amb una actitud positiva davant el procés d'envelliment. Articular i incrementar, en col·laboració amb els equips de salut pública dels territoris, l'actual oferta de tallers d'entrenament de la memòria, en tant que estratègies de caràcter promocional i preventiu. Assolir, en el temps de vigència d'aquest Programa Municipal, que l'oferta de tallers arribi al conjunt de barris de la ciutat"* (Ajuntament de Barcelona. Regidoria de Benestar Social, 2006). Els PEFCGGC's s'emmarquen entre l'oferta d'activitats socioculturals, en concret dintre dels *Programes de foment d'hàbits de vida saludable*.

D'altra banda, en el mateix document es defineix el catàleg municipal de serveis per a la gent gran que aglutina vint-i-dos serveis estructurats en cinc grans eixos.

Aquests serveis no obstant, no constitueixen la totalitat de l'actuació municipal, en la mesura que cada districte de la ciutat elabora el seu propi programa d'activitats de gent gran des de la proximitat i la participació i, per tant, amb estructures i ofertes molt dinàmiques. Tot i així, el catàleg de ciutat ofereix una visió ordenada i global que sintetitza les grans opcions de la política municipal orientada al benestar de la ciutadania gran.

### 3.- OBJECTIUS I HIPÒTESIS

- Minino de Cheshire, ¿podrías decirme, por favor, qué camino debo seguir para salir de aquí?
- Esto depende en gran parte del sitio al que quieras llegar -dijo el Gato.
- No me importa mucho el sitio... -dijo Alicia.
- Entonces tampoco importa mucho el camino que tomes -dijo el Gato.
- ... siempre que llegue a alguna parte -añadió Alicia como explicación.
- ¡Oh, siempre llegarás a alguna parte -aseguró el Gato-, si caminas lo suficiente!

Carrol, L., *Alicia en el país de las maravillas*, 1986.



*En aquest capítol trobarem les raons que justifiquen la present recerca, els objectius i La seva expressió traduïdes en hipòtesis de treball, corresponent-se aquests tres nivells als tres subapartats en que el subdividim.*

3.1.- Delimitació del problema	185
3.2.- Objectius de la recerca	187
3.3.- Plantejament de les hipòtesis	188

### 3.1.- Delimitació del problema

Ja hem vist com la present revisió d'estudis dóna com evidència la millora de les condicions físiques, cognitives, socials i de salut en general de la gent gran que practica esport. També hem vist com les dimensions corresponents a la QDV i la QVRS correlacionen positivament amb la pràctica regular de l'esport en general inclòs el nostre col·lectiu (Rejeski & Mihalko, 2001; Rejeski, et al., 1996; Guallar Castellón, et al., 2004). Cal no obstant, advertir que les millores de l'exercici físic en l'àmbit de la QVRS es produeixen de diferent forma en funció de les dimensions analitzades i dels tipus de pràctica implementats en els programes.

Hem vist també que tot i millorar la percepció subjectiva de la salut amb l'exercici, altres estudis posen en evidència que les valoracions relacionades amb la QVRS no tenen una correlació massa alta amb les mesures derivades de paràmetres fisiològics com podrien ser el VO<sub>2</sub>màx., l'Índex de Massa Corporal, o el Volum de Reserva Respiratori.

Des d'un punt de vista rehabilitador, s'ha comprovat també que la percepció de millora de l'estat de salut de persones a les que s'ha aplicat una mateixa intervenció, poden resultar diferents entre elles (Rejeski, et al., 1996). Els paràmetres objectius relacionats amb la forma física i la nostra percepció subjectiva de la QVRS mesuren coses diferents tot i que al nostre entendre poden resultar complementàries. En aquest sentit, creiem justificada la necessitat d'introduir instruments de mesura de la QVRS que donin informació addicional a les tradicionals mesures de capacitat funcional, per a poder tenir una valoració de la repercussió de l'actuació física més global.

Des d'un punt de vista metodològic pensem que resulta necessari aplicar instruments de mesura de QVRS que puguin ser afegits a una bateria d'avaluació de la forma física o funcional dirigida als usuaris d'un programa d'activitat física. Si aquests instruments han estat validats amb la població de

gent gran de la zona geogràfica de referència, la informació obtinguda pot resultar doblement interessant, ja que ens permet comparar els resultats amb la resta de població, a la vegada que podem analitzar l'evolució de cada subjecte en un període de temps determinat.

Tan sols coneixem un estudi de referència en el nostre àmbit geogràfic que hagi centrat els seus esforços en el coneixement de la QVRS de persones grans que fan exercici físic (Guallar Castellón, et al., 2004). Mancança que considerem rellevant, per la seva repercussió social i per l'elevat número potencial de participants.

Per tant, al nostre entendre queda justificada una intervenció en l'àmbit de la recerca que permeti conèixer quina és la repercussió tant de la QVRS com de les diferents dimensions que la componen dels practicants en programes de manteniment físic, respecte la resta de població sedentària gran del nostre àmbit geogràfic.

Cal també tenir en compte que els estudis de QVRS demostren que les dones, les classes socials més pobres, les d'un nivell educatiu més baix i les persones més velles, tendeixen a tenir puntuacions més baixes (Badia, et al., 1998). És interessant verificar aquests resultats entre les persones que practiquen activitat física en els nostres programes.

El contrast amb altres activitats físiques practicades per usuaris grans, pot ajudar a entendre que al igual com existeixen perfils socials associats a la pràctica esportiva, també en hi ha de salut, específics a cada tipus d'exercici físic.

D'altra banda, ja ens hem referit a l'article de Bauman, et al., (2002), on es resumeixen les variables associades a l'adherència esportiva de caràcter ambiental. Accessibilitat al lloc de pràctica, clima i estació de l'any, cost econòmic del programa i equipament de pràctica són elements a tenir en

compte des d'una perspectiva ambientalista, quan es planifiquen les propostes d'exercici físic.

També hem vist que tot hi haver estudis que es refereixen als llocs de pràctica, no en hi han que estudiïn les instal·lacions utilitzades per la gent gran aplicats a l'àmbit geogràfic d'estudi de la present recerca. Per tant, considerem important establir elements de coneixement de les característiques de les persones que practiquen aquests tipus de programes d'activitat física. Ens interessa saber també si hi han diferències de QVRS en funció de les variables relacionades amb la forma de pràctica, i la rellevància de variables ambientals com la dimensió de la població o la distància des de l'equipament de pràctica al lloc de residència.

### **3.2.- Objectius de la recerca**

Per les raons esmentades anteriorment ens plantegem els següents objectius:

1. Conèixer la QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's, i la seva relació amb la població de gent gran de Catalunya en general.
2. Conèixer la QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's, en funció dels diferents factors de pràctica esportiva i respecte usuaris d'altres tipus d'exercici com els que es practiquen a l'aire lliure.
3. Conèixer les característiques personals, socials i demogràfiques relacionades amb la QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's.
4. Conèixer les característiques socials i demogràfiques tant dels usuaris dels PEFCGGC's com d'altres tipus de practicants com els que ho fan a l'aire lliure.

### 3.3.- Plantejament de les hipòtesis

- 1.- Les persones que participen amb regularitat en els PEFCGGC's, mostren una QVRS diferent a les persones grans sedentàries de la població en general. Aquesta QVRS es concreta en la nostra tesi en:
  - Una valoració numèrica del seu estat actual de salut.
  - Una valoració descriptiva sobre les dimensions de la salut.
- 2.- La QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's, s'associa amb una tipologia de pràctica esportiva molt concreta i diferent a la d'altres tipus d'exercici físic com el que es dona amb els practicants de caminades o de petanca, tots ells a l'aire lliure.
- 3.- La QVRS dels usuaris de PEFCGGC's, està associada a variables personals, socials i demogràfiques. En aquest sentit, les variables analitzades seran: edat, sexe, estat civil, nivell econòmic, nivell d'estudis i número d'habitants de la població del lloc de pràctica.
- 4.- Les pràctiques esportives entre la gent gran en general estan associades a tipologies d'usuaris concretes atenent a diferents factors personals, socials i demogràfics. Les pràctiques esportives són analitzades sota les variables organitzatives: tipus d'instal·lació, tipus de pràctica esportiva, temps de pràctica esportiva, forma de desplaçament i temps de desplaçament.

## 4.- METODOLOGIA DE LA RECERCA

Al plantearse un problema directo se da el insumo o causa y se averigua el producto o efecto; en el caso inverso, dado el producto o efecto se busca el insumo o causa. En ambos casos se usan o inventan hipótesis que relacionan las causas con los efectos. Obviamente, los problemas inversos son más difíciles que los directos. No debería extrañar, pues, que se los ataque y resuelva de manera menos rigurosa.

Bunge, M., *Ser, saber, hacer*, 2002.

*En aquest capítol es fa una definició de la metodologia desenvolupada en la present recerca. Es fa un anàlisi de les característiques de la mostra i la seva distribució en funció de la seva definició social i demogràfica.*

*En el segon apartat es descriu el procediment utilitzat per l'anàlisi de la QVRS de l'instrument de mesura de la QVRS.*

*En el tercer apartat es fa referència a les característiques pròpies de l'instrument de recerca.*

*Per últim, s'explica el tractament estadístic de les dades emprat en funció de les hipòtesis plantejades.*

4.1.- Participants	189
4.2.- Procediment	199
4.3.- Instrument d'avaluació	203
4.4.- Verificació de les hipòtesis	218

#### 4.1.- Participants

Per a la verificació de les hipòtesis s'ha tingut com referència la població catalana de l'ESCA'02 major de 60 anys en general, les persones grans que practiquen en PEFCGGC's sense tenir en compte l'edat i una mostra més reduïda de persones majors de 60 anys que practiquen exercici físic des d'un altra perspectiva diferent, per contrastar els resultats i identificar diferències respecte aquest tipus d'exercici físic. Les pràctiques escollides han estat les caminades i la petanca. Les raons per les quals s'han escollit aquestes dues pràctiques han estat:

- Perquè són pràctiques que s'adapten al tipus d'activitat pròpia de la gent gran i per tant existeix un percentatge important de practicants grans. En el cas dels caminants, ja hem vist que caminar és la pràctica esportiva que es du a terme amb una major freqüència i és aquesta forma de fer exercici físic molt incorporada entre els hàbits esportius de la gent adulta i gran (Generalitat de Catalunya, 2005; García Ferrando, 2005).
- Permeten una accessibilitat relativament senzilla en quant al procés de recerca de dades.
- Perquè practiquen l'exercici físic a l'aire lliure i per tant des d'una perspectiva totalment diferent a la dels PEFCGGC's en la variable tipus d'instal·lació.

##### 4.1.1.- Univers estadístic

L'univers estadístic és la totalitat de la població que practica activitat física a Catalunya mitjançant un PEFCGGC. No tenim referències exactes d'estudis que hagin calculat el número de persones grans que poden participar en programes



propis del nostre objecte d'estudi. És per aquest motiu, que per acotar l'univers mostral hem fet un càlcul indirecte, estimatiu, del número de persones majors de 60 anys que poden estar fent pràctiques de manteniment en algun PEFCGGC actualment.

Per a fer aquesta estimació ens hem basat en el número de persones majors de 60 anys que hi ha a Catalunya i el percentatge de persones que fan pràctiques de manteniment. El número de persones majors de 60 anys a l'any 2002 és de 1.412.334 persones (Institut Català d'Estadística, 2002).

Sabem per l'enquesta d'hàbits esportius de Catalunya (Giralt & López Jurao, 1999) que el 18% de la població major de 60 anys practica activitats gimnàstiques, tot i que no es discriminen qui ho fan sota una oferta pública o bé privada. Si apliquem aquest percentatge a la població major de 60 anys, tenim que poden estar al voltant de 254.220 persones majors de 60 anys en tota Catalunya les que practiquen activitats d'aquesta tipologia o similars.

Cal afegir que com a pràctica de PEFCGGC s'han inclòs un col·lectiu de persones grans que practiquen tai-txí, ja que per ser molt específica, pot incorporar elements diferenciadors i es practica sota criteris molt similars de gestió en casals de gent gran i centres cívics.

#### **4.1.2.- Distribució institucional de la mostra**

Per a la selecció de la població d'estudi s'ha utilitzat un mostreig intencional, basat en el coneixement i l'accessibilitat dels grups, producte de la relació personal i professional de l'autor amb les persones que els gestionen. Per a omplir el qüestionari, s'han respectat els grups naturals on es realitza normalment la pràctica. Per tant, és un estudi multicèntric, ja que la mostra seleccionada ha estat dissenyada a partir dels usuaris de cadascun dels grups de pràctica esportiva. S'ha aprofitat la xarxa de grups de manteniment distribuïts

majoritàriament per la Província de Barcelona i que es du a terme gràcies a diferents institucions públiques que la gestionen. Les fonts d'informació han estat:

- Esport 3. Entitat especialitzada en programes d'activitat física dirigits a gent gran i que gestiona programes conjuntament amb les següents institucions: Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya, Ajuntament de Mataró, Ajuntament de Sabadell, Ajuntament del Prat de Llobregat, Ajuntament de St. Feliu de Llobregat, Ajuntament d'Esplugues de Llobregat, Ajuntament de Granollers i INEFC Barcelona.
- Programes independents: Associació Esportiva Sarrià-St. Gervasi, Ajuntament de Calafell, Ajuntament de Caldes de Montbui, Ajuntament de Barberà del Vallès, Ajuntament de Molins de Rei, Hospital de la Santa Creu de Vic, Hospital de dia St. Jordi de Granollers i Residència de gent gran de la Generalitat de Premià de Mar.
- Resultats corresponents al treball de tesina de l'alumne Sebastián Muñoz de la FPCEEB, curs 2005-06, que s'ha fonamentat en l'anàlisi de la QVRS entre un col·lectiu de caminants de 75 usuaris.
- Clubs i espais de petanca: Nou Barris, Valldaura, Alcúdia, Carmel, Coimbra, Modernitat i Trinitat Vella de Barcelona, Ronda'85 de St. Boi de Llobregat i Calafell.

#### **4.1.3.- Unitat mostral**

La unitat mostral recollida en un primer moment és de 2.428 enquestes. No obstant, no han estat tots els casos seleccionats per a la verificació de totes les hipòtesis. Per exemple, l'ESCA'02 no recull dades referents a persones institucionalitzades. Per tant, els criteris de comparabilitat necessaris per a

verificar la primera hipòtesi han exigint una selecció en la nostra mostra on s'han exclòs els institucionalitzats.

En vàries ocasions ha estat necessari filtrar els menors de 60 anys per a poder comparar els resultats de forma correcta, com ha passat en el cas de les mostres de caminants, petanca o entrevistats a l'ESCA.

En d'altres casos, per a garantir la fiabilitat dels resultats, s'han exclòs els valors que no especificaven l'edat dels enquestats. Els criteris de selecció es concreten a continuació.

#### **4.1.3.1.- Mostra emprada per a la verificació de la primera hipòtesi**

Els resultats s'han comparat amb els de la resta de la població en general. S'ha dut a terme un procés de selecció en funció dels següents criteris:

- S'han detectat els valors d'edat iguals o superiors a 60 anys i s'han desestimat els valors inferiors a 60 anys.
- S'han eliminat els valors d'edat no contestats.
- S'han exclòs les dades de la població institucionalitzada, ja que l'ESCA'02 no contempla aquest tipus d'usuaris entre la seva mostra analitzada i per tant no són susceptibles de ser comparades.
- S'han diferenciat els valors de la variable tipus de pràctica en dos grups: els usuaris de gimnàstica i els usuaris de tai- txí.
- S'han exclòs de l'anàlisi els usuaris practicants a l'aire lliure (caminants i petanca), ja que no són usuaris de PEFCGGC's.

En total, un cop aplicats aquests criteris, han estat 1.960 les enquestes utilitzades per a l'anàlisi corresponent als PEFCGGC's, que s'ha comparat amb la base de dades de l'ESCA'02.

En quant a les dades de l'ESCA'02, de la base de dades proporcionada pel Departament de Sanitat, s'han agafat els valors dels enquestats sedentaris de 60 anys o més, tal i com s'especifica a l'apartat 4.4.1., amb un total de 795 unitats.

#### **4.1.3.2.- Mostra emprada per a la verificació de la segona hipòtesi**

Per a la verificació de la segona hipòtesi, s'han comparat els resultats obtinguts en el treball de camp entre ells. Per tant, s'han afegit totes les dades dels enquestats en els PEFCGGC's incloses les corresponents a la població de gent gran institucionalitzada que havien estat filtrades per a poder verificar la primera hipòtesi. S'han incorporat també les dades dels practicants dels esports a l'aire lliure. S'han exclòs els següents casos:

- Els resultats corresponents a l'ESCA'02.
- Els menors de 60 anys.
- Els que no han contestat l'edat que tenien.

En total, s'han inclòs 2.193 enquestes que han estat la base de l'anàlisi d'aquesta segona hipòtesi.

#### **4.1.3.3.- Mostra emprada per a la verificació de la tercera hipòtesi**

Els estudis de QVRS ens relacionen aquesta variable amb els factors socials i demogràfics. Tal i com s'ha documentat anteriorment, les dones, i les classes menys afavorides no institucionalitzades mostren un pitjor nivell de QVRS en els estudis epidemiològics, dels que s'exclou sistemàticament la població institucionalitzada.

D'altra banda, recordem que en aquest apartat volem conèixer només la repercussió dels factors socials i demogràfics en la percepció de la QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's. Per tant, per a la verificació de les dades corresponents a la tercera hipòtesi s'han inclòs tots els casos dels PEFCGGC's i s'han exclòs:

- Els institucionalitzats.
- Els practicants dels esports a l'aire lliure.

En total, un cop aplicats aquests criteris, han restat 2.176 enquestes com a base de l'anàlisi d'aquesta tercera hipòtesi.

#### **4.1.3.4.- Mostra emprada per a la verificació de la quarta hipòtesi**

Amb aquesta hipòtesi hem analitzat la relació que existeix entre els diferents perfils de la nostra mostra, amb les seves diferents característiques socials i demogràfiques, de manera que les constàncies observades ens permetin dissenyar perfils de pràctica.

S'han tingut en compte els subgrups de la tesi (PEFCGGC's i aire lliure) amb les característiques de pràctica esportiva: tipus d'instal·lació, tipus de pràctica esportiva, temps de pràctica esportiva, forma de desplaçament i temps de

desplaçament al lloc de pràctica. I amb les característiques socials i demogràfiques dels practicants analitzats: gènere, edat, estat civil, nivell d'estudis i nivell econòmic.

S'han afegit totes les dades dels enquestats en els PEFCGGC's incloses les corresponents a la població de gent gran institucionalitzada que havien estat filtrades per a poder verificar la primera hipòtesi. S'han incorporat també, com ja hem dit, les dades dels practicants dels esports a l'aire lliure. S'han exclòs els següents casos:

- Els resultats corresponents a l'ESCA'02.
- Els practicants institucionalitzats quan hem analitzat la forma i el temps de desplaçament, ja que les persones que practiquen en hospital de dia, venen en transport concertat i els que viuen en residència el lloc de pràctica coincideix amb la seva llar.
- Els practicants caminants de l'anàlisi de la forma de desplaçament i del temps de desplaçament al lloc de pràctica per ser elements inherents a la pròpia pràctica esportiva.
- Els menors de 60 anys.
- Els que no han contestat l'edat que tenien.

En total, un cop aplicats aquests criteris, han estat 2.193 enquestes com a base de l'anàlisi d'aquesta quarta hipòtesi, al igual que el total de la mostra aconseguida.

#### 4.1.4.- Distribució territorial de la mostra

La distribució de la població de procedència de les enquestes es reflecteix a la següent taula número 14.

Taula 14. Dades corresponents a la distribució territorial en funció de la població de pràctica de la mostra.

Procedència	1a hipòtesi	2a hipòtesi	3a hipòtesi	4a hipòtesi
Barcelona	256	375	287	375
Cornellà	68	68	71	68
Girona	38	38	40	38
Torelló	50	50	58	50
St. Boi Llobregat	60	64	63	64
Hospitalet	97	97	109	97
Cervera	34	34	35	34
Sabadell	94	94	101	94
Tàrraga	63	63	65	63
Calafell	113	121	128	121
Molins de Rei	133	133	163	133
Badalona	25	25	27	25
Mataró	142	142	153	142
Sallent	40	40	47	40
Terrassa	116	116	135	116
Balsareny	39	39	50	39
Granollers	76	133	79	133
Barberà del Vallès	66	66	73	66
Vic		11		11
Caldes de Montbui	38	38	57	38
Esplugues	47	47	48	47
Cardedeu	55	55	63	55
St. Feliu Llobregat	16	16	16	16
El Prat de Llobregat	89	97	90	97
Esplugues Llobregat	175	175	182	175
El Masnou		21		21
Premià de Mar		5		5
Igualada	30	30	36	30
<b>Total</b>	<b>1.960</b>	<b>2.193</b>	<b>2.176</b>	<b>2.193</b>

La distribució per províncies de la mostra analitzada es presenta a continuació en la taula número 15:

Taula 15. Dades corresponents a la província de procedència dels enquestats.

Província	1a. Hipòtesi	2a. Hipòtesi	3a. Hipòtesi	4a. Hipòtesi
Barcelona	1.712	1.937	1.908	1.937
Lleida	97	97	100	97
Girona	38	38	40	38
Tarragona	113	121	128	121
<b>Total</b>	<b>1.960</b>	<b>2.193</b>	<b>2.176</b>	<b>2.193</b>

#### 4.2.- Procediment

A continuació es detalla tot el procés que s'ha seguit per a l'administració del qüestionari al grup mostral.

##### 4.2.1.- Gestions prèvies a l'administració del qüestionari. La xerrada prèvia

En primer lloc s'ha mantingut contacte telefònic amb el responsable de la institució de referència a la que pertanyen els grups seleccionats, explicant l'objectiu del treball de recerca. En determinades ocasions, i com a contrapartida, s'ha donat la possibilitat de que els participants puguin acudir a una xerrada informativa sobre els beneficis de la QDV relacionats amb l'exercici físic.

Prèviament a la realització de la xerrada s'ha contactat amb les persones que gestionen els centres de pràctica per a explicar-los el sentit de la xerrada i la planificació metodològica prevista.

La durada de la xerrada ha estat d'una hora i quinze minuts aproximadament. El contingut ha estat:



- Importància de les malalties cròniques sobre la salut com a conseqüència de l'envelliment demogràfic de la població mundial i catalana.
- Característiques més destacades de les malalties relacionades amb l'aparell locomotor i prescripció de l'exercici físic en la seva prevenció.
- Característiques més destacades de les malalties relacionades amb l'aparell cardiovascular i prescripció de l'exercici físic en la seva prevenció.

En els grups de Riera, St. Ildefons i Girona, s'ha complimentat el qüestionari immediatament després de la xerrada als assistents. En aquests grups s'ha comprovat que la seqüència de temps xerrada- confecció de qüestionari en una sessió, ha estat massa llarga per als usuaris que hi ha assistit. D'altra banda s'ha valorat que la unió d'ambdós processos també podia ser un element distorsionador dels resultats finals. Aquests motius ens han fet decidir a deixar un temps mínim entre la xerrada i l'administració de l'instrument de mesura, de set dies.

S'ha donat la possibilitat de que els usuaris que no hagin assistit a la xerrada puguin omplir el qüestionari els dies després a la mateixa, incloent-se en la mostra definitiva.

En els grups de Barberà del Vallès, Molins de Rei, INEFC (prova pilot) i Calafell, s'ha passat primer el qüestionari i posteriorment s'ha dut a terme la xerrada, per raons organitzatives.

En els grups que realitzen activitats a l'aire lliure, no s'ha pogut dur a terme la xerrada, ja que les possibilitats d'organització ho han impedit. D'altra banda, el disseny de la xerrada ha exclòs els usuaris amb autonomia cognitiva limitada pròpia de la major part dels usuaris institucionalitzats.

Per evitar problemes de comprensió, i donada l'heterogeneïtat de la llengua parlada entre la població dels PEFCGGC's arreu de Catalunya, s'ha preferit utilitzar el castellà com únic idioma de transmissió d'informació. Som conscients que tot i que és l'idioma majoritari entre les persones usuàries de PEFCGGC's, aquest element ha pogut resultar un condicionant de la resposta final d'alguns dels nostres esportistes. Cal destacar en aquest sentit el descontent manifestat verbalment d'alguns usuaris dels grups de Girona i Sabadell.

#### **4.2.2.- Forma d'administració del qüestionari**

A l'apartat 4.3.3. veurem com l'EQ-5D ha estat dissenyat per a diferents formes d'administració. En el nostre cas s'ha utilitzat per als grups de gimnàstica i tai-txí, la forma d'administració per supervisió, concentrant a les persones en grups naturals. La persona que ha fet d'entrevistador en cada grup ha estat el monitor professional de referència del grup. Un cop s'ha obtingut el permís institucional, s'ha informat al monitor del grup, amb el que s'ha fet una reunió prèvia al subministrament dels qüestionaris.

El mateix monitor professional ha informat als participants que el pròxim dia de sessió es passaria un qüestionari que té com a finalitat participar en una recerca sobre l'estat de salut de les persones que fan activitat física amb grups organitzats. S'ha deixat l'opció de que les persones que no ho hagin desitjat, no el hagin completat. S'ha avisat també que es portin bolígrafs per omplir els qüestionaris.

S'han subministrat els qüestionaris el dia establert, un quart d'hora abans de finalitzar la classe de gimnàstica. Un cop repartits s'han explicat totes les preguntes i s'ha procedit a omplir-lo. En alguns casos, per falta de temps s'ha deixat la possibilitat de que se l'emportin a casa i que el retornin el pròxim dia de classe acabat.

Per als grups que realitzen activitats a l'aire lliure i els institucionalitzats, el qüestionari ha estat administrat directament per un enquestador. En els grups a l'aire lliure, s'ha optat per aquesta opció perquè no tenen un professional o un monitor com element de referència clar.

En els grups institucionalitzats de l'Hospital de la Santa Creu de Vic, i Hospital St. Jordi de Granollers, per a contestar les dimensions del SD s'ha utilitzat el sistema de resposta delegada si l'enquestat no tenia possibilitats cognitives d'entendre la pregunta. L'EVA ha estat contestada mitjançant el recolzament del monitor que ha fet funcions d'entrevistador directe. Quan l'usuari s'ha trobat en situació de demència, o incapacitat cognitiva, s'ha optat per no complimentar aquest apartat pel seu alt component subjectiu. En l'apartat 6.1.4. explicarem els condicionants metodològics d'aquesta forma d'administració.

#### **4.2.3.- Prova pilot**

La prova pilot de la present tesi es va realitzar el 7 d'octubre de 2004 i va consistir en la realització de 33 enquestes als usuaris del grup de l'INEFC de Barcelona en les mateixes condicions a les del treball de camp definitiu. Els usuaris del grup van omplir ells mateixos els qüestionaris, amb el suport i control de dos enquestadors.

Un dels objectius de la prova pilot va ser comprovar que el qüestionari EQ-5D s'adequava millor que d'altres instruments, a la forma d'administració per supervisió d'un entrevistador, amb grups naturals. Amb aquest objectiu es va aplicar un cop omplert l'EQ-5D un instrument diferent, l'SF-36, que com ja s'ha comentat anteriorment mesura la QVRS i té també els seus resultats validats a la població catalana. Consta de 36 ítems, distribuïts en vuit categories, que donen un nivell de concreció molt específic a l'anàlisi, i és susceptible de ser utilitzat en el nostre cas també.

Durant la prova es va posar en evidència que exigia un nivell d'instrucció i atenció important per part de qui el contestava, no apte per a un mètode autoadministrat dirigit a moltes de les persones grans que formaven part del grup. El temps de complimentació per part dels participants va ser molt superior a l'EQ-5D i el nivell de resposta de tots els ítems va ser molt més baix.

Finalment es va comprovar l'adequació de la part del qüestionari corresponent a les dades socials i demogràfiques.

#### **4.2.4.- Recollida de dades**

Les dades han estat recollides entre octubre de 2004 i juny de 2005, mitjançant entrevista personal grupal, realitzada per entrevistadors prèviament entrenats, amb una durada per grup d'uns 15-20 minuts.

No s'han registrat incidències notables durant el desenvolupament del treball de camp i, d'altra banda, el nivell d'acceptació de l'enquesta per part de la població ha estat força elevat. Coincidim en els comentaris al respecte fets en altres estudis com el de l'enquesta de Salut de Barcelona (Ajuntament de Barcelona, 2002). Es sol·licita la col·laboració dels participants en una temàtica, la salut, que tot i que afecta i preocupa a tota la població, ho fa de manera especial entre el col·lectiu de gent gran.

#### **4.3.- Instrument d'avaluació**

El treball de recerca s'ha plantejat aconseguir, de forma totalment anònima, tres tipus d'informació de les persones integrants de la mostra escollida en funció dels objectius i les hipòtesis plantejades: dades situacionals de l'enquesta, dades socials i demogràfiques i mesura de la QVRS dels enquestats.

#### 4.3.1.- Dades situacionals de l'enquesta

S'han elaborat els ítems de confecció pròpia per a la classificació i ordenació de les enquestes, tal i com s'especifiquen en la taula número 16.

Taula 16. Dades situacionals de l'enquesta.

Número enquesta: s'enumeren en ordre a la seva digitalització.
Lloc realització: municipi on es du a terme el grup d'activitat física.
Número habitants: relatiu a la població on es troba el grup analitzat.
Data de realització de l'enquesta.
Nom del grup de gimnàstica.

#### 4.3.2.- Dades personals, socials i demogràfiques dels enquestats

Els ítems corresponents a la informació dels aspectes personals, socials i demogràfics s'especifiquen en la taula número 17.

Taula 17. Dades personals, socials i demogràfiques de l'enquesta.

Institució titular del grup de gimnàstica.
Tipus instal·lació de pràctica.
Edat enquestat.
Sexe enquestat.
Estat civil de l'enquestat.
Situació econòmica de l'enquestat.
Nivell d'estudis de l'enquestat.
Temps de desplaçament del lloc de residència al lloc de pràctica.
Forma de desplaçament del lloc de residència al lloc de pràctica.
Temps de pràctica esportiva.

#### **4.3.2.1.- Origen de les preguntes de dades socials i demogràfiques**

Les fonts de confecció de les preguntes utilitzades han estat diverses:

- La formulació de l'estat civil es correspon amb la pregunta número 3 de la informació social i demogràfica del qüestionari *Field Trial WHOQOL-OLD*, que ja hem dit (apartat 2.5.4.6.2.) que és un instrument de mesura de la QVRS desenvolupat per l'OMS.
- La formulació de la situació econòmica es correspon amb la pregunta número 9 de la informació social i demogràfica del qüestionari *Field Trial WHOQOL-OLD*.
- Donat el caràcter subjectiu de la QVRS és més informativa la visió subjectiva del nivell d'estudis i econòmic. És per aquest motiu que hem escollit la formulació corresponent a l'estudi "*Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España*" (Guallar Castellón, et al., 2004).

#### **4.3.2.2.- Característiques socials i demogràfiques de la mostra**

A continuació es concreten els resultats en freqüències dels valors socials i demogràfics de les enquestes un cop s'ha adaptat la mostra a cada criteri de selecció, tal i com s'ha explicat a l'apartat 4.1.3. S'han descomptat els casos no contestats en el sumatori final de cadascuna de les mostres.

##### **4.3.2.2.1.- Institució titular de la mostra**

A la taula número 18 apareixen els resultats corresponents a la institució titular de la base de dades. Només s'inclouen resultats per a la segona, tercera i quarta hipòtesi, ja que en la primera hipòtesi no s'utilitza aquesta variable.

Taula 18. Resultats corresponents a la institució titular dels grups de gimnàstica. Només s'inclouen resultats per a la segona, tercera i quarta hipòtesi.

Valors	2a. Hipòtesi	3a. Hipòtesi	4a. Hipòtesi
Ajuntament	961	1.065	961
Benestar Social i Família	966	1.070	966
Esport 3	42	41	42
Departament de Sanitat	61		61
Institut Català de la Salut	11		11
Pràctica informal	75		75
club esportiu	77		77
<b>Total</b>	<b>2.193</b>	<b>2.176</b>	<b>2.193</b>

#### 4.3.2.2.2.- Tipus instal·lació

S'han contemplat els següents valors de resposta en aquesta variable: poliesportiu, gimnàs, casal de gent gran, espai de gent gran, centre cívic, centre de dia, residència de gent gran, gimnàs d'una escola, hospital de dia, sala polivalent i aire lliure.

Posteriorment, s'han agrupat les respostes conforme al plantejament de les hipòtesis en funció dels següents valors:

- Instal·lació esportiva: poliesportiu, gimnàs i gimnàs d'una escola.
- Casal de gent gran, espai de gent gran i sala polivalent d'un centre social.
- Centre cívic.
- Instal·lació per a fràgils o institucionalitzats: centre de dia, residència de gent gran i hospital de dia.
- Aire lliure: caminants i petanca.

La distribució de valors en funció de les hipòtesis i tipus d'instal·lació agrupada resten en la taula número 19.

Taula 19. Resultats corresponents als enquestats en funció del tipus d'instal·lació.

Tipus instal·lació	1a. Hipòtesi	2a. Hipòtesi	3a. Hipòtesi	4a. Hipòtesi
Centre Cívic	98	98	107	98
Instal·lació esportiva	785	785	868	785
Casals i o espais de gent gran	1.077	1.077	1.201	1.077
Instal·lacions per institucionalitzats		81		81
Aire lliure		152		152
<b>Total</b>	<b>1.960</b>	<b>2.193</b>	<b>2.176</b>	<b>2.193</b>

#### 4.3.2.2.3.- Edat

S'han respectat les edats de les persones components dels grups de gent gran de pràctica dels PEFCGGC's que hem trobat durant l'administració del qüestionari. Aquesta variable s'ha agrupat a posteriori en intervals. Per als enquestats components del grup d'aire lliure, s'han inclòs només les persones de 60 o més anys. A partir dels 85 anys s'ha preferit fer una sola agrupació de "85 o més anys", donat que només hi ha un usuari de més de 95 anys: la distribució de freqüències agrupades es presenta en la taula número 21.

Taula 20. Resultats corresponents a les edats dels enquestats.

Edats	ESCA'02	1a. Hipòtesi	2a. Hipòtesi	3a. Hipòtesi	4a. Hipòtesi
Menys de 60				142	
60 a 64	171	329	376	329	376
65 a 74	325	1.177	1277	1177	1277
75 a 84	238	432	497	432	497
85 o més anys	61	22	43	22	43
Perduts sistema				74	
<b>Total</b>	<b>795</b>	<b>1.960</b>	<b>2.193</b>	<b>2.176</b>	<b>2.193</b>



#### 4.3.2.2.4.- Gènere

Les persones enquestades són predominantment dones en cadascuna de les mostres, tret dels participants en petanca. La pràctica d'aquests tipus de programes és eminentment femenina tal i com es reflecteix a la taula número 21 (Fortuño, 1996).

Taula 21. Resultats corresponents al gènere dels enquestats.

Gènere	ESCA'02	1a. Hipòtesi	2a. Hipòtesi	3a. Hipòtesi	4a. Hipòtesi
Home	346	264	358	282	358
Dona	449	1.694	1.833	1.891	1.833
Perduts sistema			2	3	2
<b>Total</b>	<b>795</b>	<b>1.960</b>	<b>2.193</b>	<b>2.176</b>	<b>2.193</b>

#### 4.3.2.2.5.- Estat civil

Per a l'anàlisi de la tercera i quarta hipòtesis s'ha tingut en compte la situació de l'estat civil dels enquestats, amb la distribució següent expressada a la taula número 22.

Taula 22. Resultats corresponents a l'estat civil dels enquestats. Només s'inclouen resultats per a la tercera i quarta hipòtesi.

Estat Civil	3a. Hipòtesi	4a Hipòtesi
Solter/a	93	97
Casat/a	1.346	1.315
En parella	58	54
Separat/a Divorciat/a	55	49
Vidu/a	612	669
Perduts Sistema	2	9
<b>Total</b>	<b>2.176</b>	<b>2.193</b>

Donat que el nostre objectiu és conèixer el grau de relacions personals establerts pels nostres enquestats, hem recodificat aquesta variable en una nova d'opció binària que l'hem denominat "Forma de viure", segons tingui o no companyia en la seva vida privada:

- Amb companyia: casat/a, en parella.
- Sense companyia: vidu/a, separat/da, solter/a.

#### 4.3.2.2.6.- Nivell econòmic percebut

Es valora la percepció subjectiva de l'estat econòmic dels enquestats respecte la resta de persones, conforme el *Field Trial WHOQOL-OLD*, com ja s'ha comentat .

Taula 23. Distribució de les possibilitats de resposta de la pregunta situació econòmica.

Bastante por encima de la media.
Ligeramente por encima de la media.
Normal/ promedio.
Ligeramente por debajo media.
Bastante por debajo media.

Al ser el número de possibles respostes cinc, s'ha optat per mantenir una agrupació posterior de les respostes senar, de la següent forma:

- Nivell econòmic percebut alt: "bastante por encima de la media i ligeramente por encima de la media".
- Nivell econòmic percebut mig: "normal/ promedio".

- Nivell econòmic percebut baix: “ligeramente por debajo de la media” i “bastante por debajo de la media”.

La distribució de valors en funció de les hipòtesis i tipus d'instal·lació agrupada resten en la taula número 24. Només s'ha utilitzat aquesta variable a les hipòtesis tercera i quarta.

Taula 24. Resultats corresponents al nivell econòmic percebut dels enquestats. Només s'inclouen resultats per a la tercera i quarta hipòtesi.

<b>Nivell econòmic</b>	<b>3a. Hipòtesi</b>	<b>4a. Hipòtesi</b>
Estat econòmic alt	1.373	223
Estat econòmic mig	215	1.355
Estat econòmic baix	547	571
Total	2.135	2.151
Perduts Sistema	41	44
<b>Total</b>	<b>2.176</b>	<b>2.193</b>

#### 4.3.2.2.7.- Nivell d'estudis percebut

Es valora l'opinió sobre el nivell d'estudis percebut dels enquestats en la tercera i quarta hipòtesi. Aquesta variable s'ha estructurat en quatre possibles respostes:

- Educació no formal.
- Primària.
- Secundària.
- Universitat.

Finalment, per al seu anàlisi s'ha agrupat en variable binària:

- **Nivell bàsic:** educació no formal i primària.
- **Nivell alt:** secundària i universitat.

La distribució de valors en funció de les hipòtesis i tipus d'instal·lació agrupada resten en la taula número 25.

Taula 25. Resultats corresponents al nivell d'estudis percebut dels enquestats. Només s'inclouen resultats per a la tercera i quarta hipòtesi.

<b>Nivell estudis</b>	<b>3a. Hipòtesi</b>	<b>4a. Hipòtesi</b>
Estat estudis bàsic	1.826	1.835
Estat estudis alt	298	304
Total	2.124	2.141
Perduts sistema	52	54
<b>Total</b>	<b>2.176</b>	<b>2.193</b>

#### 4.3.2.2.8.- Temps de desplaçament del lloc de residència al de pràctica

Per a la verificació de la quarta hipòtesi, es demana a l'enquestat que faci un càlcul estimatiu en minuts sobre el temps que tarda en arribar al lloc de pràctica des de casa caminant, tot i que en determinats moments pugui utilitzar altres mitjans de comunicació. S'han exclòs els usuaris institucionalitzats en aquest anàlisi. La distribució de la mostra agrupada de la quarta hipòtesi ha estat la que es reproduïx a la taula número 27.

Taula 26. Resultats corresponents al temps de desplaçament del lloc de pràctica. Només s'inclouen resultats per a la quarta hipòtesi.

<b>Valors</b>	<b>4a. Hipòtesi</b>
0 a 19 minuts	1.508
Més de 20 minuts	413
Perduts sistema	272
<b>Total</b>	<b>2.193</b>

#### 4.3.2.2.9.- Forma de desplaçament del lloc de residència al de pràctica

S'ha analitzat la forma de desplaçament en les possibles respostes especificades en la taula número 27, corresponent a la quarta hipòtesi.

Taula 27. Resultats corresponents a la forma de desplaçament al lloc de pràctica. Només s'inclouen resultats per a la 4a. hipòtesi.

Valors	4a. hipòtesi
Camina	1.620
Altres	351
Perduts sistema	222
<b>Total</b>	<b>2.193</b>

Posteriorment s'ha recodificat la variable "*forma de desplaçament*" en els valors "*camina*" i "*altres*".

#### 4.3.2.2.10.- Temps de pràctica esportiva

La variable "*temps de pràctica esportiva*" ha estat utilitzada per a confirmar les hipòtesis segona i quarta, com a variable numèrica. Posteriorment, els valors s'han agrupat com es relacionen en la taula número 28.

Taula 28. Resultats corresponents al temps de pràctica esportiva. Només s'inclouen resultats per a la 2a. i 4a. hipòtesi.

Valors	2a.Hipòtesi	4a. Hipòtesi
0 a 2 anys	374	374
De 3 a 5 anys	343	343
De 6 a 10 anys	324	324
Més de 10 anys	327	327
Perduts sistema	825	825
<b>Total</b>	<b>2.193</b>	<b>2.193</b>

#### 4.3.2.2.11.- Número d'habitants de la població

Les distribucions de freqüències d'aquesta variable segons les poblacions analitzades, de les que s'han obtingut grups de mostra, es reproduïxen a la taula número 29.

Taula 29. Distribució de l'agrupació d'habitants de la pregunta sobre el número d'habitants de la població del grup.

<b>Població</b>	<b>Habitants</b>
Barcelona	Més de 75.000
Cornellà	Més de 75.000
Girona	Més de 75.000
Torelló	Fins a 25.000
St. Boi de Llobregat	Més de 75.000
Hospitalet	Més de 75.000
Cervera	Fins a 25.000
Sabadell	Més de 75.000
Tàrraga	Fins a 25.000
Calafell	Fins a 25.000
Molins de Rei	Fins a 25.000
Badalona	Més de 75.000
Mataró	Més de 75.000
Sallent	Fins a 25.000
Terrassa	Més de 75.000
Balsareny	Fins a 25.000
Granollers	Entre 50.001 i 75.000
Barberà del Vallès	Entre 25.001 i 50.000
Caldes de Montbui	Fins a 25000
Esplugues de Llobregat	Entre 25.001 i 50.000
Cardedeu	Fins a 25.000
St. Feliu de Llobregat	Entre 25.001 i 50.000
El Prat de Llobregat	Entre 50.001 i 75.000
Igualada	Entre 25.001 i 50.000

S'ha analitzat la variable "número d'habitants de la població" per a la verificació de la tercera hipòtesi. Posteriorment s'ha recodificat conforme la taula número 30.

Taula 30. Resultats corresponents al número d'habitants de la població del grup. Només s'inclouen resultats per a la tercera hipòtesi.

Valors	3 <sup>a</sup> . Hipòtesi
Fins a 25000	666
Entre 25.001 i 50.000	355
Entre 50.001 i 75.000	169
Més de 75.000	986
<b>Total</b>	<b>2.176</b>

#### 4.3.3.- Qüestionari de mesura de QVRS: l'EQ-5D

Per a la valoració de la QVRS s'ha utilitzat el qüestionari EQ-5D. El seu disseny es basa en els treballs d'un equip multidisciplinar de cinc països europeus (Anglaterra, Finlàndia, Holanda, Suècia i Dinamarca), que van iniciar en 1988, amb l'objecte de dissenyar un instrument senzill de mesura, administrable per correu o de forma autoadministrada. Inicialment constava de sis dimensions (EuroQol Group, 1990). En 1991 es va realitzar la versió actual (EQ-5D) que consta de cinc, al desestimar la dimensió social. Posteriorment s'ha anat aplicant a d'altres països, entre ells el nostre.

El grup del Dr. Badia, ha validat l'EQ-5D en castellà i en català i és responsable del seu desenvolupament al nostre país (Badia, et al., 1999).

Als efectes de la present recerca, l'instrument s'ha utilitzat en dues parts. Ambdues parts es reproduïxen a l'Annex C del present document.

- **Descripció de l'estat de salut o Sistema Descriptiu (SD)** en cinc dimensions (*mobilitat, cura personal, activitats quotidianes, dolor/malestar i*

*ansietat/depressió*). L'entrevistat ha d'escollir per a cada una d'elles entre tres nivells de gravetat ("*sin problemas*", "*algunos/ moderados problemas*" y "*muchos problemas*") que descriguin el seu estat de "*en el día de hoy*".

Cada resposta es codifica com "1", "2" o "3" respectivament. Es pot establir l'estat de l'individu mitjançant cinc dígit (un per cada dimensió estudiada). Aquest sistema permet codificar 243 (3<sup>5</sup>) estats de salut diferents.

També es poden calcular els percentatges de resposta de cadascuna de les preguntes i comparar-los entre si. O es poden agrupar els valors en una sola variable binària ("*té*" o "*no té problemas*"), que és el mètode utilitzat durant aquesta investigació, tal i com s'explicarà en la part corresponent al tractament de les dades.

- **Escala visual analògica (EVA)**, és una regla vertical de 20 cm de longitud, graduada de 0 a 100 i amb els indicadors "*peor estado de salud imaginable*" i "*mejor estado de salud imaginable*" en les puntuacions 0 i 100, respectivament. Es deu marcar una línia des del 0 fins el nivell que millor indiqui el seu estat de salut "*en el día de hoy*". El seu tractament permet utilitzar la metodologia estadística pròpia de dades de tipus numèric i per tant paramètrica.

#### 4.3.3.1.- Característiques de l'EQ-5D

Aquest instrument de mesura ens permet adquirir valoracions de dades referents a la QVRS de manera ràpida i senzilla. Condicions aquestes que afavoreixen molt la recollida de dades entre els practicants de programes de manteniment col·lectiu. És especialment adequat per a quan:

- El monitor o professional a càrrec del grup té poc temps per a passar el qüestionari entre els usuaris.



- S'autoadministra el qüestionari.
- Els espais on s'administren estan poc adaptats per a la confecció escrita.
- Existeix varietat de persones grans amb diferents estats de formació i de morbiditat, alguns d'ells amb problemes de comprensió i amb dificultats per a omplir per sí mateixos els qüestionaris.

D'altra banda, ha estat utilitzada en mesures importants de població catalana que ens permet comparar. En concret per l'ESCA del 2002. En aquest cas, els resultats es corresponen amb les variables v40\_1 a V40\_5.

#### **4.3.3.2.- Presentació dels resultats**

La presentació dels resultats obtinguts amb l'EQ-5D es pot fer en funció de diferents criteris, i depèn de la part de l'escala que es desitgi analitzar (Herdman, Badia & Berra, 2001). Ja hem dit que el SD s'analitza el percentatge de problemes dels diferents nivells de cada dimensió. També es pot analitzar mitjançant la fusió de les respostes en una variable binària d'una determinada dimensió. Posteriorment es reflecteixen gràficament les dimensions.

L'EVA és una escala numèrica i per tant, susceptible de ser tractada de forma paramètrica, tot i que es pot agrupar en diferents categories i fer un anàlisi no paramètric (Roset, Badia & Mayo, 1999). Aquesta opció sembla que sigui més sensible a diferències, al poder comparar diversos grups (Roset, et al., 1999).

#### 4.3.3.3.- Fiabilitat

La fiabilitat descriu la consistència i estabilitat de les dades obtingudes que el procés de mesura es repeteix en circumstàncies similars. La fiabilitat test- retest de la versió original de l'EuroQol (Uyl-de Groot, Rutten & Bonsel, 1994) oscil·la entre 0.69 i 0.94, i la de la versió actual (Van Agt, Essinck-Bot & Krabbe, 1994) entre 0.86 i 0.90.

Per a calcular la fiabilitat de l'instrument utilitzat s'estima el percentatge de valors no contestats del SD i de l'EVA segons metodologia de Badia i col·laboradors (1998). En el nostre cas, tal i com es concreta a la taula número 31, el percentatge de preguntes contestades en el SD es mou en un bucle entre el 95,3% corresponent a la pregunta sobre els problemes de *mobilitat* i el 86,9% corresponent a *ansietat/depressió*.

Taula 31. Percentatge de preguntes contestades en cadascuna de les dimensions del SD.

Dimensions SD	% Contestats
Caminar	95,3
Cura personal	90,8
A. Quotidianes	93,6
Dolor/ ansietat	93,5
Ansietat/ depressió	86,9

#### 4.3.3.4.- Validesa

La validesa de constructe es refereix a la bondat amb la que l'instrument mesura, en un moment temporal determinat, el concepte que pretén avaluar. Donat que no existeix un "patró d'or" o la mesura de criteri de QVRS (Guyatt, et al., 1993), la forma habitual de contrastar aquesta modalitat de validesa passa per especificar les àrees o les dimensions que s'han de mesurar i les relacions esperades entre elles (Badia & Carné, 1998). L'EQ-5D té una bona correlació

amb el SF-36, tret de l'àrea de "*estado funcional psicológico*" (Myers & Wilks, 1999), tal i com s'ha esmentat a l'apartat 2.5.4.6.2.

La validesa del constructe s'avalua si les correlacions observades confirmen les hipòtesis. Així, per a la validesa de l'EQ-5D en la població catalana, s'ha basat en la hipòtesi següent, basada en dades d'altres països: "*les dones, els vells, els enquestats de menor classe social, els de menor renda i els de menor nivell d'educació, tendeixen a tenir una QVRS més pobre*" (Badia, et al., 1998).

Recordem que en el nostre cas, hem plantejat la tercera hipòtesi de forma que puguem comprovar la relació entre les variables socials i demogràfiques dels entrevistats i el seu nivell de salut.

#### **4.4.- Verificació de les hipòtesis**

L'anàlisi de les dades s'ha realitzat mitjançant utilització del paquet estadístic SPSS versió 14.0 per a Windows, i els gràfics amb el programa Microsoft Excel.

##### **4.4.1.- Verificació de la primera hipòtesi<sup>30</sup>**

Per a la verificació d'aquesta primera hipòtesi s'ha necessitat detectar la informació adequada de l'ESCA'02. Per aquest motiu, sobre la seva base de dades s'han fet les següents operacions d'adaptació:

- S'han seleccionat els casos majors o iguals a 60 anys.

---

<sup>30</sup> "*Les persones que participen amb regularitat en els PEFCGGC's, mostren una QVRS diferent a les persones grans sedentàries de la població en general. Aquesta QVRS es concreta en la nostra tesi en:*

*Una valoració numèrica del seu estat actual de salut.*

*Una valoració descriptiva sobre les dimensions de la salut.*"

- S'han seleccionat els següents camps: sexe, edat mostral, els ítems del SD de l'EQ-5D (v40\_1, v40\_2, v40\_3, v40\_4, v40\_5) i els ítems de l'EVA (v41).
- S'han seleccionat els valors corresponents a la variable "física" (etiqueta: "ACTIVITAT FÍSICA"), que són el resultat d'agrupar els que figuren a l'ESCA'02 com a sedentaris o mínimament actius, agrupant-se en el valor "sedentaris".

En quant a la mostra de la present tesi, per a poder comparar amb l'ESCA'02, el procés ja ha estat redactat a l'apartat 4.1.3.1.

Es resultats de l'ESCA'02 i de la present tesi s'han fusionat a un arxiu comú i s'han analitzat les dades, comparant les dues fonts d'origen. Per a l'anàlisi estadística dels resultats, s'han diferenciat dos grups: els sedentaris de l'ESCA'02 i els usuaris dels PEFCGGC's. A continuació s'ha procedit a l'anàlisi següent:

- Per als valors corresponents a l'EVA, s'han analitzat les mitjanes de la QVRS general, per gènere i edat (agrupada) de l'ESCA'02 i de la base de dades pròpia de la tesi amb metodologia estadística paramètrica. S'ha aplicat la *t d'Student* corresponent a la diferència de mitjanes entre l'ESCA'02 i la base de dades de la present tesi en els dos primers casos, així com l'*ANOVA d'un factor* per analitzar els models de comportament en funció de l'edat.
- Les variables corresponents al SD, s'han agrupat de forma binària ("té" i "no té problemes") tal i com es permet al protocol d'anàlisi de l'EQ-5D (1999), en una sola resposta els nivells 2 i 3. S'han comparat els percentatges de l'opció "té problemes", i s'han mostrat en gràfiques

comparatives, tal i com es detalla en el seu tractament validat (Roset, et al., 1999).

#### 4.4.2.- Verificació de la segona hipòtesi<sup>31</sup>

Per a la verificació de les hipòtesis de l'EVA amb el tipus d'instal·lació, tipus de pràctica esportiva i temps de pràctica esportiva, s'ha aplicat l'ANOVA d'un factor.

El procés per a la verificació de les dades corresponents al SD ha estat el mateix que el descrit en la primera hipòtesi.

#### 4.4.3.- Verificació de la tercera hipòtesi<sup>32</sup>

S'han recodificat les variables: “*Nivell econòmic percebut*”, “*Temps de desplaçament*”, “*Forma desplaçament*” i “*Nivell estudis percebut*” conforme s'ha especificat en els apartats 4.3.2.2.6., 4.3.2.2.7., 4.3.2.2.8. i 4.3.2.2.9. respectivament.

El procés per a la verificació de les mitjanes de l'EVA ha estat:

- Per a l'edat, s'ha calculat el *Coefficient de Correlació de Pearson*.

---

<sup>31</sup> “*La QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's, s'associa amb una tipologia de pràctica esportiva molt concreta i diferent a la d'altres tipus d'exercici físic com el que es dona amb els practicants de caminades o de petanca, tots ells a l'aire lliure.*”

<sup>32</sup> “*La QVRS dels usuaris de PEFCGGC's, està associada a variables personals, socials i demogràfiques. En aquest sentit, les variables analitzades seran:*

- *Edat.*
- *Sexe.*
- *Estat civil.*
- *Nivell econòmic.*
- *Nivell d'estudis.*
- *Número d'habitants de la població del lloc de pràctica.*”

- Per a la verificació amb gènere, estat civil (agrupat) i nivell d'estudis (agrupat), s'ha aplicat la prova *t d'Student* .
- Per al nivell econòmic (agrupat) i número d'habitants de la població del lloc de pràctica, s'ha aplicat l'ANOVA d'un factor.

#### 4.4.4.- Verificació de la quarta hipòtesi<sup>33</sup>

Per a l'anàlisi dels PEFCGGC's i aire lliure amb tipus instal·lació, tipus de pràctica esportiva i forma de desplaçament s'ha aplicat el coeficient  $\chi^2$ .

Per a l'anàlisi del tipus instal·lació, tipus de pràctica esportiva i forma de desplaçament amb gènere, estat civil, nivell d'estudis (agrupat) i nivell econòmic (agrupat), s'ha aplicat el coeficient de  $\chi^2$ .

Per a l'anàlisi del tipus instal·lació, tipus de pràctica esportiva i forma de desplaçament amb edat (agrupat), s'ha aplicat l'ANOVA d'un factor.

Per a l'anàlisi del temps de pràctica esportiva i temps de desplaçament, amb gènere i nivell d'estudis (agrupat), s'ha aplicat la *t d'Student*.

---

<sup>33</sup> “Les pràctiques esportives entre la gent gran en general estan associades a tipologies d'usuaris concretes atenent a diferents factors personals, socials i demogràfics. Les pràctiques esportives són analitzades sota les variables organitzatives:

- Tipus d'instal·lació.
- Tipus de pràctica esportiva.
- Temps de pràctica esportiva.
- Forma de desplaçament.
- Temps de desplaçament.”

Per a l'anàlisi del temps de pràctica esportiva, temps de desplaçament i edat, s'ha aplicat el *Coefficient de Correlació de Pearson*.

Per a l'anàlisi del temps de pràctica esportiva, temps de desplaçament, amb estat civil i nivell econòmic (agrupats), s'ha aplicat l'*ANOVA d'un factor*.

Per a l'anàlisi del tipus d'instal·lació amb temps de desplaçament, s'ha aplicat l'*ANOVA d'un factor*.

Per a l'anàlisi del tipus d'instal·lació amb forma de desplaçament, s'ha aplicat el coeficient de  $\chi^2$ .

## 5.- RESULTATS

¿Nadie valora que los stocks de cada edad sean progresivamente más sanos y, por lo tanto, menos “viejos”? No es envejecimiento, sino rejuvenecimiento de la población lo que estamos experimentando.

Pérez, J. Es rejuvenecimiento, *La Vanguardia*, 27 de juliol de 2003.



*A continuació es transcriuen els resultats corresponents a l'anàlisi de la base de dades obtinguda amb el treball de camp en funció de les hipòtesis. La numeració dels apartats d'aquest capítol es correspon a cadascuna de les hipòtesis plantejades.*

*Els resultats estadístics complementaris s'han transcrit a l'annex A.*

5.1.- QVRS de la gent gran a Catalunya i dels usuaris dels PEFCGGC's	225
5.2.- QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's segons el tipus de pràctica	232
5.3.- QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's segons les característiques socials i demogràfiques	240
5.4.- Tipologia dels usuaris analitzats en funció de la forma de pràctica	246

### 5.1.- QVRS de la gent gran a Catalunya i dels usuaris dels PEFCGGC's

En aquest apartat es verifica la primera hipòtesi<sup>34</sup> de la recerca, on es comparen les dades de la QVRS de les persones que practiquen exercici físic en els PEFCGGC's respecte les de la població catalana gran sedentària.

Per a l'anàlisi de la QVRS s'han utilitzat les dues dimensions de l'EQ-5D, el SD i l'EVA, de manera que per una banda tenim les valoracions específiques de les dimensions pròpies d'aquest instrument valoratiu i d'altra analitzem els resultats globals de salut percebuda.

Primer s'han analitzat els valors derivats de l'anàlisi de l'EVA i posteriorment s'han comparat els percentatges de problemes de les dimensions del SD.

La utilització de les dos dimensions de l'EQ-5D ens ha servit per a poder alternar resultats de mesures no paramètriques corresponents a les dimensions del SD, amb d'altres de paramètriques, pròpies de l'EVA.

Recordem que per a poder comparar s'han adaptat les dues mostres de la següent forma:

- Referent a l'ESCA'02, s'han identificat els enquestats d'edat igual o superior als 60 anys, i els que mantenen un nivell sedentari en relació a l'activitat física.
- Referent a la mostra de la nostra tesi, s'han identificat els enquestats d'edat igual o superior als 60 anys, s'han exclòs els participants en programes institucionalitzats i els de pràctiques a l'aire lliure.

---

<sup>34</sup> *"Les persones que participen amb regularitat en els PEFCGGC's, mostren una QVRS diferent a les persones grans sedentàries de la població en general. Aquesta QVRS es concreta en la nostra tesi en:*

*Una valoració numèrica del seu estat actual de salut.*

*Una valoració descriptiva sobre les dimensions de la salut."*

### 5.1.1.- Escala Visual Analògica (EVA)

Les persones de la nostra mostra manifesten una major QVRS que les persones de l'ESCA'02 i per tant, aquests resultats confirmen la nostra primera hipòtesi. El valor diferencial entre les dues mitjanes és de 12,6. Hem analitzat també els valors concrets de l'EVA en funció del gènere per a veure la seva valoració específica entre homes i dones. Els resultats es reflecteixen a la taula número 32.

Taula 32. Estadístics de grup corresponents a l'anàlisi de l'EVA de la població gran de Catalunya i dels usuaris dels PEFCGGC's. S'ha aplicat la prova *t d'Student*.

EVA	N	Mitjana	Desviació típica	Error típic mitjana
PEFCGGC's	1768	<b>70,70</b>	17,273	,411
ESCA'02	792	<b>58,10</b>	19,345	,687

Per a  $p < 0.005$ , la diferència de mitjanes ha estat significativa amb un grau de significació bilateral de 0,000. No s'han assumit variances iguals. Taula A.1. annexos.

#### 5.1.1.1.- EVA i gènere

Ja hem vist com els PEFCGGC's són propostes de lleure amb majoria de dones. Per tant, per evitar resultats esbiaixats conseqüència de la comparativa amb una mostra com la de l'ESCA'02, hem plantejat l'anàlisi de l'EVA dels homes i les dones de forma separada a la taula número 33.

Els valors més alts de la mitjana corresponent a la present tesi ens indiquen que les persones femenines de la mostra corresponent als grups dels PEFCGGC's, mostren una major QVRS que les dones de l'ESCA'02 i per tant, també es confirmen els resultats de la primera hipòtesi. El valor diferencial entre les dues mitjanes és de 14,8. La desviació típica és inferior en les practicants esportistes amb 17,273 respecte un 19,345 dels enquestats a l'ESCA'02, el que indica un menor nivell de dispersió entre les persones que practiquen exercici físic amb regularitat.

Els valors obtinguts dels homes confirmen també la primera hipòtesi en el sentit que els usuaris dels PEFCGGC's mostren una mitjana més alta, amb una diferència de 13,17. La desviació típica és també, inferior en els usuaris dels PEFCGGC's amb 15,818 respecte 18,606 dels enquestats a l'EVA'02, el que indica també una menor dispersió en la mostra que practica esport respecte la sedentària.

Taula 33. Estadístics de grup corresponents a l'anàlisi de l'EVA de la població gran de Catalunya i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció del gènere. S'ha aplicat la prova *t d'Student*.

<b>Població femenina</b>	<b>N</b>	<b>Mitjana</b>	<b>Desviació típica</b>	<b>Error típic mitjana</b>
ESCA'02	448	<b>55,15</b>	19,404	,917
PEFCGGC's	1525	<b>69,98</b>	17,393	,445

<b>Població masculina</b>	<b>N</b>	<b>Mitjana</b>	<b>Desviació típica</b>	<b>Error típic mitjana</b>
ESCA'02	344	<b>61,94</b>	18,606	1,003
PEFCGGC's	242	<b>75,12</b>	15,818	1,017

Per a  $p < 0.005$ , la diferència de mitjanes ha estat significativa, amb un grau de significació bilateral de 0,000. S'han assumit variàncies iguals. Taules A.2. i A.3. annexos.

### 5.1.1.2.- EVA i edat

Els resultats corresponents a aquest apartat, ens indiquen que en els dos casos, tant en els usuaris dels PEFCGGC's com en els enquestats de l'ESCA'02, existeix una tendència inversament proporcional entre edat i les puntuacions mostrades a l'EVA. L'increment etari va acompanyat d'un pitjor estat de salut percebut entre els enquestats tal i com es concreta a la taula número 34.

Cal tenir en compte també que la dispersió de les puntuacions és més gran en els enquestats de l'ESCA'02 en pràcticament totes les franges d'edat, respecte els usuaris dels PEFCGGC's.

Taula 34. Estadístics de grup corresponent a l'anàlisi de l'EVA dels components de l'ESCA'02 sedentaris i dels participants en programes de PEFCGGC's en funció de l'edat. La variable edat es presenta agrupada. S'ha aplicat l'ANOVA d'un factor.

EVA PEFCGGC's	N	Mitjana	Desv. Típica	Error típic	Interval confiança per a la mitjana al 95%		Mín.	Màx.
					Límit inf.	Límit sup.		
60 a 64 anys	294	<b>73,02</b>	17,247	1,006	71,04	75,00	30	100
65 a 74 anys	1.069	<b>70,70</b>	17,034	0,521	69,68	71,72	5	100
75 a 84 anys	388	<b>69,34</b>	17,608	0,894	67,58	71,10	10	100
85 o més anys	17	<b>61,18</b>	19,885	4,823	50,95	71,40	30	100
Subtotal	1.768	<b>70,70</b>	17,273	0,411	69,89	71,50	5	100

EVA ESCA'02	N	Mitjana	Desv. Típica	Error típic	Interval confiança per a la mitjana al 95%		Mín.	Màx.
					Límit inf.	Límit sup.		
60 a 64 anys	170	<b>63,86</b>	19,351	1,484	60,93	66,79	0	100
65 a 74 anys	325	<b>58,25</b>	19,171	1,063	56,15	60,34	0	100
75 a 84 anys	236	<b>55,53</b>	18,890	1,230	53,10	57,95	1	100
85 o més anys	58	<b>51,74</b>	18,352	2,410	46,92	56,57	15	100
Subtotal	792	<b>58,10</b>	19,345	0,687	56,75	59,45	0	100

Per a  $p < 0.005$ , s'han trobat valors significatius, del 0,005 per als usuaris dels PEFCGGC's i de 0,000 per als enquestats a l'ESCA'02. Taules A.4, A.5. A.6. i A.7., annexos.

### 5.1.2.- Sistema Descriptiu (SD)

La taula número 35 ens mostra els valors de cadascuna de les dimensions del SD. En les corresponents a *mobilitat*, *cura personal* i *activitats quotidianes* es compleix la tendència manifestada en l'EVA, on els valors en percentatge de les persones que practiquen exercici físic presenten un menor nombre de problemes respecte la població gran sedentària. Per tant, referent a aquestes dimensions la primera hipòtesi es verifica.

No es manté aquesta relació en les dimensions de *dolor/malestar* i *ansietat/depressió*. Ja hem vist anteriorment el gran percentatge de dones que hi ha respecte homes en la nostra mostra. Aquest fet esbiaixa els resultats

comparatius amb l'ESCA'02. Per tant, també aquí cal fer un anàlisi diferenciat en funció del gènere.

Taula 35. Percentatge de problemes en les dimensions del SD problemes en les dimensions del SD en les persones sedentàries de l'EVA'02 i dels usuaris dels PEFCGGC's.

Agrupació	Mobilitat	Cura personal	Activitats Quotidianes	Dolor/malestar	Ansietat/depressió
PEFCGGC's	26,97	5,33	19,85	69,41	35,02
ESCA'02 sedentaris	39,04	13,78	29,70	62,47	30,97

### 5.1.2.1.- SD i gènere

La distribució dels percentatges de problemes en funció del gènere, de la taula 36, relativitza les diferències de les dimensions *dolor/malestar* i *ansietat/depressió*. Les distàncies amb les altres tres dimensions físiques continuen mantenint-se respecte les observades en l'exposició global del SD.

Taula 36. Percentatge de problemes de les dimensions del SD dels usuaris dels PEFCGGC's i de persones sedentàries de l'EVA'02.

Agrupació	Gènere	Mobilitat	Cura personal	Activitats Quotidianes	Dolor/malestar	Ansietat/depressió
PEFCGGC's	home	19,84	4,02	7,97	49,80	19,57
	dona	28,07	5,54	21,69	72,47	37,55
ESCA'02 sedentaris	home	30,35	8,99	20,29	50,00	22,03
	dona	45,76	17,49	37,02	72,10	37,89

En el cas de les dones, les diferències referent a les dimensions *dolor/malestar* són lleugerament superiors en el grup de practicants d'activitat física. En la resta de dimensions, són les persones femenines practicants d'exercici físic les que mostren un menor nombre de problemes que la resta de població sedentària. Per tant, tret d'aquesta petita diferència (0,3), els resultats són concloents respecte la verificació de la primera hipòtesi també en les diferents dimensions del SD.

### 5.1.2.2.- SD i edat

Es presenten a continuació a la taula número 37 els resultats obtinguts en les dimensions del SD amb els valors de problemes entre els usuaris dels PEFCGGC's i els sedentaris de l'ESCA'02 en funció dels diferents trams etaris.

Taula 37. Percentatge de problemes en les dimensions del SD dels usuaris dels PEFCGGC's i de persones sedentàries de l'EVA'02 en funció de l'edat. La variable edat es presenta agrupada.

Agrupació	Edats	Mobilitat	Cura personal	Activitats quotidianes	Dolor/malestar	Ansietat/depressió
PEFCGGC's	60 a 64 anys	20,89	4,00	15,26	63,55	35,14
	65 a 74 anys	27,87	4,73	20,07	70,77	35,86
	75 a 84 anys	28,05	6,92	22,03	70,15	32,70
	85 o més anys	52,60	27,80	33,30	71,40	33,30
ESCA'02 sedentaris	60 a 64 anys	21,18	6,51	16,67	51,18	20,71
	65 a 74 anys	35,08	8,64	26,32	60,00	32,00
	75 a 84 anys	49,58	20,25	37,71	71,85	36,29
	85 o més anys	68,90	36,21	52,50	70,50	33,30

Les persones sedentàries presenten uns percentatges de problemes de *mobilitat*, *cura personal* i *activitats quotidianes* superiors en tot el recorregut etari. Aquesta diferència és més petita als 60 anys, però a partir dels 65 anys s'incrementa progressivament, adquirint les diferències més importants en el darrer tram etari analitzat.

El comportament de les dimensions *dolor/malestar* i *ansietat/depressió* no és el mateix. Als primers trams etaris són superiors els percentatges de problemes dels usuaris que practiquen en els PEFCGGC's i a partir dels 75 anys aquesta relació s'inverteix. Per a una millor comprensió tant d'aquestes dues dimensions com de les altres tres, farem una distribució en funció del gènere tal i com s'ha dut a terme en el cas anterior de l'anàlisi de l'EVA. Es reflecteix a la taula número 38.

Taula 38. Percentatge de persones sedentàries de l'EVA'02 i dels usuaris dels PEFCGGC's, amb problemes en les dimensions del SD en funció de l'edat i gènere. La variable edat es presenta agrupada.

Gènere	Agrupació	Edats	Mobilitat	Cura personal	Activitats quotidianes	Dolor/malestar	Ansietat/depressió
Homes	PEFCGGC's	60 a 64 anys	19,44	2,78	8,57	47,06	13,89
		65 a 74 anys	20,81	4,86	9,66	47,92	21,21
		75 a 84 anys	18,31	2,94	4,29	55,88	19,70
		85 o més anys	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Homes	ESCA'02 sedentaris	60 a 64 anys	13,04	4,35	10,87	40,22	14,29
		65 a 74 anys	28,57	4,55	17,29	49,62	24,06
		75 a 84 anys	41,00	16,00	27,27	59,00	28,00
		85 o més anys	70,00	25,00	50,00	55,00	15,00
Dones	PEFCGGC's	60 a 64 anys	21,07	4,17	16,12	65,58	38,08
		65 a 74 anys	28,88	4,71	21,59	74,23	38,13
		75 a 84 anys	30,09	7,76	25,75	73,05	35,55
		85 o més anys	52,94	25,00	31,58	73,68	31,25
Dones	ESCA'02 sedentaris	60 a 64 anys	30,77	9,09	23,68	64,10	28,21
		65 a 74 anys	39,58	11,46	32,63	67,19	37,50
		75 a 84 anys	55,80	23,36	45,26	81,16	42,34
		85 o més anys	71,05	42,11	55,26	81,58	43,24

En el cas dels homes existeix una diferenciació progressiva en tot el recorregut etari d'un menor percentatge de problemes per part dels usuaris que practiquen exercici físic, respecte els sedentaris de l'ESCA'02. Aquesta diferenciació només deixa de donar-se en el primer tram etari (de 60 a 64 anys) de les dimensions *mobilitat* i *dolor/malestar*.

En el cas de les dones, els resultats són menys diferenciats. Tot i ser millors també en les practicants d'exercici físic, en els primers recorreguts etaris de les dimensions *ansietat/depressió* i *dolor/malestar* mostren un percentatge més alt de problemes les usuàries practicants de PEFCGGC's, per a diferenciar-se invertint les relacions posteriorment a mesura que passa el temps a partir dels 75 anys.



## 5.2.- QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's segons el tipus de pràctica

En aquest apartat volem contrastar els resultats corresponents a la verificació de la segona hipòtesi<sup>35</sup>, on es comparen les dades de la QVRS de diferents tipologies de practicants.

Per a l'anàlisi de la QVRS també aquí s'han utilitzat les dues dimensions de l'EQ-5D, el SD i l'EVA, de manera que per una banda analitzem els resultats globals de la salut percebuda i d'altra, tenim les valoracions específiques de les dimensions pròpies d'aquest instrument.

Es recorda que s'han afegit aquí les dades corresponents als usuaris institucionalitzats i als usuaris d'altres pràctiques diferents a les dels PEFCGGC's com són els practicants a la petanca i els que practiquen el caminar.

També s'han exclòs les dades corresponents a les persones de menys de 60 anys i els que no especifiquen edat.

Els resultats més destacats, corresponents a la QVRS en funció del tipus d'instal·lació, tipus de pràctica i temps de pràctica es transcriuen a continuació.

### 5.2.1.- EVA

Els resultats d'aquest apartat ens indiquen que existeixen una sèrie de pràctiques, en especial les derivades dels practicants a l'aire lliure i els que fan activitats des d'una perspectiva institucionalitzada, que mostren una QVRS en la modalitat de l'EVA eminentment diferenciada respecte els demés usuaris que

---

<sup>35</sup> *“La QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's, s'associa amb una tipologia de pràctica esportiva molt concreta i diferent a la d'altres tipus d'exercici físic com el que es dona a l'aire lliure”.*

practiquen als PEFCGGC's, el que confirma aquesta segona hipòtesi. Aquestes dades coincideixen amb els resultats que posteriorment s'exposaran del SD. A continuació analitzem els resultats obtinguts del cas de l'EVA.

### 5.2.1.1.- EVA i tipus d'instal·lació

Si analitzem com es reflecteix a la taula número 39, les mitjanes associades als tipus d'instal·lacions, veiem que els usuaris que practiquen a l'aire lliure (77,30) i a les instal·lacions esportives (72,24) són els que mostren una puntuació en l'EVA més destacades. Els usuaris que practiquen a l'aire lliure mostren una dispersió menor que els demás. Els usuaris institucionalitzats mostren els valors de mitjana més baixos (57,61) i amb un nivell de dispersió més gran.

Taula 39. Descriptius corresponents a l'anàlisi de la EVA dels usuaris dels PEFCGGC's i dels practicants a l'aire lliure en funció del tipus d'instal·lació. S'ha aplicat l'ANOVA d'un factor.

EVA	N	Mitjana	Desv. Típica	Error típic	Interval de confiança per a mitjana a 95%		Mín.	Màx.
					Límit inf.	Límit sup.		
Casal o espai de gent gran	971	<b>69,64</b>	16,943	0,544	68,57	70,70	10	100
Centre Cívica	89	<b>69,98</b>	17,253	1,829	66,34	73,61	30	100
Aire lliure	152	<b>77,30</b>	16,534	1,341	74,65	79,95	30	100
Instal·lació Esportiva	708	<b>72,24</b>	17,629	0,663	70,94	73,54	5	100
Fràgils	73	<b>57,73</b>	19,389	2,269	53,20	62,25	20	100
Total	1993	<b>70,73</b>	17,563	0,393	69,95	71,50	5	100

Per a  $p < 0,005$ , s'han trobat valors significatius, del 0,000. Taules A.8. i A.9. annexos.

L'anàlisi estadístic post hoc ens mostra que la QVRS reflectida en les puntuacions de l'EVA dels esportistes que practiquen el seu esport a l'aire lliure (petanca i caminants) tendeix a mostrar una relació significativa millor que tots

els demés usuaris que practiquen a les altres instal·lacions. Aquesta significació estadística no es confirma en el cas dels usuaris de les instal·lacions esportives.

L'anàlisi estadístic també ens confirma que la QVRS reflectida a l'EVA dels usuaris institucionalitzats que practiquen en PEFCGGC's, ho fan amb uns resultats significativament inferiors respecte la resta de practicants analitzats.

### 5.2.1.2.- EVA i tipus de pràctica esportiva

Les mitjanes associades al tipus d'activitat que hem obtingut, reflectides a la taula número 40, ens mostren que els que practiquen a l'aire lliure, tant els que fan caminades (80,13) com els de petanca (74,55), són els usuaris que puntuen la seva QVRS en la dimensió de l'EVA, de manera més alta. Els usuaris institucionalitzats mostren els valors més baixos (57,73). Aquestes dades confirmen els resultats de les instal·lacions de pràctica.

Taula 40. Descriptius corresponents a l'anàlisi de l'EVA dels usuaris dels PEFCGGC's i dels practicants a l'aire lliure en funció del tipus de pràctica. S'ha aplicat l'ANOVA d'un factor.

EVA	N	Mitjana	Desv. Típica	Error típic	Interval de confiança per a mitjana a 95%		Mín.	Màx.
					Límit inf.	Límit sup.		
Gimnàstica	1738	<b>70,70</b>	17,361	0,416	69,88	71,52	5	100
Caminades	75	<b>80,13</b>	14,394	1,662	76,82	83,45	40	100
Tai txi	30	<b>70,57</b>	11,212	2,047	66,38	74,75	50	100
Petanca	77	<b>74,55</b>	18,049	2,057	70,45	78,64	30	100
Estimulació psicomotriu	73	<b>57,73</b>	19,389	2,269	53,20	62,25	20	100
Total	1993	<b>70,73</b>	17,563	0,393	69,95	71,50	5	100

Per a  $p < 0,005$ , s'han trobat valors significatius, del 0,000. Taules A.10. i A.11. annexos.

L'anàlisi estadístic post hoc ens mostra que la QVRS reflectida en les puntuacions de l'EVA dels usuaris que fan caminades tendeixen a mostrar una

relació significativament millor que els que pertanyen a programes d'exercici físic comunitari.

L'anàlisi estadístic també ens confirma que la QVRS de les puntuacions de l'EVA dels usuaris institucionalitzats, mostra uns resultats significativament inferiors respecte la resta de practicants de les altres modalitats de pràctica analitzades.

### **5.2.1.3.- EVA i temps de pràctica esportiva**

Per a una millor comprensió dels resultats obtinguts en aquesta variable s'han calculat els resultats de l'EVA agrupant tots els tipus de pràctica i identificant exclusivament els usuaris practicants dels PEFCGGC's i els usuaris que ho fan a l'aire lliure.

Si tenim en compte les mitjanes associades al temps de pràctica esportiva dels nostres usuaris, representades en la taula número 41, observem que els usuaris que practiquen fa més de 10 anys (73,37) mostren una QVRS més alta, mentre que els usuaris practicants més joves mostren una QVRS més baixa (67,39). Els valors dels usuaris practicants en PEFCGGC's són similars als analitzats de forma global.

L'anàlisi post hoc de les dades agrupades i dels usuaris dels PEFCGGC's ens indica que la relació entre el temps de pràctica i la QVRS és especialment significativa en les persones que porten més de 10 anys de pràctica, respecte les que posseeixen un itinerari esportiu més escurçat. Aquesta relació estadísticament significativa, no es manté en el cas de les persones que practiquen a l'aire lliure; ni en el cas dels usuaris practicants de petanca, ni en el cas dels caminants.

Taula 41. Descriptius corresponents a l'anàlisi de l'EVA en funció del temps de pràctica esportiva i la QVRS. La variable temps de pràctica esportiva es presenta agrupada. S'ha aplicat l'ANOVA d'un factor.

EVA agrupats	N	Mitjana	Desv. Típica	Error típic	Interval de confiança per a mitjana a 95%		Mín.	Màx.
					Límit inf.	Límit sup.		
0 a 2 anys	384	67,39	18,292	0,991	65,22	69,11	20	100
3 a 5 anys	350	70,38	16,383	0,922	68,28	71,91	30	100
6 a 10 anys	319	70,78	17,719	1,025	68,11	72,14	10	100
Més 10 anys	331	<b>73,37</b>	18,145	1,036	71,09	75,17	5	100
Total	1384	70,36	17,767	0,500	69,07	71,03	5	100
EVA PEFCGGC's	N	Mitjana	Desv. Típica	Error típic	Interval de confiança per a mitjana a 95%		Mín.	Màx.
					Límit inf.	Límit sup.		
0 a 2 anys	325	66,87	18,327	1,017	64,87	68,87	20	100
3 a 5 anys	294	69,63	16,374	,955	67,75	71,51	30	100
6 a 10 anys	269	69,01	17,723	1,081	66,88	71,14	10	100
Més 10 anys	223	<b>71,56</b>	18,183	1,218	69,16	73,96	5	100
Total	1111	69,06	17,706	,531	68,02	70,10	5	100
EVA Aire lliure	N	Mitjana	Desv. Típica	Error típic	Interval de confiança per a mitjana a 95%		Mín.	Màx.
					Límit inf.	Límit sup.		
0 a 2 anys	16	73,19	17,007	4,252	64,13	82,25	49	100
3 a 5 anys	22	76,41	15,506	3,306	69,53	83,28	50	100
6 a 10 anys	30	80,13	14,429	2,634	74,75	85,52	50	100
Més 10 anys	84	77,31	17,467	1,906	73,52	81,10	30	100
Total	152	77,30	16,534	1,341	74,65	79,95	30	100

EVA agrupats: per a  $p < 0.005$ , s'han trobat valors significatius, del 0,000.

EVA PEFCGGC's: per a  $p < 0.005$ , s'han trobat valors significatius, del 0,021.

EVA aire lliure: per a  $p < 0.005$ , no s'han trobat valors significatius.

Taules A.12., A.13., A.14, A.15 i A.16., annexos.

## 5.2.2.- SD

En la taula número 42 es representen els resultats corresponents als percentatges amb problemes de les dimensions del SD segons les variables vinculades amb la definició dels tipus de pràctica més significatives. Resultats coherents amb els de l'EVA. Fem a continuació l'anàlisi més concret en funció de les diferents variables analitzades.

Taula 42. Percentatge de problemes de les diferents dimensions del SD dels practicants, en funció de variables vinculades a la forma de pràctica: tipus instal·lació, tipus activitat i anys de pràctica esportiva. En **negreta** es marquen els percentatges de problemes més alts i en *cursiva* els més baixos.

Tipus Instal·lació	Mobilitat	Cura personal	Activitats quotidianes	Dolor/ malestar	Ansietat/ depressió
Casal gent gran	29,33	6,62	22,20	<b>75,05</b>	37,37
Centre cívic	30,53	2,25	16,67	62,64	<b>25,30</b>
Inst. Esportiva	23,28	3,95	17,03	62,36	32,99
Fràgils	<b>32,91</b>	<b>56,96</b>	<b>84,81</b>	<b>54,55</b>	<b>66,67</b>
Aire lliure	<i>13,27</i>	<i>2,04</i>	<i>5,10</i>	68,37	43,88
Tipus activitat	Mobilitat	Cura personal	Activitats quotidianes	Dolor/ malestar	Ansietat/ depressió
Gimnàstica	27,03	5,26	19,90	<b>69,60</b>	35,07
Caminades	<i>10,67</i>	<i>0,00</i>	<i>4,00</i>	73,33	46,67
Tai txi	24,32	8,57	17,14	60,53	<b>32,35</b>
Petanca	21,74	8,70	8,70	<b>52,17</b>	34,78
Est. Psicomot.	<b>32,91</b>	<b>56,96</b>	<b>84,81</b>	54,55	<b>66,67</b>
Anys de pràctica	Mobilitat	Cura personal	Activitats quotidianes	Dolor/ malestar	Ansietat/ depressió
0 a 2 anys	27,84	<b>15,94</b>	<b>34,10</b>	69,05	<b>44,18</b>
3 a 5 anys	25,23	2,68	<i>18,47</i>	<i>67,20</i>	32,54
6 a 10 anys	<b>32,01</b>	4,56	18,64	71,05	33,82
Més de 10	25,27	7,25	19,65	<b>69,78</b>	37,55

#### **5.2.2.1.- SD i tipus d'instal·lació utilitzada**

Són les persones que es troben en situació de fragilitat, les que mostren un major percentatge de problemes en les tres dimensions amb un component més físic corresponents a *mobilitat, cura persona, activitats quotidianes i ansietat/depressió*.

Són els que duen a terme pràctiques a l'aire lliure els que mostren un menor nivell de problemes en les dimensions físiques de *mobilitat, cura personal i activitats quotidianes*.

En la dimensió de *dolor/malestar* són precisament els institucionalitzats, els que mostren un nivell més baix de problemes, mentre que són els practicants en casals, els que mostren un percentatge més alt.

En la dimensió *ansietat/depressió* són els usuaris/es de centres cívics els que mostren un menor percentatge de problemes.

#### **5.2.2.2.- SD i tipus de pràctica esportiva**

Són les persones que es troben en situació de fragilitat, i per tant, les que duen a terme un programa d'estimulació psicomotriu, les que mostren un major número de problemes en les tres dimensions amb un component més físic corresponents a *mobilitat, cura personal i activitats quotidianes* i la corresponent a *ansietat/depressió*. Es manté, per tant, la tendència contemplada en l'apartat anterior.

Són els practicants de caminades, els que mostren un menor percentatge de problemes en les tres dimensions més físiques, conjuntament amb la *d'ansietat/depressió*.

Els que fan petanca mostren un menor nivell de problemes en la dimensió *dolor/malestar*, seguit de molt a prop dels que es troben en la situació de dependència.

Són els que practiquen tai-txí els que mostren un menor nombre de problemes en la dimensió *ansietat/depressió*.

### **5.2.2.3.- SD i temps de pràctica esportiva**

Com es veu a la taula número 43, són les persones que porten menys temps practicant exercici físic, les que presenten més problemes en les dimensions *cura personal, activitats quotidianes i ansietat/depressió*.

En la dimensió *mobilitat*, tot i que es manifesta una tendència decreixent entre un i altre extrem de la distribució de freqüències agrupades del tram etari, les persones que fa entre 6 i 10 anys que practiquen exercici físic tenen un major percentatge de problemes amb un 32,01%, mentre que els que fa entre 3 i 5 anys que practiquen activitat física, són els que manifesten un menor percentatge amb un 25,23%.

La dimensió *dolor/malestar*, tot i que té petites fluctuacions, es manifesta de forma estable durant tota la distribució de freqüències agrupades del recorregut etari. Mostra un major percentatge de problemes entre les persones que porten entre 6 i 10 anys de pràctica esportiva amb el 71,05%, mentre que el menor percentatge de problemes es manifesta en els que porten entre 3 i 5 anys de pràctica esportiva, amb un 67,20%.



### **5.3.- QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's segons les característiques socials i demogràfiques**

En aquest apartat es verifica la tercera hipòtesi<sup>36</sup> de la investigació, on es comparen les dades relacionades amb la QVRS de les persones que practiquen exercici físic en els PEFCGGC's amb variables personals, socials i demogràfiques.

Per a l'anàlisi de la QVRS també s'han utilitzat les dues dimensions de l'EQ-5D, el SD i l'EVA, de manera que per una banda analitzem els resultats globals de salut percebuda i d'altra, tenim les valoracions específiques de les dimensions pròpies d'aquest instrument.

S'han exclòs els enquestats institucionalitzats, no inclosos en els estudis epidemiològics i els que han fet esports a l'aire lliure, que no formen part de pràctiques incloses en els PEFCGGC's.

Els resultats obtinguts ens permeten confirmar d'altra banda, la validesa de l'instrument de mesura utilitzat tal i com es plantejat a l'apartat 4.3.3.4.

#### **5.3.1.- EVA**

##### **5.3.1.1.- EVA i edat**

Per a la verificació de les diferències entre tipus d'instal·lació i QVRS, s'ha aplicat el *Coefficient de Correlació de Pearson*. S'han trobat valors significatius, d'un -,080 (taula A.17., annexos) per a un nivell de confiança del 0,95. Per tant, podem concloure que l'edat es relaciona inversament amb els valors de QVRS. Aquests resultats observats a la nostra mostra són coherents respecte els d'altres estudis sobre salut ja analitzats (Badia et al.,1998).

---

<sup>36</sup> *La QVRS dels usuaris de PEFCGGC's, està associada a variables personals socials i demogràfiques.*

L'anàlisi de les mitjanes reflectit a la taula número 43, ens indica que la puntuació mitjana de l'EVA per als usuaris dels PEFCGG's està al voltant del 70,75. Mentre que l'edat mitjana es troba en els 69,46 anys.

Taula 43. Anàlisi de la EVA en funció de l'edat dels enquestats.

Conceptes	Mitjana	Desviació típica	N
EVA	<b>70,75</b>	17,457	1964
Edat enquestats	<b>69,46</b>	6,937	2102

### 5.3.1.2.- EVA i gènere

L'anàlisi de les mitjanes reflectit a la taula número 44, ens indica que els valors mitjans de l'EVA dels homes (74,49) són superiors a les dones (70,19). El nivell de dispersió és superior en les dones que en els homes. També aquests resultats observats a la nostra mostra són coherents respecte els d'altres estudis sobre salut ja analitzats (Badia et al.,1998).

Taula 44. Descriptius corresponents a l'anàlisi de la EVA en funció del sexe dels enquestats. S'ha aplicat la *t d'Student*.

Sexe enquestat	N	Mitjana	Desviació típica	Error típic mitjana
Home	257	<b>74,49</b>	16,141	1,007
Dona	1705	<b>70,17</b>	17,586	,426

Per a  $p < 0.005$ , la diferència de mitjanes ha estat significativa. No s'han assumit variàncies iguals. Taula A.18. annexos.

### 5.3.1.3.- EVA i estat civil

Per analitzar els resultats de l'EVA en funció de l'estat civil s'ha considerat si la persona enquestada es troba acompanyada o no transformant la variable originària en una nova ("*Forma de viure*") de tipus binari, com ja s'ha especificat a l'apartat 4.3.2.2.5.

Els resultats de les mitjanes reflectits a la taula número 45 ens indiquen que les persones que viuen acompanyades, mostren una millor QVRS percebuda.

Taula 45. Descriptius corresponents a l'anàlisi de la EVA en funció de l'estat civil. La variable estat civil es presenta agrupada. S'ha aplicat *la t d'Student*.

Forma de viure	N	Mitjana	Desviació típica	Error típic mitjana
Acompanyat/a	1266	<b>71,36</b>	17,260	,485
No acompanyat/a	688	<b>69,53</b>	17,784	,678

Per a  $p < 0.005$ , la diferència de mitjanes ha estat significativa. S'han assumit variances iguals. Taula A.19. annexos.

#### 5.3.1.4.- EVA i nivell econòmic percebut

L'anàlisi de les mitjanes reflectit a la taula número 46, ens indica que els valors mitjans de l'EVA dels enquestats que es consideren que tenen un estat econòmic percebut alt, posseeixen una mitjana superior (76,13) als que consideren el seu estat econòmic percebut normal (71,42) o baix (66,63).

Taula 46. Descriptius corresponents a l'anàlisi de l'EVA en funció del nivell econòmic percebut. La variable nivell econòmic es presenta agrupada. S'ha aplicat *l'ANOVA d'un factor*.

Nivell econòmic percebut agrupat	N	Mitjana	Desv. Típica	Error típic	Interval de confiança per mitjana a 95%		Mín	Màx
					Limit inf.	Limit sup.		
Nivell normal	1271	<b>71,42</b>	16,837	,472	70,49	72,34	10	100
Nivell alt	194	<b>76,13</b>	17,121	1,229	73,70	78,55	20	100
Nivell baix	468	<b>66,63</b>	18,240	,843	64,98	68,29	10	100
Total	1933	<b>70,73</b>	17,417	,396	69,96	71,51	10	100

Per a  $p < 0.005$  s'han trobat valors significatius, d'un 0,000. Taules A.20. i A.21. annexos.

L'anàlisi post hoc ens demostra que la relació entre els valors de l'EVA i el nivell econòmic percebut són tots significatius entre sí, confirmant que la percepció positiva d'una QVRS es relaciona amb la percepció d'un estat econòmic percebut alt i a la inversa, les puntuacions menors de QVRS es corresponen amb estats econòmics percebuts baixos.

### 5.3.1.5.- EVA i nivell d'estudis percebut

L'anàlisi de les mitjanes en funció del nivell d'estudis percebut reflectit a la taula número 47, posa en evidència la relació positiva i estreta amb la QVRS, que d'altra banda, la literatura científica sobre el tema ja hem vist que confirma. Les persones grans que manifesten tenir estudis superiors a la mitjana manifesten un millor estat de salut percebuda.

Taula 47. Descriptius corresponents a l'anàlisi de l'EVA en funció del nivell d'estudis percebut. La variable nivell d'estudis es presenta agrupada. S'ha aplicat *la t d'Student*.

Nivell estudis percebut	N	Mitjana	Desviació típica	Error típic de la mitjana
Nivell baix	<b>1648</b>	69,81	17,482	,431
Nivell alt	<b>276</b>	76,49	15,581	,938

Per a  $p < 0.005$  la diferència de mitjanes ha estat significativa. No s'han assumit variàncies iguals. Taula A.22. annexos.

### 5.3.1.6.- EVA i número d'habitants de la població del lloc de pràctica

L'anàlisi de les mitjanes reflectit a la taula número 48, ens indica que les puntuacions de l'EVA dels usuaris que viuen en poblacions fins a 25.000 habitants, mostren la mitjana més alta. La més baixa és la compresa entre 50.001 i 75.000 habitants.

L'anàlisi post hoc ens demostra que la relació entre les puntuacions de l'EVA i el nombre d'habitants de la població on es du a terme la pràctica esportiva, són significatius positivament en les poblacions de fins a 25.000 habitants, respecte totes les demés.

Les dades confirmen la tendència a pensar que són els usuaris dels PEFCGGC's que viuen en poblacions més petites les que posseeixen uns nivells de QVRS més alts respecte els d'altres poblacions.

Taula 48. Descriptius corresponents a l'anàlisi de la EVA en funció del número d'habitants de la població. La variable habitants es presenta agrupada. S'ha aplicat l'ANOVA d'un factor.

Població	N	Mitjana	Desv. Típica	Error típic	Interval de confiança per mitjana 95%		Mín	Màx
					Límit inf.	Límit sup.		
Fins a 25.000	632	<b>73,81</b>	17,515	,697	72,44	75,18	10	100
Entre 25.001 i 50.000	320	<b>69,47</b>	18,643	1,042	67,42	71,52	5	100
Entre 50.001 i 75.000	163	<b>66,85</b>	17,969	1,407	64,07	69,63	10	100
Més de 75.000	849	<b>69,71</b>	16,527	,567	68,59	70,82	10	100
Total	1964	<b>70,75</b>	17,457	,394	69,98	71,52	5	100

Per a  $p < 0,005$  s'han trobat valors significatius, d'un 0,000. Taules A.23. i A.24. annexos.

### 5.3.2.- SD

Es presenten a la taula número 49, els resultats obtinguts en les dimensions del SD amb els percentatges de problemes entre els usuaris dels PEFCGGC's respecte les variables socials i demogràfiques.

L'anàlisi de l'evolució en funció de l'edat de les dimensions del SD ens indica que les tres variables amb un component més físic com *mobilitat*, *cura personal* i *activitats quotidianes*, mostren un increment progressiu en els percentatges amb problemes a partir de l'agrupació dels 60 a 64 anys. La dimensió *dolor/malestar* mostra un increment suau fins l'agrupació de 65 a 74 anys i a partir d'aquí s'observa el manteniment dels percentatges de problemes. La dimensió *ansietat/depressió*, mostra una tendència involutiva a mesura que passa el temps amb petites fluctuacions en els períodes de 65 a 74 anys i més de 85 anys.

Les dones practicants en els nostres PEFCGGC's, a l'igual que la resta de dones de la població catalana, pateixen un major percentatge de problemes en totes les dimensions del SD.

Taula 49. Percentatge de problemes de les diferents dimensions del SD, en funció de variables socials i demogràfiques: edat, gènere, estat civil, nivell d'estudis percebut, nivell econòmic percebut i número d'habitants. Les variables edat, estat civil, nivell d'estudis percebut, nivell econòmic percebut i número d'habitants es presenten agrupades. En **negreta** es marquen els percentatges de problemes més alts i en *cursiva* els més baixos.

<b>Edats</b>	<b>Mobilitat</b>	<b>Cura personal</b>	<b>Activitats quotidianes</b>	<b>Dolor/ malestar</b>	<b>Ansietat/ depressió</b>
Menys de 60	23,19	9,16	23,88	62,77	<b>45,74</b>
De 60 a 64 anys	<i>20,89</i>	<i>4,00</i>	<i>15,26</i>	63,55	35,14
De 65 a 74 anys	27,87	4,73	20,07	70,77	35,86
De 75 a 84 anys	<b>28,05</b>	6,92	22,03	70,15	<b>32,70</b>
85 o més anys	<b>52,60</b>	<b>27,80</b>	<b>33,30</b>	<b>71,40</b>	33,3
<b>Gènere</b>	<b>Mobilitat</b>	<b>Cura personal</b>	<b>Activitats quotidianes</b>	<b>Dolor/ malestar</b>	<b>Ansietat/ depressió</b>
Home	20,22	4,58	8,27	50,38	19,84
Dona	<b>28,04</b>	<b>5,97</b>	<b>22,01</b>	<b>72,12</b>	<b>38,44</b>
<b>Estat Civil/ Forma de viure</b>	<b>Mobilitat</b>	<b>Cura Personal</b>	<b>Activitats Quotidianes</b>	<b>Dolor/ malestar</b>	<b>Ansietat/ Depressió</b>
Acompanyat/a	26,01	4,84	18,72	68,41	35,36
No acompanyat/a	<b>29,05</b>	<b>7,43</b>	<b>23,03</b>	<b>70,80</b>	<b>36,79</b>
<b>Nivell d'estudis</b>	<b>Mobilitat</b>	<b>Cura personal</b>	<b>Activitats quotidianes</b>	<b>Dolor/ malestar</b>	<b>Ansietat/ depressió</b>
Nivell baix estudis	<b>28,54</b>	<b>6,20</b>	<b>21,02</b>	<b>71,56</b>	<b>37,26</b>
Nivell alt d'estudis	<i>18,69</i>	<i>1,82</i>	<i>14,39</i>	<i>54,61</i>	<i>27,72</i>
<b>Nivell econòmic</b>	<b>Mobilitat</b>	<b>Cura personal</b>	<b>Activitats quotidianes</b>	<b>Dolor/ malestar</b>	<b>Ansietat/ depressió</b>
Nivell ec. Normal	23,53	3,81	17,61	66,82	32,80
Nivell ec. Alt	<i>21,18</i>	<i>4,74</i>	<i>13,09</i>	<i>56,77</i>	<i>29,71</i>
Nivell ec. Baix	<b>39,11</b>	<b>11,23</b>	<b>30,16</b>	<b>80,39</b>	<b>46,96</b>
<b>Número habitants</b>	<b>Mobilitat</b>	<b>Cura personal</b>	<b>Activitats quotidianes</b>	<b>Dolor/ malestar</b>	<b>Ansietat/ depressió</b>
Fins a 25.000	<i>21,34</i>	<i>3,69</i>	<i>15,21</i>	<i>61,21</i>	35,83
25.001 a 50.000	<b>30,18</b>	<b>8,01</b>	<b>26,09</b>	70,50	36,00
50.001 a 75.000	27,11	6,33	23,78	69,18	<i>27,52</i>
Més de 75.000	29,85	6,39	21,11	<b>74,61</b>	<b>37,64</b>

Les persones que viuen soles manifesten més problemes de salut percebuda que les que viuen acompanyades en totes les dimensions del SD.

Les persones que consideren tenir un nivell d'estudis alt, tenen una menor quantitat de problemes en totes les dimensions del SD.

Les persones amb un nivell econòmic percebut més alt mostren un menor percentatge de problemes respecte les demés enquestades en totes les dimensions del SD.

Les poblacions nombroses en habitants, com les de més de 75.000 habitants, tenen més problemes en les dimensions *dolor/malestar* o *ansietat/depressió*. Les compreses entre 25.001 i 50.000 mostren més problemes en les demés dimensions amb un component més físic. Les poblacions inferiors a 25.000 habitants mostren el menor nivell de problemes en totes les dimensions tret de la *d'ansietat/depressió*.

#### **5.4.- Tipologia dels usuaris analitzats en funció de la forma de pràctica**

Es presenten a continuació els resultats derivats de l'anàlisi de la base de dades de la present tesi que s'especifiquen en l'apartat corresponent a la verificació de la quarta hipòtesi<sup>37</sup>, i que complementen la informació aportada per les mateixes.

---

<sup>37</sup> *Les pràctiques esportives entre la gent gran en general estan associades a tipologies d'usuaris concretes atenent a diferents factors socials i demogràfics. Les pràctiques esportives són analitzades sota les variables organitzatives:*

- *Tipus d'instal·lació.*
- *Tipus de pràctica esportiva.*
- *Temps de pràctica esportiva.*
- *Forma de desplaçament.*
- *Temps de desplaçament.*

En aquest apartat analitzarem concretament la relació de les variables de pràctica que existeix entre els usuaris analitzats en la present tesi, amb les seves característiques socials i demogràfiques, de manera que les constàncies observades ens permetin dissenyar perfils de pràctica.

Amb aquesta finalitat s'han analitzat les característiques de pràctica esportiva organitzativa (tipus instal·lació, tipus de pràctica esportiva, temps de pràctica esportiva, forma de desplaçament i temps de desplaçament) dels subgrups de la tesi (PEFCGGC's i aire lliure) amb els trets socials i demogràfics dels practicants analitzats (gènere, edat, estat civil, nivell d'estudis percebut i nivell econòmic percebut), tal i com s'ha concretat a l'apartat 4.1.3.4.

S'han exclòs els caminants i els institucionalitzats quan hem analitzat la forma i el temps de desplaçament al lloc de pràctica.

S'han exclòs també els enquestats menors de 60 anys i els que no s'especifica en el qüestionari l'edat, per a poder comparar usuaris dels PEFCGGC's amb els de pràctiques a l'aire lliure, com ja s'ha comentat.

#### **5.4.1.- Tipus instal·lació**

S'han analitzat les diferents variables socials i demogràfiques utilitzades en el nostre qüestionari que puguin ser susceptibles d'utilització informativa amb el tipus d'instal·lació i s'han obtingut els resultats més destacats referents a: gènere, edat, estat civil/forma de viure, nivell d'estudis percebut (agrupat) i nivell econòmic percebut (agrupat).



#### 5.4.1.1.- Tipus instal·lació i gènere

Els resultats reflectits a la taula número 50 ens mostren que els centres cívics i sobretot els casals de gent gran són equipaments que mostren una tendència a estar freqüentats en el cas de la pràctica esportiva per dones en detriment dels homes.

Taula 50. Anàlisi de les diferències entre tipus instal·lació i gènere. S'ha analitzat  $\chi^2$  en la taula de contingència.

Tipus instal·lació		Sexe enquestat		Total
		Home	Dona	
Casal o espai gent gran	Recompte	138	938	1076
	Residus corregits	-4,4	4,4	
Centre cívic	Recompte	6	92	98
	Residus corregits	-2,8	2,8	
Aire lliure	Recompte	74	78	152
	Residus corregits	11,2	-11,2	
Instal·lació esportiva	Recompte	120	664	784
	Residus corregits	-1,0	1,0	
Fràgils	Recompte	20	61	81
	Residus corregits	2,1	-2,1	
Total	Recompte	358	1833	2191

Per a  $p < .005$  s'han trobat valors significatius, del 0,000. Taula A.25. annexos.

Les pràctiques a l'aire lliure mostren una forta tendència a tenir més participants masculins en detriment del sector femení.

Els centres institucionalitzats, tendeixen a tenir una major presència masculina segons les presents dades.

#### 5.4.1.2.- Tipus instal·lació i edat

Els resultats reflectits a la taula número 51 ens mostren que les persones amb una mitjana més jove són les que practiquen esport a l'aire lliure, seguits dels que fan activitat física en una instal·lació esportiva, amb 69,09 i 70,15 anys respectivament.

Les persones institucionalitzades són les que mostren una mitjana d'edat més alta amb 77,94 anys.

Taula 51. Descriptius corresponents a l'anàlisi de la EVA en funció de l'edat i el tipus d'instal·lació de pràctica.

EVA	N	Mitjana	Desv. Típica	Error típic	Interval de confiança per mitjana a 95%		Mín	Màx
					Límit inf.	Límit sup.		
Casal o espai gent gran	1077	<b>70,62</b>	5,936	,181	70,26	70,97	60	97
Centre cívic	98	<b>71,08</b>	6,300	,636	69,82	72,34	60	86
Aire lliure	152	<b>69,09</b>	6,560	,532	68,04	70,14	60	88
Instal·lació esportiva	785	<b>70,15</b>	5,521	,197	69,76	70,54	60	88
Fràgils	81	<b>77,94</b>	7,272	,808	76,33	79,55	63	95
Total	2193	<b>70,64</b>	6,089	,130	70,38	70,89	60	97

Per a  $p < 0.005$  s'han trobat valors significatius, d'un 0,000. Taules A.26. i A.27. annexos.

L'anàlisi de comparacions múltiples reafirma la significació especial de la mitjana de les persones institucionalitzades respecte els usuaris de la resta d'instal·lacions.

#### 5.4.1.3.- Tipus instal·lació i estat civil

Els resultats estadístics de la taula número 52 ens mostren que als casals els usuaris no tendeixen a viure en parella i als centres cívics tendeixen a anar les persones que no són solteres.

Són especialment significatives les situacions dels institucionalitzats, que tendeixen a estar en situació de viduïtat o solters.

Taula 52. Anàlisi de les diferències entre tipus instal·lació i estat civil/forma de viure. S'ha analitzat  $\chi^2$  en la taula de contingència.

Tipus instal·lació		Estat civil					Total
		Solter/a	Casat/a	En parella	Separat/a Divorciat/a	Vidu/a	
Casal espai gent gran	Recompte	48	660	19	24	318	1069
	Residus corregits	,1	1,4	<b>-2,0</b>	,0	-,9	
Centre Cívic	Recompte	1	59	2	3	33	98
	Residus corregits	<b>-1,7</b>	,0	-,3	,6	,7	
Aire lliure	Recompte	6	88	4	3	51	152
	Residus corregits	-,3	-,6	,1	-,2	,8	
Instal·lació esportiva	Recompte	32	478	29	17	228	784
	Residus corregits	-,6	,5	<b>2,8</b>	-,2	-1,2	
Fràgils	Recompte	10	30	0	2	39	81
	Residus corregits	<b>3,5</b>	<b>-4,3</b>	-1,5	,1	<b>3,5</b>	
Total	Recompte	97	1315	54	49	669	2184

Tipus instal·lació		Forma de viure		Total
		Sol/a	Acompanyat/da	
Casal espai gent gran	Recompte	390	679	1.069
	Residus corregits	-,8	,8	
Centre Cívic	Recompte	37	61	98
	Residus corregits	,1	-,1	
Aire lliure	Recompte	60	92	152
	Residus corregits	,6	-,6	
Instal·lació esportiva	Recompte	277	507	784
	Residus corregits	-1,4	1,4	
Fràgils	Recompte	51	30	81
	Residus corregits	<b>4,9</b>	-4,9	
Total	Recompte	815	1.369	2.184

En Estat civil, per a  $p < .005$  s'han trobat valors significatius, del 0,001.

En Forma de viure, per a  $p < .005$  s'han trobat valors significatius, del 0,000.

Taula A.28. annexos.

#### 5.4.1.4.- Tipus instal·lació i nivell d'estudis percebut

L'anàlisi estadístic efectuat entre tipus instal·lació i situació acadèmica percebuda ens confirma que els usuaris que venen als casals, tendeixen a tenir un nivell percebut d'estudis baix. En canvi, els usuaris de centres institucionalitzats i els de centres cívics, mostren una tendència a tenir nivell educatiu superior, tal i com es mostra a la taula número 53.

Taula 53. Anàlisi de les diferències entre tipus instal·lació i nivell percebut d'estudis. S'ha analitzat  $\chi^2$  en la taula de contingència.

Tipus instal·lació		Agrupació edat		Total
		Estudis baix	Estudis alt	
Casal o espai de gent gran	Recòmpte	941	116	1057
	Residus corregits	4,2	-4,2	
Centre Cívic	Recòmpte	69	28	97
	Residus corregits	-4,2	4,2	
Aire lliure	Recòmpte	125	27	152
	Residus corregits	-1,3	1,3	
Instal·lació esportiva	Recòmpte	646	117	763
	Residus corregits	-1,1	1,1	
Fràgils	Recòmpte	54	16	70
	Residus corregits	-2,1	2,1	
Total	Recòmpte	1835	304	2139

Per a  $p < 0,005$  s'han trobat valors significatius, del 0,000. Taula A.29. annexos.

#### 5.4.1.5.- Tipus instal·lació i nivell econòmic percebut

Els resultats reflectits a la taula número 54 ens mostren que als casals de gent gran tendeixen a venir usuaris amb un nivell econòmic percebut més baix, mentre que als centres institucionalitzats analitzats es detecten els usuaris amb el nivell econòmic més alt de la mostra analitzada.

Taula 54. Anàlisi de les diferències entre tipus instal·lació i nivell econòmic percebut. S'ha analitzat  $\chi^2$  en la taula de contingència.

Nivell econòmic percebut		Tipus instal·lació					Total
		Casal	C. Cívic	Aire lliure	Instal. Esportiva	Fràgils	
Nivell alt	Recompte	93	10	14	86	20	223
	Resid. Corregits	-2,4	,0	-,5	,9	5,1	
Nivell normal	Recompte	686	68	91	490	20	1355
	Resid. Corregits	1,6	1,5	-,8	,4	-6,1	
Nivell baix	Recompte	281	19	47	194	30	571
	Resid. Corregits	-,1	-1,6	1,3	-1,1	3,1	
Total	Recompte	1060	97	152	770	70	2149

Per a  $p < 0,005$  s'han trobat valors significatius, del 0,000. Taula A.30. annexos.

#### 5.4.1.6.- Tipus instal·lació i temps de desplaçament

Els resultats reflectits a la taula número 55 ens mostren que les persones que es desplacen de forma més ràpida són les que practiquen esport als casals de gent gran i centres cívics amb una mitjana de 12,03 minuts i 12,02 minuts respectivament, seguits dels que fan activitat física en una instal·lació esportiva, i la petanca amb 14,51 minuts i 14,81 minuts respectivament. Són els practicants de petanca els que mostren una dispersió més gran en aquesta variable (21,357).

Taula 55. Anàlisi de les diferències entre tipus instal·lació i temps de desplaçament. S'han exclòs institucionalitzats i caminants. S'ha aplicat l'ANOVA d'un factor.

EVA	N	Mitjana	Desv. Típica	Error típic	Int. confiança mitjana a 95%		Mín	Màx
					Límit inf.	Límit sup.		
Casal	983	12,03	8,057	,257	11,52	12,53	1	90
Centre cívic	91	12,02	7,289	,764	10,50	13,54	1	30
Petanca	77	14,51	21,357	2,434	9,66	19,35	2	**
Inst. Esportiva	710	14,81	9,737	,365	14,09	15,52	2	60
Total	983	13,19	9,668	,224	12,75	13,63	1	**

Per a  $p < 0,005$  s'han trobat valors significatius, d'un 0,000. Taules A.31. i A.32. annexos.

L'anàlisi de comparacions múltiples reafirma la diferència estadística significativa de la mitjana dels casals de gent gran respecte les instal·lacions esportives.

#### 5.4.1.7.- Tipus instal·lació i forma de desplaçament

Tot i que la majoria dels desplaçaments es donen caminant amb un 83,91% de percentatge promig, als casals, els usuaris tendeixen a venir caminant amb una major intensitat respecte la possibilitat d'utilitzar unes altres formes de desplaçament. El 88% dels desplaçaments es fan caminant, tal i com ens ho mostra la taula número 56.

Taula 56. Distribució de freqüències i percentatge de la forma de desplaçament al lloc de pràctica. S'han exclòs institucionalitzats i caminants.

Instal·lació	Forma desplaçament		Total
	Camina	Altres	
Casal o espai de gent gran	913	124	1037
	88,04%	11,96%	100,0%
Centre Cívic	82	13	95
	86,32%	13,68%	100,0%
Petanca	33	2	35
	94,29%	5,71%	100,0%
Instal. Esportiva	578	169	747
	87,47%	22,62%	100%
Total	1606	308	1914
	83,91%	16,09%	100%

En canvi, a les instal·lacions esportives tendeixen a utilitzar amb una major proporció altres mitjans de transport, tal i com es mostra també a la taula número 58. Només el 77% dels desplaçaments es fan caminant.

L'anàlisi de comparacions múltiples de la taula número 57, confirma la diferència estadísticament significativa entre la forma de desplaçament dels

usuaris dels casals de gent gran respecte la forma de desplaçament dels usuaris de les instal·lacions esportives.

Taula 57. Anàlisi de les diferències entre tipus instal·lació i forma de desplaçament. S'han exclòs institucionalitzats i caminants. S'ha analitzat  $\chi^2$  en la taula de contingència.

Tipus instal·lació		Forma desplaçament		Total
		Camina	Altres	
Casal o espai de gent gran	Recompte	913	124	1037
	Resid. Corregits	5,4	-5,4	
Centre Cívic	Recompte	82	13	95
	Resid. Corregits	,7	-,7	
Petanca	Recompte	33	2	35
	Resid. Corregits	1,7	-1,7	
Instal. Esportiva	Recompte	578	169	747
	Resid. Corregits	-6,2	6,2	
Total	Recompte	1606	308	1914

Per a  $p < .005$  s'han trobat valors significatius, del 0,000. Taula A.33. annexos.

#### 5.4.2.- Tipus de pràctica esportiva

S'han analitzat les diferents variables socials i demogràfiques utilitzades en el nostre qüestionari que puguin ser susceptibles d'utilització informativa amb el tipus de pràctica esportiva i s'han obtingut els resultats més destacables referents a: gènere, edat, estat civil, nivell d'estudis percebut i nivell econòmic percebut.

##### 5.4.2.1.- Tipus de pràctica esportiva i gènere

Els resultats reflectits a la taula número 58 ens mostren que les pràctiques pròpies dels PEFCGGC's són eminentment femenines, mentre que les dutes a terme a l'aire lliure, i en especial les de petanca, mostren una clara tendència a la integració masculina. La mateixa tendència a la masculinitat mostren els

usuaris sotmesos a estimulació psicomotriu en centres residencials, hospital de dia i centre de dia.

Taula 58. Anàlisi de les diferències entre tipus de pràctica i gènere. S'ha analitzat  $\chi^2$  en la taula de contingència.

Tipus activitat		Sexe enquestat		Total
		Home	Dona	
Gimnàstica	Recompte	258	1660	1918
	Residus corregits	-9,7	9,7	
Caminades	Recompte	20	55	75
	Residus corregits	2,5	-2,5	
Tai txi	Recompte	6	34	40
	Residus corregits	-,2	,2	
Petanca	Recompte	54	23	77
	Residus corregits	13,0	-13,0	
Estimulació psicomotriu	Recompte	20	61	81
	Residus corregits	2,1	-2,1	
Total	Recompte	358	1833	2191

Per a  $p < .005$  s'han trobat valors significatius, del 0,000. Taula A.34. annexos.

#### 5.4.2.2.- Tipus de pràctica esportiva i edat

Els resultats reflectits a la taula número 59 ens mostren que els usuaris institucionalitzats són els que mostren una mitjana d'edat més alta respecte la resta de pràctiques.

Els practicants a l'aire lliure, de petanca (68,22) i de caminades (69,99) són els més joves de la mostra. L'anàlisi estadístic de comparacions múltiples confirma aquestes dades ja que ens indica que els practicants de petanca tendeixen a tenir una edat més jove que els practicants dels PEFCGGC's com gimnàstica i tai-txí.



Per la seva banda, els institucionalitzats són els que tenen les edats més grans respecte els demés tipus de pràctiques.

Taula 59. Descriptius corresponents a l'anàlisi del tipus de pràctica esportiva i edat. S'ha aplicat l'ANOVA d'un factor.

Edat	N	Mitjana	Desv. Típica	Error típic	Int. confiança mitjana 95%		Mín.	Màx.
					Límit inf.	Límit sup.		
Gimnàstica	1920	<b>70,40</b>	5,798	,132	70,14	70,66	60	97
Caminades	75	<b>69,99</b>	7,455	,861	68,27	71,70	60	88
Tai- txi	40	<b>72,98</b>	5,151	,815	71,33	74,62	61	86
Petanca	77	<b>68,22</b>	5,462	,622	66,98	69,46	60	79
E. Psicomotriu	81	<b>77,94</b>	7,272	,808	76,33	79,55	63	95
Total	2193	<b>70,64</b>	6,089	,130	70,38	70,89	60	97

Per a  $p < 0.005$ , s'han trobat valors significatius, del 0,000. Taules A.35. i A.36. annexos.

#### 5.4.2.3.- Tipus de pràctica esportiva i estat civil

La taula número 60 ens indica que el 60,2% dels practicants han contestat que estan casats. No obstant, aquesta constant no és la mateixa en funció del tipus d'activitat practicada.

La taula número 61 de comparacions múltiples ens indica que la gimnàstica tendeix a tenir entre els seus usuaris un menor nombre de solters/es i major de casats. Per la seva banda, les persones que practiquen caminades tendeixen a tenir un major percentatge de vidus/es. Els practicants de petanca tendeixen a estar casats també.

Les persones que practiquen tai- txí tendeixen a tenir un major percentatge de solters, mentre que els practicants de petanca solen estar casats. Els institucionalitzats, per la seva banda, tendeixen a tenir un major percentatge de vidus/es o solters/es.

Taula 60. Distribució de freqüències i percentatge del tipus de pràctica esportiva respecte l'estat civil.

Tipus activitat	Estat civil					Total
	Solter/a	Casat/a	En parella	Separat/a Divorciat/a	Vidu/a	Solter/a
Gimnàstica	76	1178	50	44	564	1912
	4,0%	61,6%	2,6%	2,3%	29,5%	100,0%
Caminades	5	23	2	1	44	75
	6,7%	30,7%	2,7%	1,3%	58,7%	100,0%
Tai xxi	5	19	0	0	15	39
	12,8%	48,7%	,0%	,0%	38,5%	100,0%
Petanca	1	65	2	2	7	77
	1,3%	84,4%	2,6%	2,6%	9,1%	100,0%
Est. Psicomotriu	10	30	0	2	39	81
	12,3%	37,0%	,0%	2,5%	48,1%	100,0%
Total	97	1315	54	49	669	2184
	4,4%	60,2%	2,5%	2,2%	30,6%	100,0%

Taula 61. Anàlisi del tipus d'activitat esportiva i estat civil. S'ha analitzat  $\chi^2$  en la taula de contingència.

Tipus activitat		Estat Civil					Total
		Solter/a	Casat/a	En parella	Separat/ Divorciat	Vidu/a	
Gimnàstica	Recompte	76	1178	50	44	564	1912
	Residus corregits	-2,8	3,5	1,1	,5	-3,0	
Caminades	Recompte	5	23	2	1	44	75
	Residus corregits	1,0	-5,3	,1	-,5	5,4	
Tai xxi	Recompte	5	19	0	0	15	39
	Residus corregits	2,6	-1,5	-1,0	-1,0	1,1	
Petanca	Recompte	1	65	2	2	7	77
	Residus corregits	-1,4	4,4	,1	,2	-4,2	
Est. Psicm.	Recompte	10	30	0	2	39	81
	Residus corregits	3,5	-4,3	-1,5	,1	3,5	
Total	Recompte	97	1315	54	49	669	2184

Per a  $p < .005$  s'han trobat valors significatius, del 0,000. Taula A.37. annexos.

#### 5.4.2.4.- Tipus de pràctica esportiva i nivell econòmic percebut

L'anàlisi de comparacions múltiples reflectit a la taula número 62 ens indica que els usuaris que fan gimnàstica declaren tenir un nivell econòmic percebut normal de forma significativament majoritària. La mateixa tendència mostren els que practiquen caminades.

Per la seva banda, les persones que practiquen estimulació psicomotriu tendeixen a mantenir els dos extrems possibles: un estat econòmic alt o bé un estat econòmic baix. Similar tendència es mostra en les persones que practiquen petanca.

Taula 62. Anàlisi de les diferències entre tipus d'activitat esportiva i nivell econòmic percebut. S'ha analitzat  $\chi^2$  en la taula de contingència.

Tipus activitat		Nivell econòmic percebut			Total
		Nivell alt	Nivell normal	Nivell baix	
Gimnàstica	Recompte	183	1225	480	1888
	Residus corregits	-2,8	4,7	-3,2	
Caminades	Recompte	1	60	14	75
	Residus corregits	-2,6	3,1	-1,6	
Tai txi	Recompte	6	19	14	39
	Residus corregits	1,0	-1,9	1,3	
Petanca	Recompte	13	31	33	77
	Residus corregits	1,9	-4,2	3,3	
Estimulació psicomotriu	Recompte	20	20	30	70
	Residus corregits	5,1	-6,1	3,1	
Total	Recompte	223	1355	571	2149

Per a  $p < .005$  s'han trobat valors significatius, del 0,000. Taula A.38. annexos.

### 5.4.3.- Temps de pràctica esportiva

S'han analitzat les diferents variables socials i demogràfiques utilitzades en el nostre qüestionari que puguin ser susceptibles d'utilització informativa amb el temps de pràctica esportiva i s'han obtingut els resultats més destacats referents a gènere i edat, que a continuació es concreten en comentaris específics.

#### 5.4.3.1.- Temps de pràctica esportiva i gènere

L'anàlisi de comparacions múltiples de la taula número 63 ens indica que els esportistes més veterans, els que practiquen fa més de 10 anys, tendeixen a ser homes, mentre que les dones tendeixen a ser practicants de nova incorporació.

Taula 63. Anàlisi del temps de pràctica i gènere dels usuaris analitzats. S'ha analitzat  $\chi^2$  en la taula de contingència. La variable temps de pràctica es presenta agrupada.

Temps de pràctica		Gènere		Total
		Home	Dona	
0 a 2 anys	Recompte	53	321	374
	Percentatge	22,1%	28,5%	27,3%
	Residus corregits	<b>-2,0</b>	<b>2,0</b>	
3 a 5 anys	Recompte	51	292	343
	Percentatge	21,3%	25,9%	25,1%
	Residus corregits	-1,5	1,5	
6 a 10 anys	Recompte	54	270	324
	Percentatge	22,5%	23,9%	23,7%
	Residus corregits	-,5	,5	
Més de 10 anys	Recompte	82	245	327
	Percentatge	34,2%	21,7%	23,9%
	Residus corregits	<b>4,1</b>	<b>-4,1</b>	
Total	Recompte	240	1128	1368
	Percentatge	100,0%	100,0%	100,0%

Per a  $p < .005$  s'han trobat valors significatius, del 0,001. Taula A.39. annexos.

### 5.4.3.2.- Temps de pràctica esportiva i edat

L'anàlisi de les mitjanes per trams d'edat reflectides en la taula número 64 ens mostra clarament que els usuaris grans que porten menys temps practicant la modalitat esportiva analitzada són els més joves d'edat.

L'anàlisi de comparacions múltiples extret de la relació d'aquestes dues variables ens indica que hi ha una relació positiva entre els participants més veterans i els més vells i a la inversa, entre els que fa menys temps que practiquen i els més joves.

Taula 64. Descriptius corresponents a l'anàlisi del tipus de pràctica esportiva i edat. La variable temps de pràctica es presenta agrupada. S'ha aplicat l'ANOVA d'un factor.

Temps de pràctica	N	Mitjana	Desv. Típica	Error típic	Interval de confiança per a mitjana al 95%		Mín	Màx
					Límit inf.	Límit sup.		
0 a 2 anys	374	<b>69,78</b>	6,712	,347	69,10	70,47	60	92
3 a 5 anys	343	<b>70,38</b>	5,463	,295	69,80	70,97	60	88
6 a 10 anys	324	<b>71,61</b>	5,302	,295	71,03	72,19	60	88
Més de 10 anys	327	<b>72,11</b>	6,381	,353	71,42	72,80	60	97
Total	1368	<b>70,92</b>	6,082	,164	70,60	71,25	60	97

Per a  $p < 0.005$ , s'han trobat valors significatius, del 0,000. Taules A.40. i A.41. annexos.

### 5.4.4.- Forma de desplaçament

S'han analitzat les diferents variables socials i demogràfiques utilitzades en el nostre qüestionari que puguin ser susceptibles d'utilització informativa amb la forma de desplaçament i s'han obtingut els resultats més destacats referents a nivell d'estudis percebut i nivell econòmic percebut. S'han exclòs els caminants i els institucionalitzats.

#### 5.4.4.1.- Forma de desplaçament i nivell d'estudis percebut

L'anàlisi de comparacions múltiples de la taula número 65, ens indica que els que van caminant tenen un nivell d'estudis percebut baix. En canvi, les persones que utilitzen d'altres formes de transport tendeixen a tenir una percepció del seu nivell d'estudis superior.

Taula 65. Anàlisi de la forma de desplaçament i nivell d'estudis percebut. S'ha analitzat  $\chi^2$  en la taula de contingència.

Nivell d'estudis percebut agrupat		Forma desplaçament		Total
		Camina	Altres	
Nivell estudis baix	Recòmpte	1384	278	1662
	Residus corregits	2,5	-2,5	
Nivell estudis alt	Recòmpte	214	64	278
	Residus corregits	-2,5	2,5	
Total	Recòmpte	1598	342	1940

Per a  $p < .005$  s'han trobat valors significatius, del 0,011. Taula A.42. annexos.

#### 5.4.4.2.- Forma de desplaçament i nivell econòmic percebut

L'anàlisi de comparacions múltiples reflectit en la taula 66 indica que els que utilitzen altres formes de desplaçament solen tenir un nivell econòmic percebut alt, respecte els de nivell econòmic baix. Les persones que caminen solen tenir un nivell econòmic que consideren normal, respecte els de nivell econòmic alt.

Taula 66. Anàlisi de la forma de desplaçament i nivell econòmic percebut. S'ha analitzat  $\chi^2$  en la taula de contingència.

Nivell econòmic percebut agrupat		Forma desplaçament		Total
		Camina	Altres	
Nivell alt	Recòmpte	140	66	206
	Residus corregits	-5,6	5,6	
Nivell normal	Recòmpte	1036	194	1230
	Residus corregits	3,2	-3,2	
Nivell baix	Recòmpte	418	87	505
	Residus corregits	,4	-,4	
Total	Recòmpte	1594	347	1941

Per a  $p < .005$  s'han trobat valors significatius, del 0,000. Taula A.43. annexos.

#### 5.4.5.- Temps de desplaçament

S'han analitzat les diferents variables socials i demogràfiques utilitzades en el nostre qüestionari que puguin ser susceptibles d'utilització informativa amb el temps de desplaçament i s'han obtingut els resultats més destacats referents a edat i nivell econòmic. S'han exclòs els caminants i els fràgils.

##### 5.4.5.1.- Temps de desplaçament i edat

Per a la verificació de les diferències entre temps de desplaçament i edat, s'ha aplicat el *Coefficient de Correlació de Pearson* i s'han trobat valors significatius de 0,67, per a un nivell de confiança del 0,95 (taula A.44 annexos). Podem afirmar que hi ha una correlació positiva entre edat i temps de desplaçament.

##### 5.4.5.2.- Temps de desplaçament i nivell econòmic percebut

Les persones amb un nivell econòmic més alt mostren la mitjana de desplaçament més alta, amb 12 minuts. El desplaçament més curt correspon als usuaris amb un nivell econòmic més baix, tal i com es mostra a la taula número 67.

Taula 67. Descriptius corresponents a l'anàlisi del temps de desplaçament i nivell econòmic percebut. La variable nivell econòmic es presenta agrupada.

Nivell econòmic agrupat	N	Mitjana	Desv. Típica	Error típic	Interval de confiança per a mitjana al 95%		Mín.	Màx.
					Limit inf.	Limit sup.		
Nivell alt	199	16,05	12,011	,851	14,37	17,72	1	60
Nivell normal	1198	12,92	9,097	,263	12,41	13,44	0	**
Nivell baix	495	14,29	11,011	,495	13,32	15,27	0	**
Total	1892	13,61	10,011	,230	13,16	14,06	0	**

Per a  $p < 0,005$ , s'han trobat valors significatius, del 0,000. Taules A.45. i A.46. annexos.

## 6.- DISCUSSIÓ

El elemento esencial del yo parece ser el *estado afectivo*: cuando estamos dominados por un afecto es cuando tomamos conciencia de nosotros mismos con mayor agudeza, cuando nos percibimos a nosotros mismos con mayor intensidad. Por ello no es improbable pensar que la conciencia originaria surgió durante un afecto.

Jung, C. G. *Los complejos y el inconsciente*, 1994.



*Després d'uns aclariments necessaris des d'un punt de vista metodològic, es procedeix a analitzar cadascun dels resultats obtinguts en funció de les quatre hipòtesis plantejades.*

6.1.- Consideracions metodològiques	265
6.2.- QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's respecte la població catalana	270
6.3.- QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's respecte altres practicants	287
6.4.- QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's respecte les característiques socials i demogràfiques	294
6.5.- Perfil dels esportistes analitzats	307

## 6.1.- Consideracions metodològiques

Abans de discutir els resultats obtinguts durant la recerca pensem que cal comentar alguns aspectes que han pogut condicionar la seva interpretació des d'un punt de vista metodològic.

### 6.1.1.- Caràcter bidireccional dels estudis transversals

Les dades obtingudes en estudis transversals com el present ens permeten trobar associacions entre els resultats de diferents variables, però no podem deduir relacions de causalitat entre els factors analitzats. Cal tenir en compte aquesta diferència perquè la interpretació dels nostres resultats des d'una perspectiva causalista podria portar-nos a conclusions totalment diferents, fins i tot contradictòries.

Ja hem vist en els resultats obtinguts, que existeix una QVRS superior entre les persones que practiquen exercici físic respecte les persones sedentàries de Catalunya representades per la mostra de l'ESCA'02. És una temptació concloure que es dona aquesta relació perquè l'exercici físic millora l'estat físic i per tant la salut de les persones. Aquí la causa de la millor QVRS entre els usuaris dels PEFCGGC's és la pràctica de l'exercici físic. El paper de l'exercici físic en aquest cas és *integrador* ja que permet que les persones s'adaptin millor a les seves condicions de vida facilitant que el procés d'envelliment es desenvolupi en millors condicions de salut.

Però també podríem argumentar que a mesura que les persones grans entren en una dinàmica física involutiva i per tant amb problemes de salut, van abandonant progressivament la pràctica física. Aquí l'exercici físic no funciona com una causa, sinó com un efecte. La QVRS és el factor causant i per tant condicionant de que les persones grans deixin de fer exercici físic a mida que les seves possibilitats físiques i cognitives van entrant en un procés involutiu

vinculat al pas dels anys. L'exercici físic es comportaria aquí com un instrument de filtre, de forma que només el practicarien els que es troben en un estat físic més eficient. Des d'aquesta perspectiva, l'exercici seria un *element selectiu de pràctica* on el continuarien duent a terme només les persones més adaptades, amb més possibilitats motrius.

Ambdues conclusions en el nostre cas són plausibles. Ens permeten interpretar la QVRS i l'exercici físic com causa o efecte; com variable dependent o independent, de forma alternativa entre ells. De fet, en la gestió de programes dirigits a gent gran ambdós possibilitats es donen en funció de diferents circumstàncies. Quan comença un grup de gent gran d'activitat física dirigit per un professional des de la gestió dels PEFCGGC's, en la fase de familiarització, es comprova com les condicions físiques dels components milloren de forma evident durant els primers mesos de pràctica. Aquesta situació de millora es progressivament més lenta a partir de la fase de consolidació del programa i a mesura que van passant els anys, entrats en la fase d'estabilització, s'accentua la pèrdua per les condicions de disminució física que apareixen en els usuaris producte del procés normal d'envelliment.

A partir dels deu anys aproximadament, els grups solen tenir un procés de renovació important. Deixen d'assistir usuaris que hi havien format part des del seu origen perquè les condicions físiques ja no els hi permeten un desplaçament còmode o bé perquè el nivell d'exigència física de les classes queda fora de les seves possibilitats motrius. Aquesta situació s'accentua si la distància de desplaçament és important i compromet la seva capacitat física.

El mateix plantejament metodològic es pot fer amb altres conceptes derivats de la recerca social. Per exemple, un dels missatges que volem transmetre és que considerem al sedentarisme com un *factor de risc* respecte la salut percebuda. El concepte "*factor de risc*" sol utilitzar-se de forma vaga i confusa. El seu significat té connotacions que inclou de vegades una associació estadística

entre dues variables analitzades i d'altres una relació causal entre elles (García, 1998).

En definitiva, el que ha de quedar clar és que aquest estudi és eminentment descriptiu i els resultats obtinguts serveixen per a trobar relacions. Les variables QVRS i exercici físic es poden interpretar de forma bidireccional, i per tant cal que altres estudis interpretin i corroborin des d'una perspectiva longitudinal les dades obtingudes en el nostre.

### **6.1.2.- Mesura de la QVRS entre els professionals de l'educació física**

Durant el darrer quart del segle anterior, la ciència esportiva fa esforços importants per a millorar la salut incidint directament en el manteniment de la condició física. Es duen a terme treballs d'acondicionament físic centrats en la millora o manteniment de la força, la flexibilitat, la resistència i composició corporal. És el moment de l'aparició dels primers documents de consens professional, dels documents de prescripció i valoració de l'exercici físic com *l'American College Sports Medicine*, fruit de la necessitat de trobar pautes d'incidència comunes en els diferents tipus d'usuaris dels centres de *fitness* que volen millorar la seva salut. Apareixen també els estudis i instruments d'avaluació de les condicions físiques dirigits a la població adulta i a poblacions específiques com els nens, les dones en estat gestacional o la gent gran.

El discurs de l'acondicionament físic actual s'està modificant sota un plantejament més globalitzador i ecològic, molt vinculat a l'aparició del terme anglo saxó del *wellness*. Comprèn altres aspectes que afecten a la salut integral de la persona que no estan relacionats directament amb l'activitat física, sinó amb el benestar en general. Inclou la condició física, però també posa èmfasi en aspectes relacionats amb els hàbits de salut de les persones amb la qual cosa engloba bona alimentació, ambient saludable, salut psíquica, control del

consum de substàncies tòxiques per a l'organisme, control de l'estrès, seguretat, satisfacció sexual,...

Aquesta visió està en coherència amb el fet que una actitud positiva vers la vida, proporciona una major felicitat durant l'envelliment que la salut entesa des d'una perspectiva unilateral.

És per aquest motiu que pensem que és interessant incorporar mesures avaluatives més globals que permetin discriminar el seu nivell de salut des d'una perspectiva integral. És necessari incorporar no només instruments de valoració de la condició física amb valors fisiològics objectivament mesurables, sinó d'altres eines que ens permetin detectar els nivells de salut percebuda de la nostra població d'influència. La mesura de la QVRS pot aportar elements interessants a aquesta nova visió holística de la salut.

### **6.1.3.- Conveniència de l'instrument d'anàlisi utilitzat**

L'anterior punt ens porta a reflexionar sobre les característiques més adequades, des d'un punt de vista metodològic, que han de tenir els instruments de mesura de la QVRS que s'apliquin als usuaris dels programes d'activitat física dirigida a gent gran.

En l'apartat metodològic hem destacat les raons per les quals s'ha cregut oportú utilitzar com eina de mesura l'EQ-5D. Hem vist que és un instrument genèric àmpliament validat en la població catalana i espanyola en general, que és senzill d'entendre, i que permet l'autoadministració o bé l'administració de manera simultània a varies persones.

La utilització o no d'un instrument de mesura ha d'estar supeditada als objectius de la nostra recerca. L'EQ-5D s'ha adequat en aquest cas de forma correcta a les necessitats i limitacions de les condicions de la nostra. S'ha tractat

d'aconseguir una mostra molt àmplia d'usuaris que practiquen activitat física en diferents tipus d'instal·lacions d'arreu de Catalunya, on la major part dels enquestats s'han estructurat en subgrups de 20 o 30 persones que han pogut comptar amb el suport del seu monitor per a poder contestar els ítems del qüestionari. L'EQ-5D s'adapta perfectament als estudis que prioritzen l'*extensió* de la informació.

En altres tipus d'estudis, com per exemple els de tipus longitudinal, on es vulgui conèixer amb una major profunditat aspectes vinculats a la salut de les persones practicants, la mostra haurà de ser més reduïda, i per tant es prioritzarà la *intensitat* d'informació. En aquests casos, els qüestionaris no caldrà que siguin autoadministrats, i per tant, des del nostre punt de vista, poden utilitzar-se instruments que tinguin una major capacitat de discriminació entre els usuaris i permetin reduir limitacions metodològiques com l'*efecte sostre*. Entre ells, adaptats a la realitat de la població catalana, trobem el Perfil de Salut de Nottingham, el *WHOQOL* o l'*SF-36*.

#### **6.1.4. Conveniència de la forma d'administració de l'instrument d'anàlisi**

Hem vist a l'apartat 4.2.2. que la forma d'administració de l'instrument de mesura ha estat mixta. Per als grups liderats pel monitor l'administració per supervisió, concentrant a les persones en grups naturals. Per als grups que han realitzat activitats a l'aire lliure i els grups institucionalitzats, el qüestionari ha estat administrat directament per un enquestador. Aquest fet ha produït un percentatge d'errors molt baix respecte el sistema d'administració per supervisió, el que l'hi ha donat una major fiabilitat, en sintonia al que els estudis de disseny de qüestionaris ens han informat (Guyatt et al., 1993).

Ja hem dit en l'apartat anterior que en els grups institucionalitzats, per a contestar les dimensions del SD s'ha utilitzat el sistema de resposta delegada si l'enquestat no tenia possibilitats cognitives d'entendre la pregunta. L'EVA ha

estat contestada mitjançant el recolzament del monitor que ha fet funcions d'entrevistador directe. Quan l'usuari es trobava en situació d'incapacitat cognitiva, es va optar per no complimentar aquest apartat pel seu alt component subjectiu.

Alguns investigadors prefereixen no aplicar aquest qüestionari en cas de poblacions institucionalitzades amb problemes cognitius (Azpiazu Garrido, et al., 2002) ja que la única manera de fer-ho és mitjançant el sistema de delegació en un cuidador o monitor que tingui contacte permanent amb el pacient, i aquestes dades poden resultar esbiaixades respecte el mètode de resposta de la persona afectada directament. Tot i ser conscients d'aquest problema metodològic, hem optat per l'opció de resposta delegada ja que hem considerat que era la única manera de poder comparar amb aquest tipus de població les dades de les altres persones grans.

## **6.2.- QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's respecte la població catalana**

Donat que l'exercici físic és una conducta inclosa dintre del que podríem denominar estils de vida saludables, hem verificat si les persones de 60 o més anys no institucionalitzades que practiquen dintre d'un programa esportiu regular com els PEFCGGC's (que duen a terme gimnàstica de manteniment i tai- txí) tenen una millor QVRS respecte les persones sedentàries enquestades a l'ESCA'02. S'han afegit en aquest apartat per a complementar la informació, els subjectes dels subgrups de l'ESCA'02 qualificats com actius i moderadament actius també.

## 6.2.1.- Anàlisi de l'EVA

### 6.2.1.1.- Gènere

Els usuaris que practiquen exercici físic en els PEFCGGC's presenten valoracions subjectives (70,70) respecte el seu estat de salut detectat en l'EVA superiors a les del col·lectiu de gent gran sedentària de l'ESCA'02 (58,10), tal i com es contempla a la figura número 16. Aquestes puntuacions diferencials es mantenen si analitzem la distribució en funció del gènere femení (69,98 i 55,15 respectivament) i masculí (75,12 i 61,94 respectivament). Per tant, des de la perspectiva de l'EVA podem afirmar que les persones que practiquen activitat física en els PEFCGGC's mantenen una diferència significativa en quant a la percepció de la seva salut subjectivament millor que les que tenen la població sedentària de Catalunya del seu mateix grup d'edat.

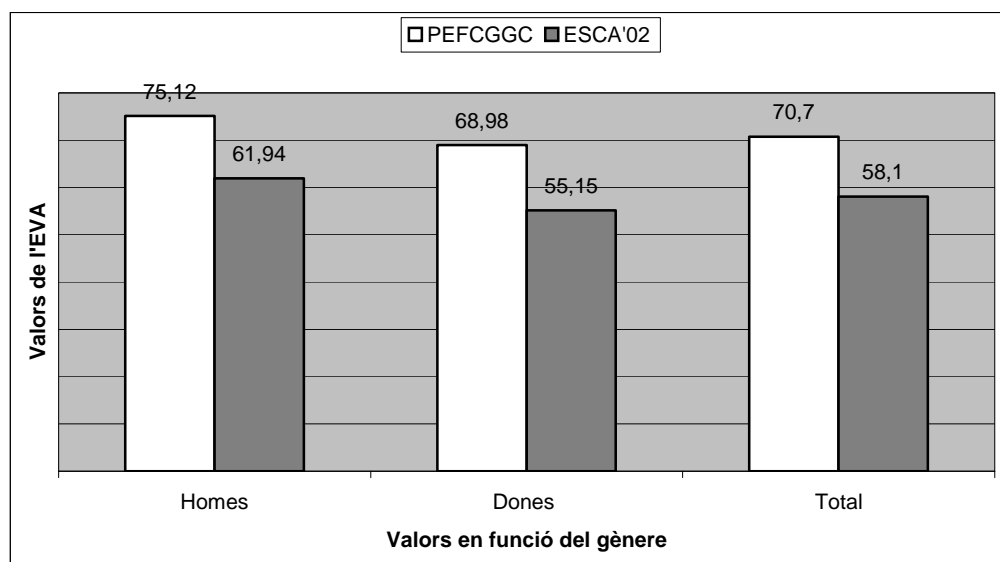


Figura 16. Relació de valors de l'EVA entre els sedentaris de l'ESCA'02 i els usuaris dels PEFCGGC's.

Altres estudis que han treballat amb el mateix instrument de mesura que el nostre indiquen que la valoració corresponent a 70 o més implica un bon estat de salut (Azpiazu Garrido, et al., 2002). En el nostre cas tenim que la mitjana



obtinguda als PEFCGGC's està per sobre del 70. En funció del gènere, la mitjana corresponent als usuaris masculins, està sensiblement per sobre (75,12), mentre que la mitjana femenina dels majors de 60 anys hi frega (68,98). D'altra banda, la mitjana del valor dels sedentaris de l'ESCA'02 es troba situada per sota dels 70 (58,1).

Les dades obtingudes per tant, confirmen la primera hipòtesi plantejada i coincideixen amb la major part dels estudis analitzats a la bibliografia internacional corresponent que estudien la relació entre activitat física i QVRS aplicada a la gent gran (Rejeski, et al., 1996; Rejeski & Mihalko, 2001; Stewart, et al. 1993; Laforge, R.G., et al. 1999; Brown, et al., 2003). També coincideixen amb l'únic estudi conegut per l'autor a nivell nacional relacionat amb aquest tema (Guallar Castellón, et al., 2004).

Destacar també que els descriptius obtinguts sobre la desviació típica ens indiquen que els usuaris dels PEFCGGC's obtenen uns valors de dispersió menors que la resta de població sedentària, el que podríem interpretar com que l'activitat física tendeix a fer més compacta i homogènia la percepció de la salut entre els practicants. La dispersió és menor en els homes (15,818 dels usuaris dels PEFCGGC's respecte 18,606 dels sedentaris de l'ESCA'02), que en les dones (17,393 dels usuaris dels PEFCGGC's respecte 19,404 dels sedentaris de l'ESCA'02).

Tot i no ser propi de la nostra tesi, amb la finalitat de tenir un coneixement més acurat de l'espai que ocupa la mostra dels practicants dels PEFCGGC's en una perspectiva global de la població catalana, hem reproduït en aquest apartat de la discussió els resultats de les mitjanes de la mostra dels majors de 60 anys, referent a la variable "física" que és l'agrupació de la variable 112 de l'ESCA'02, tal i com s'especifica a la figura número 17.

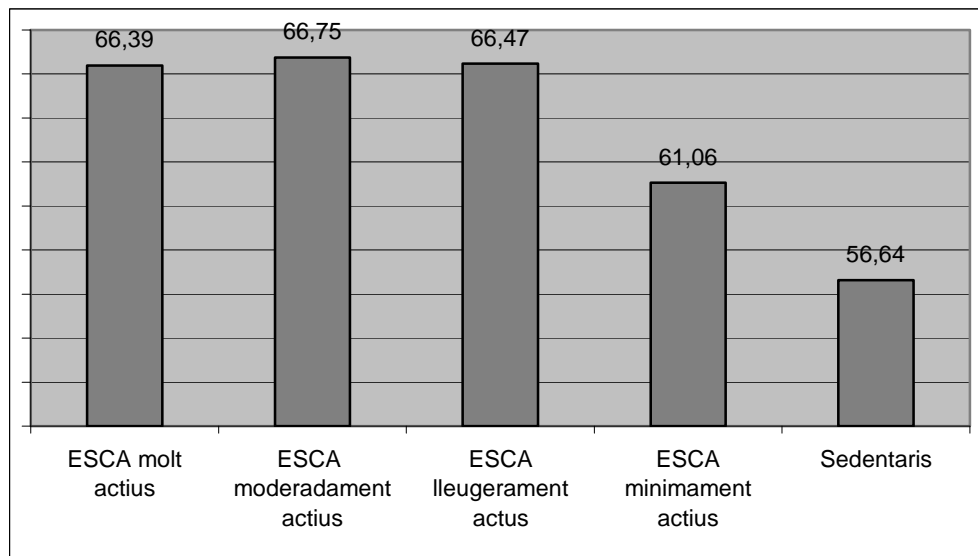


Figura 17. Valors de la mitjana corresponents a l'anàlisi de l'EVA dels components de l'ESCA'02 agrupat segons la variable "física". S'ha aplicat l'ANOVA d'un factor. Per a  $p < 0.005$ , s'han trobat valors significatius, del 0,000.

Els valors resultants de la mitjana dels PEFCGGC's és superior a la de la resta de subgrups de l'ESCA'02. Es podria establir una escala de puntuacions entre els enquestats a l'ESCA'02 i els usuaris dels PEFCGGC's, on veiem que els barems més alts els posseeixen aquests darrers (70,70).

#### 6.2.1.2.- Edat

Un altre aspecte a tenir en compte en l'anàlisi de l'EVA respecte els usuaris dels PEFCGGC's i els enquestats de l'ESCA'02, és la seva dimensió etària. En la figura número 18 que s'adjunta s'observen dos aspectes interessants per al nostre anàlisi.

En primer lloc, els resultats ens indiquen que en els dos casos, tant en els usuaris dels PEFCGGC's com els enquestats de l'ESCA'02, existeix una tendència inversament proporcional entre l'edat i les puntuacions mostrades a l'EVA. Des d'una perspectiva biologicista, aquestes dades estan en coherència amb la corva involutiva de les capacitats físiques i de salut de la major part dels estudis epidemiològics de referència.

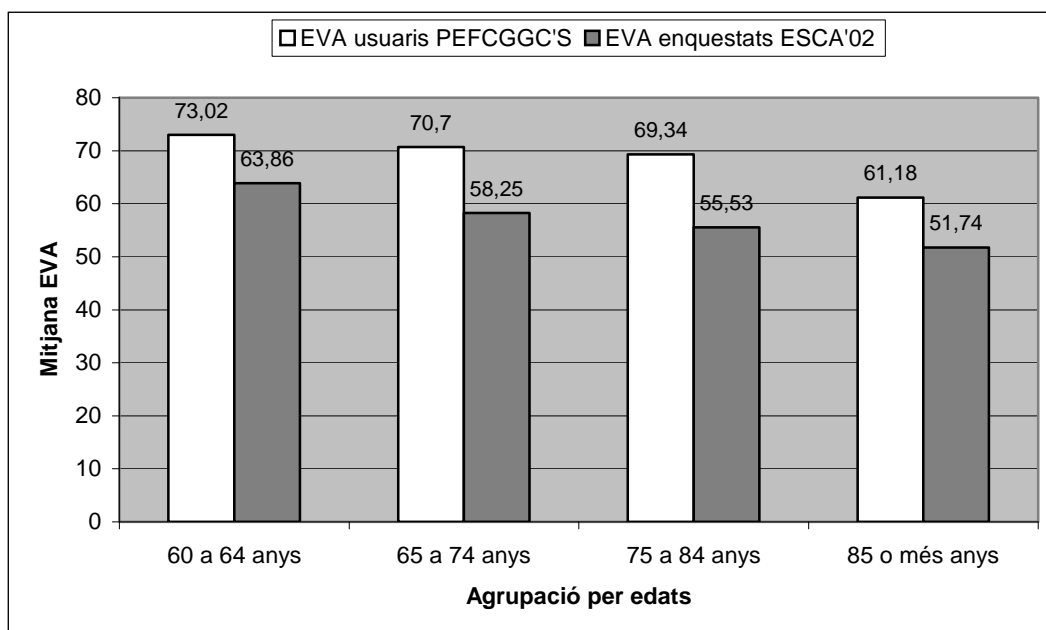


Figura 18. Anàlisi de mitjanes de l'EVA dels usuaris dels PEFCGGC's i dels enquestats de l'ESCA'02 en funció de la variable edat (agrupada).

D'altra banda, s'observa que les persones que practiquen exercici físic tenen unes puntuacions de mitjana més altes que les persones sedentàries de l'ESCA'02, el que ens permet confirmar la primera hipòtesi en pràcticament totes les franges d'edat, respecte els usuaris dels PEFCGGC's.

## 6.2.2.- Anàlisi del SD

### 6.2.2.1.- Gènere

Hem vist en l'apartat corresponent als resultats, com eren els usuaris i usuàries dels PEFCGGC's els que mostraven els menors percentatges de problemes corresponents a les tres primeres dimensions de caràcter més físic, *mobilitat*, *cura personal* i *activitats quotidianes*. Els percentatges de problemes entre les dimensions amb un component més cognitiu com *dolor/malestar* i

*ansietat/depressió*, s'equilibren tant en els homes com les dones sedentàries de l'ESCA'02 i els usuaris i usuàries dels PEFCGGC's.

Aquests resultats no són només propis de la nostra recerca. Tampoc en la distribució de les diferents dimensions del SD de l'ESCA'02 en funció dels diferents nivells de pràctica física, reflectits en la variable "*física*", s'identifica una tendència clara de les dos dimensions de caràcter més cognitiu. En el cas dels homes, per exemple, contrasta l'alt percentatge de problemes en la dimensió *dolor/malestar* dels molt actius, similar al dels sedentaris, com es pot veure a la figura número 19.

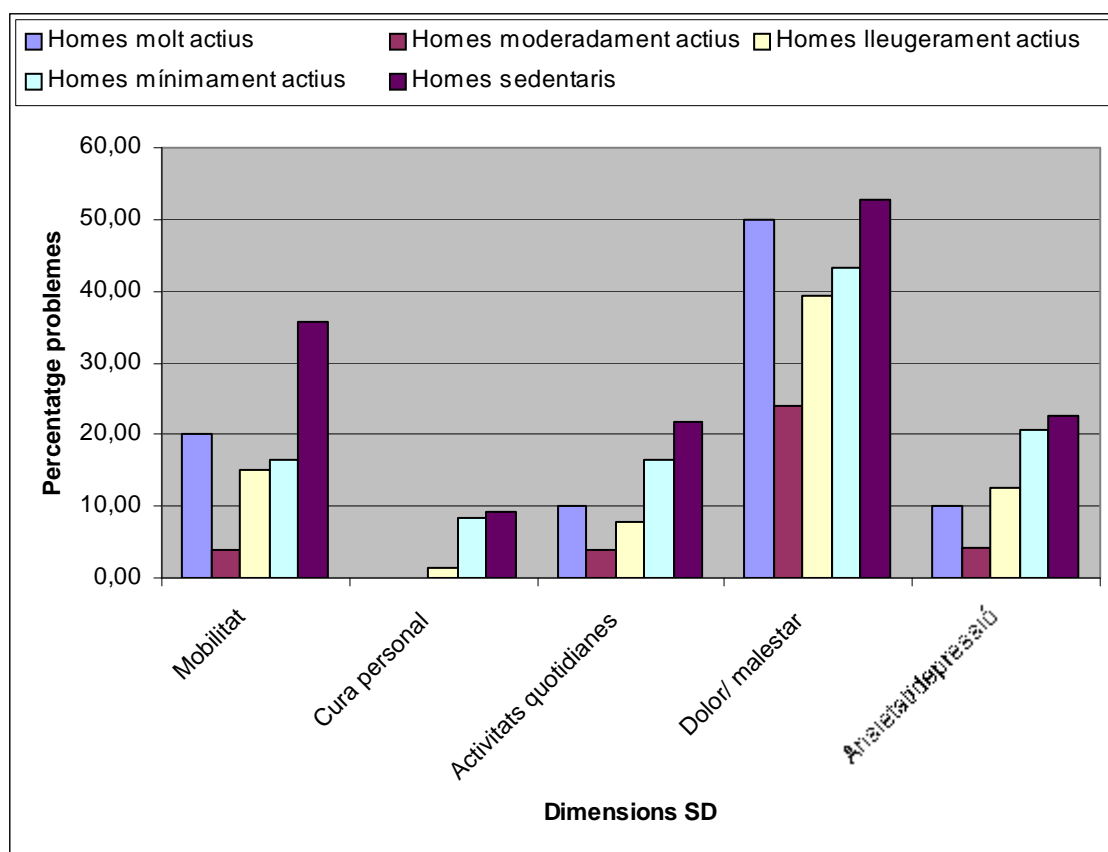


Figura 19. Percentatge de problemes de les dimensions del SD dels homes components de l'ESCA'02 agrupats segons la variable "*física*".

I en el cas de les dones, són les moderadament actives, les que mostren un percentatge de problemes més alt en la dimensió *ansietat/depressió* tal i com es demostra a la figura número 20.

Cal tenir en compte que la literatura científica relaciona de manera generalitzada la pràctica esportiva amb la millora de totes les dimensions de la persona i del seu benestar en general. En el cas de la dimensió *ansietat/depressió*, els estudis indiquen que la pràctica d'exercici físic està associada amb una disminució de l'ansietat (Psychountaki & Zervas, 1993). De manera específica, existeix una correlació inversa entre realització d'activitat física i nivells d'ansietat. En concret, Brown et al., (2005), suggereixen que hi ha una clara relació entre l'increment d'activitat física i decrement dels símptomes depressius en les dones de mitjana edat analitzades, independentment de la preexistència del nivell de salut físic i psicològic.

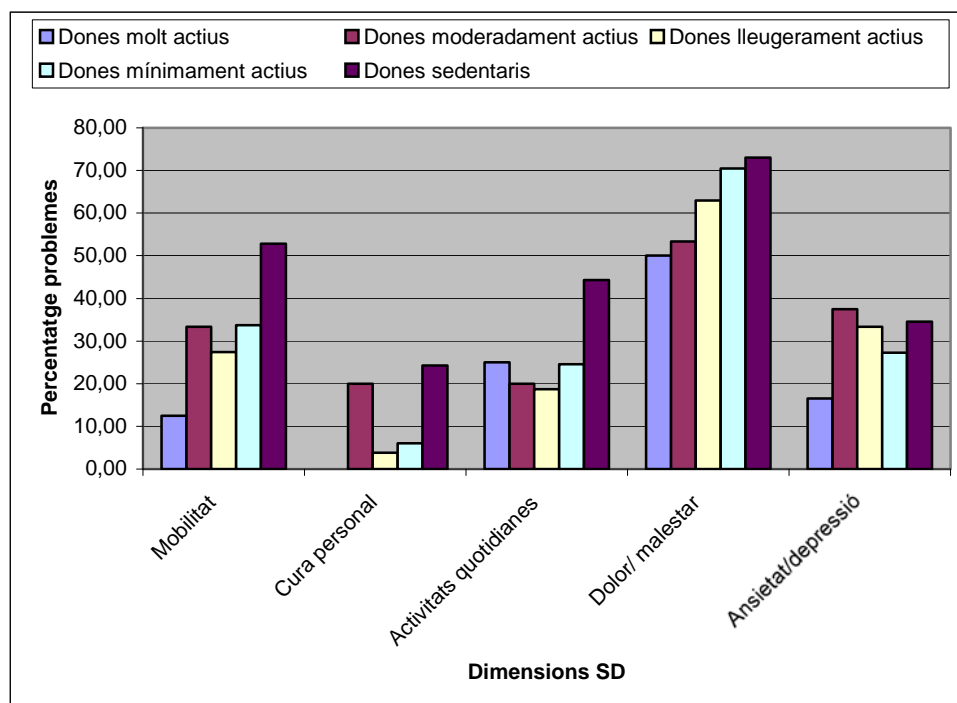


Figura 20. Percentatge de problemes de les dimensions del SD de les dones components de l'ESCA'02 agrupats segons la variable "física".

D'altra banda cal remarcar que no sempre són detectades relacions positives entre el nivell de pràctica física i millora de la QVRS, en totes les seves dimensions. Rejeski, et al. (1996) troben que en aquelles àrees en les quals una persona gran té un mateix nivell funcional o superior que el d'un adult jove normal, l'impacte de l'exercici és menys important i als instruments de mesura els costa més detectar els canvis ("ceilling efect"). És aquest un fet que s'accentua quan la variable és binària, com és el nostre cas.

Es per aquest motiu, que hem analitzat els tres nivells de resposta de les dimensions del SD com es reflecteix a la figura número 21. Es a dir, sense agrupar les possibilitats de resposta, el gràfic ens mostra com el tercer nivell, el corresponent a l'estat més deficient, és clarament menor en percentatges en les persones que practiquen activitat física comunitària, tant en les dimensions més físiques, com en les dimensions relacionades amb *dolor/malestar* i *ansietat/depressió*.

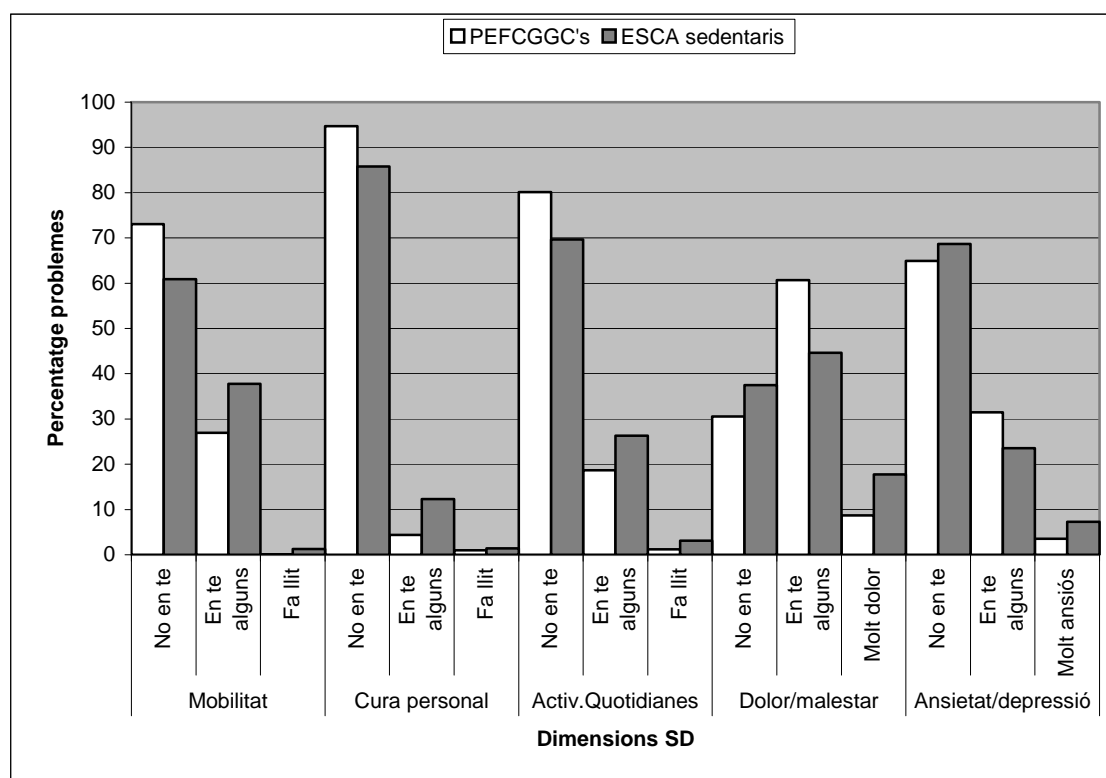


Figura 21. Distribució per categories del SD sense agrupar.

Ja hem dit que al cercar estudis sobre activitat física i gent gran de referència per poder contrastar els nostres resultats, l'únic conegut a Espanya que examina la relació entre l'activitat física en general i la QVRS en la població de 60 anys i més d'edat, coincideix amb les nostres dades de manera parcial. Guallar Castellón, et al., han utilitzat com instrument de mesura l'SF-36 (2004). En aquest estudi s'obtenen resultats similars als observats en el nostre anàlisi en la dimensió de dolor corporal dels homes. Aquí l'activitat física lleugera (practicada de manera esporàdica i puntual) es relaciona amb una reducció del dolor corporal en ambdós sexes, que en canvi no es veu reflectit en els homes que fan activitat física moderada i intensa (equivalent a les persones que practiquen de manera permanent amb una freqüència mínima de dos vegades a la setmana, com la que duen a terme els nostres usuaris). No s'han trobat els mateixos resultats en la dimensió equivalent del SF-36 *ansietat/depressió*.

#### **6.2.2.2.- Edat**

L'anàlisi evolutiu de les edats ens mostra una tendència a la disminució del percentatge de problemes en totes les dimensions dels PEFCGGC's respecte els usuaris sedentaris de l'ESCA'02 amb el pas del temps. L'activitat física s'associa doncs, amb un menor percentatge de problemes a edat més avançada de les persones que en practiquen respecte les que no en fan. I és en la gent més gran que practica exercici, on es posen en evidència de manera més clara els beneficis de la pràctica esportiva i la preservació de l'estat de salut, en la majoria de les dimensions específiques. Sense voler entrar en posicionaments causalistes comentats ja en l'apartata metodològic d'aquest capítol, pensem que aquestes dades estan en coherència amb els estudis que destaquen el paper de l'exercici físic com a protector de malalties i potenciador de longevitat.

En aquest sentit destacar que els estudis epidemiològics, detecten com les dificultats per a realitzar AVD (bàsiques i instrumentals) augmenten notablement

amb l'edat. La falta d'exercici podria ser un factor de risc respecte l'aparició de malalties, en especial les de tipus crònic. Així, set de cada cent persones del total de la població espanyola declaren tenir problemes. Però només una de cada cent ho fan entre els joves, dos de cada cent entre els adults, cinc de cada cent entre els adults madurs i a partir d'aquest llindar les tasses es quadrupliquen en el grup dels vells joves o es quintupliquen entre els d'octogenaris (IMSERSO, 2004).

En el nostre cas ja hem dit que aquesta evolució, és diferent en els tipus de dimensions analitzades. Les dimensions físiques (*mobilitat, cura personal i activitats quotidianes*) parteixen d'una diferència petita però favorable en quan a menor percentatge de problemes per part dels PEFCGGC's i es va incrementant progressivament. Només la dimensió *mobilitat* en els homes es presenta com excepció al mostrar un lleuger percentatge de problemes més alt en els usuaris practicants dels PEFCGGC's en la primera part del tram etari.

En canvi les dimensions amb un component cognitiu important (*dolor/malestar i ansietat/depressió*), parteixen als 60 anys amb un major percentatge de problemes per part dels practicants dels PEFCGGC's, i a mesura que passa l'edat no només s'equilibra, sinó que la tendència s'inverteix. La única excepció és el cas de la dimensió *ansietat/depressió* masculina, on el percentatge de problemes ja des del primer tram etari és la corresponent als enquestats de l'ESCA'02.

També la variable gènere ens dóna una altra característica que pensem que és interessant de comentar en clau d'edat. Els homes, a mesura que passa el temps, mostren uns valors en percentatge de problemes molt diferenciats que es posen en evidència sobretot al final del tram etari. Per la seva part, les dones mostren unes diferències molt més equilibrades en quant als valors percentuals entre sedentàries i practicants.



Les dades corresponents a l'evolució dels problemes de les diferents dimensions del SD són coherents, per tant, amb la relació entre usuaris dels PEFCGGC's i enquestats a l'ESCA'02 que es mostra a les valoracions subjectives de l'EVA i comentada en l'apartat anterior. Més endavant es farà un anàlisi de la distribució de la mitjana de l'EVA en funció de tots els tipus de pràctica.

A continuació es fa un tractament específic en funció del gènere de cadascuna de les dimensions del SD.

#### 6.2.2.2.1.- Mobilitat

En el cas dels homes, els practicants en PEFCGGC's mostren un percentatge de problemes superior al corresponent als sedentaris de l'ESCA'02 a l'inici del període estudiat, però posteriorment la proporció s'inverteix de forma cada vegada més extrema tal i com queda reflectit a la figura número 22.

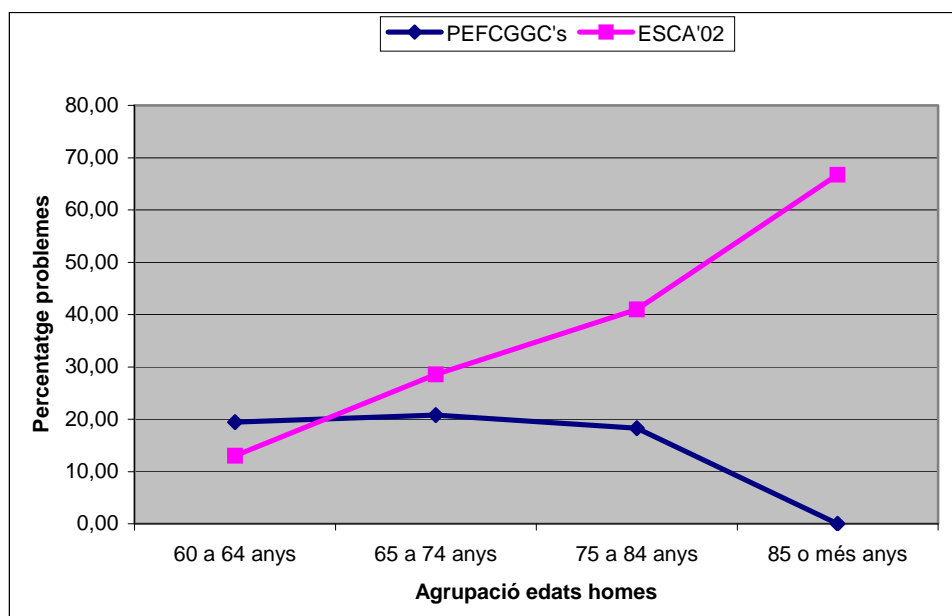


Figura 22. Problemes de la dimensió *mobilitat* dels homes de l'ESCA'02 i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció de l'edat.

En els cas de les dones sedentàries, els problemes de *mobilitat* són superiors en tot el recorregut etari, tot i que les diferències no són tan accentuades com en el cas dels homes al final, tal i com es reflecteix a la figura número 23.

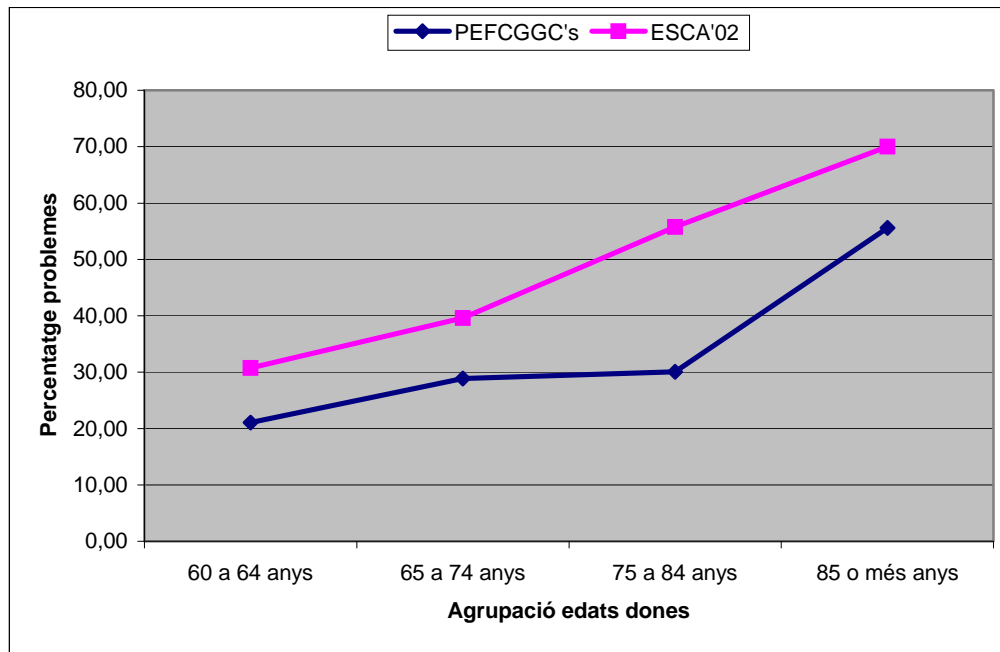


Figura 23. Problemes de la dimensió *mobilitat* de les dones de l'ESCA'2 i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció de l'edat.

#### 6.2.2.2.2.- Cura personal

El comportament en el cas dels homes en aquesta dimensió presenta uns percentatges de problemes similars fins els 74 anys, i a partir dels 75 va apareixent una diferenciació creixent amb el pas de l'edat, superior en el cas dels sedentaris, tal i com es reflecteix a la figura número 24. És molt similar aquest comportament al corresponent a la dimensió mobilitat com ja hem vist.

L'anàlisi de la *cura personal* en funció de l'edat en el cas de les dones ens indica que també aquí els valors de les sedentàries femenines són superiors en percentatge de problemes, respecte les dones esportistes. Aquestes diferències es mantenen de forma equilibrada durant pràcticament tot el recorregut etari, tal i com es reflecteix a la figura número 25.

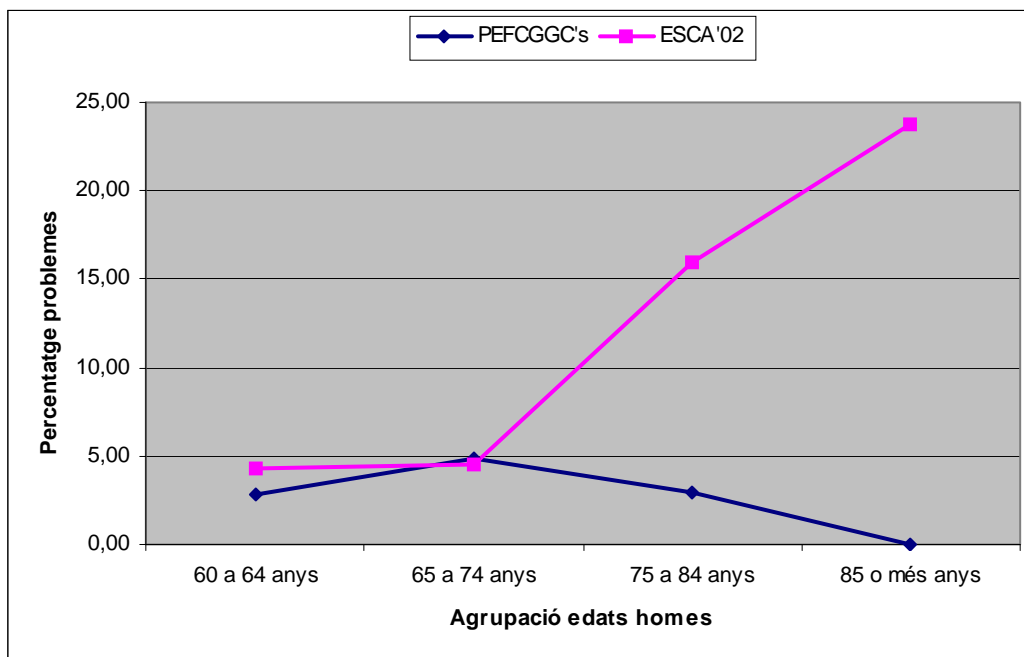


Figura 24. Problemes de la dimensió *cura personal* dels homes de l'ESCA'2 i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció de l'edat.

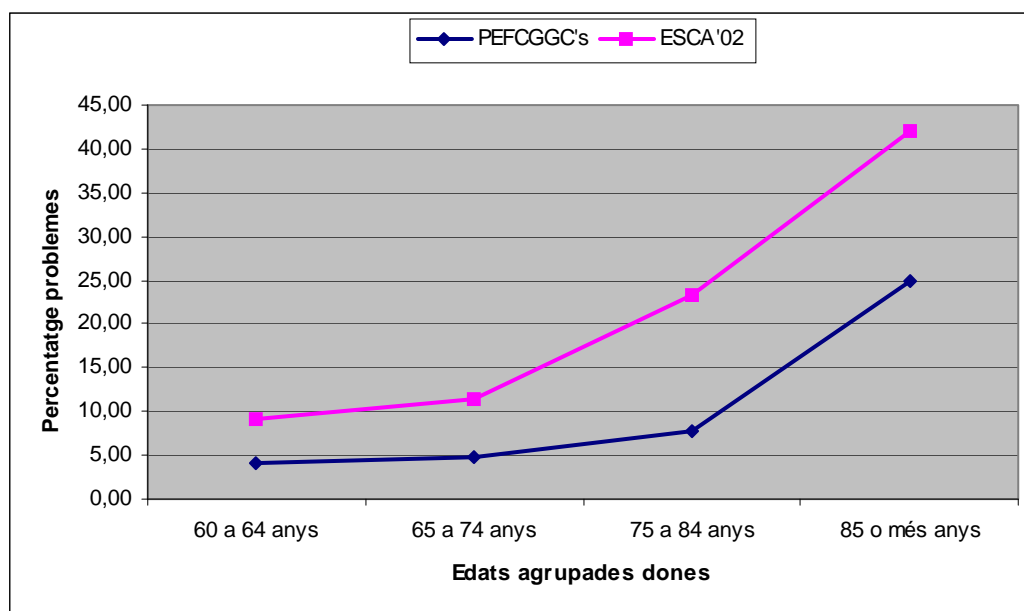


Figura 25. Problemes de la dimensió *cura personal* de les dones de l'ESCA'2 i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció de l'edat.

### 6.2.2.2.3.- Activitats quotidianes

Els percentatges de problemes dels homes entre els dos col·lectius analitzats mostren una progressiva diferenciació amb el pas del temps, com en els anteriors dos casos, tal i com es reflecteix a la figura número 26.

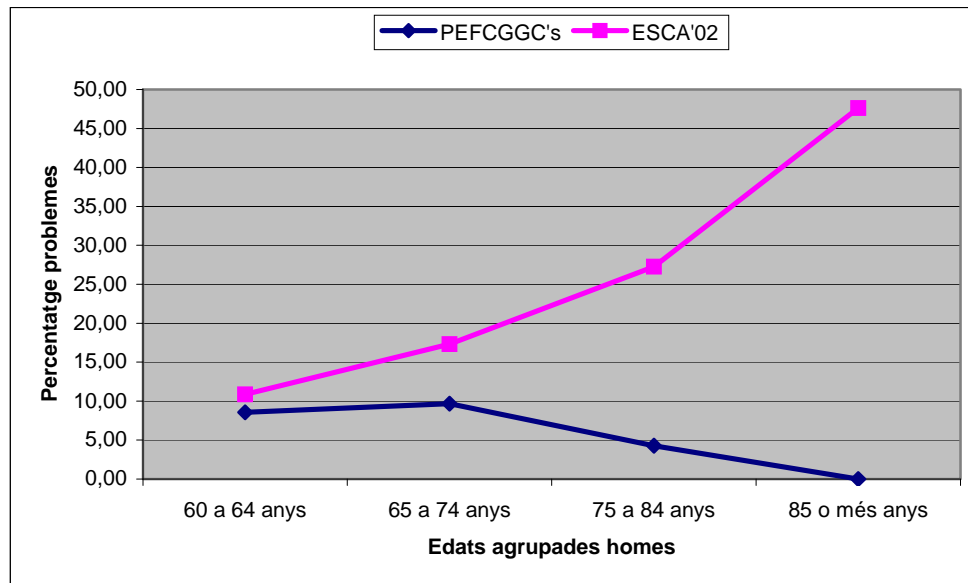


Figura 26. Problemes de la dimensió *activitats quotidianes* dels homes de l'ESCA'2 i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció de l'edat.

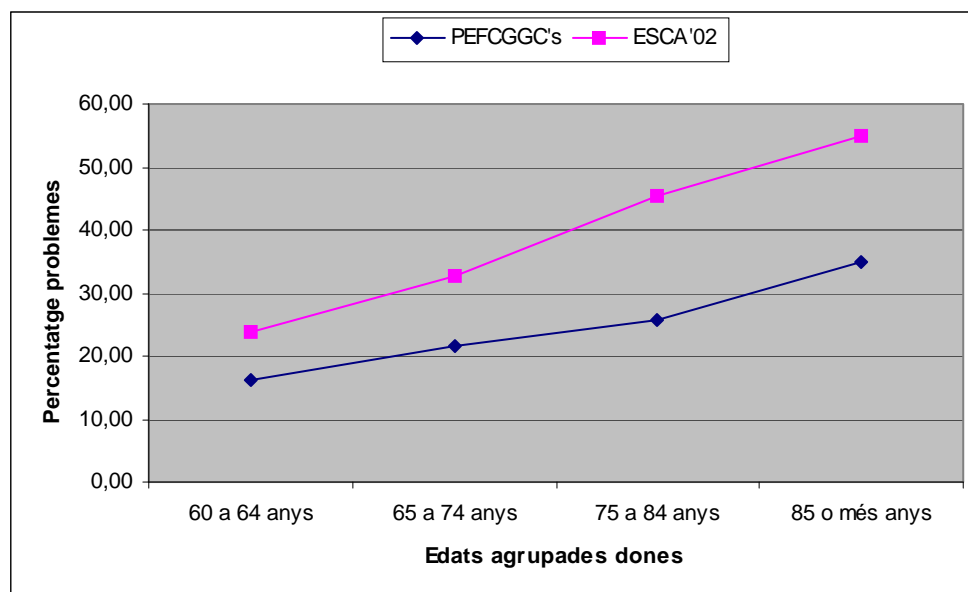


Figura 27. Problemes de la dimensió *activitats quotidianes* de les dones de l'ESCA'2 i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció de l'edat.

El comportament de les usuàries en la dimensió corresponent a les *activitats quotidianes* per a les dones mostra una diferenciació equilibrada a favor del menor nombre de problemes de les que practiquen exercici, durant tot el recorregut etari, tal i com es reflecteix a la figura número 27.

#### 6.2.2.2.4.- Dolor/malestar

La dimensió *dolor/malestar* dels homes, mostra un percentatge de problemes superior en el cas dels usuaris dels PEFCGGC's en el primer tram etari, que s'estabilitza en el període de 65 a 74 anys. A partir del tram de 75 a 84 anys el percentatge de problemes dels enquestats a l'ESCA'02 es va incrementant.

També aquí es mostra una progressiva diferenciació de percentatges a mesura que va passant el temps, apreciand-se un increment de problemes en els sedentaris, tal i com es reflecteix en la figura número 28.

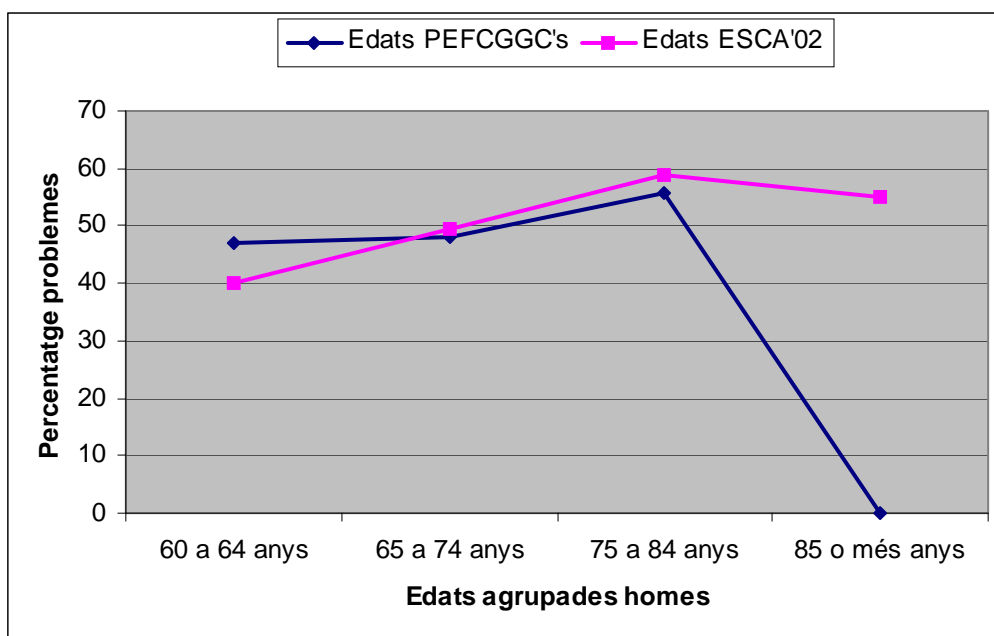


Figura 28. Problemes de la dimensió *dolor/malestar* dels homes de l'ESCA'2 i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció de l'edat.

En el cas de les dones, els percentatges són similars als 60 anys, són superiors en les que practiquen exercici físic entre 65 i 74 anys i a partir d'aquest moment s'inverteix la relació, tal i com queda palès a la figura número 29.

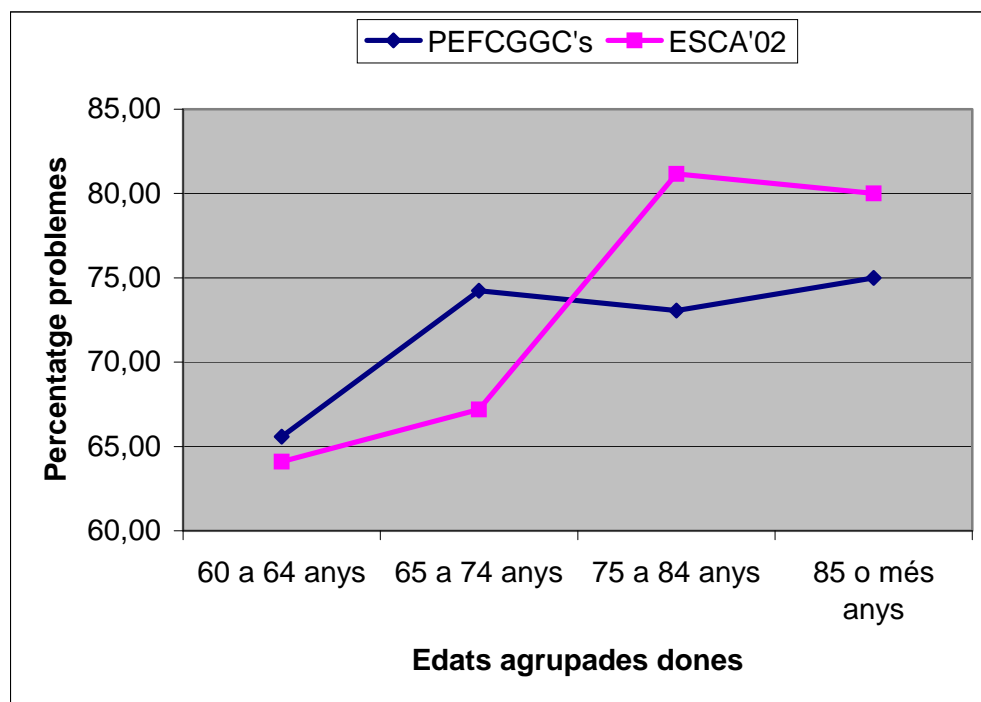


Figura 29. Problemes de la dimensió *dolor/malestar* de les dones de l'ESCA'02 i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció de l'edat.

Cal destacar també la poca diferenciació en percentatges entre les diferents edats i entre els dos grups, ja que es mouen en valors entre 64,10 i 81,58%.

#### 6.2.2.2.5.- Ansietat/depressió

En el cas dels homes la diferència en la dimensió *ansietat/depressió* dels practicants respecte els de l'ESCA'02 s'incrementa de forma progressiva durant tot el recorregut etari també, tal i com queda palès a la figura número 30.

El comportament de la dimensió *ansietat/depressió* en el cas de les dones, comença per un percentatge més gran de problemes en les que practiquen

activitat esportiva, i a partir dels 75 anys s'inverteix la relació, tal i com es reflecteix a la figura 31. El comportament és similar a la dimensió *dolor/malestar*.

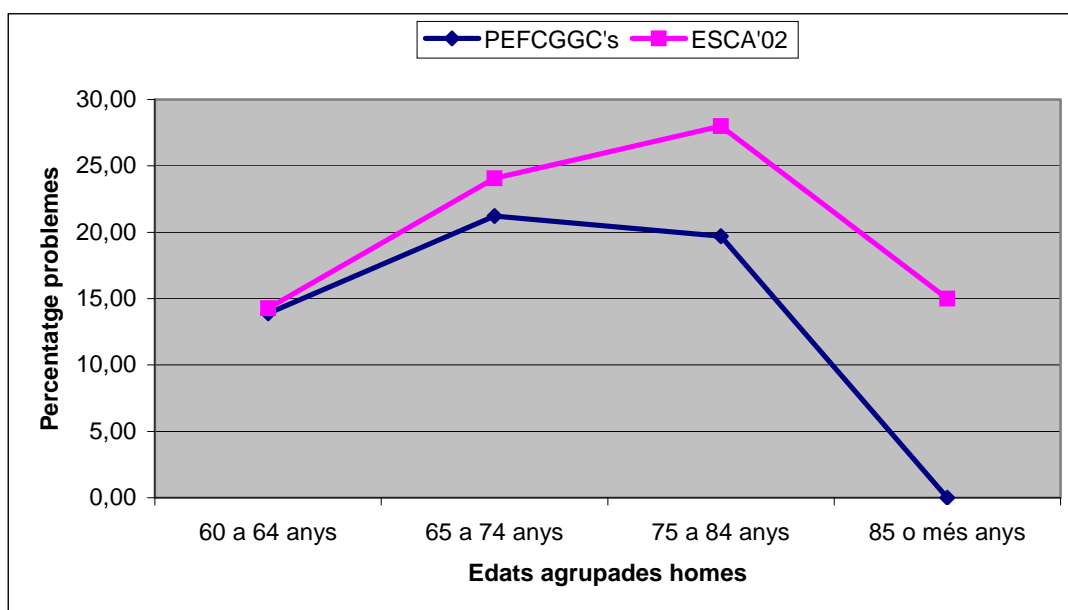


Figura 30. Problemes de la dimensió *ansietat/depressió* dels homes de l'ESCA'2 i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció de l'edat.

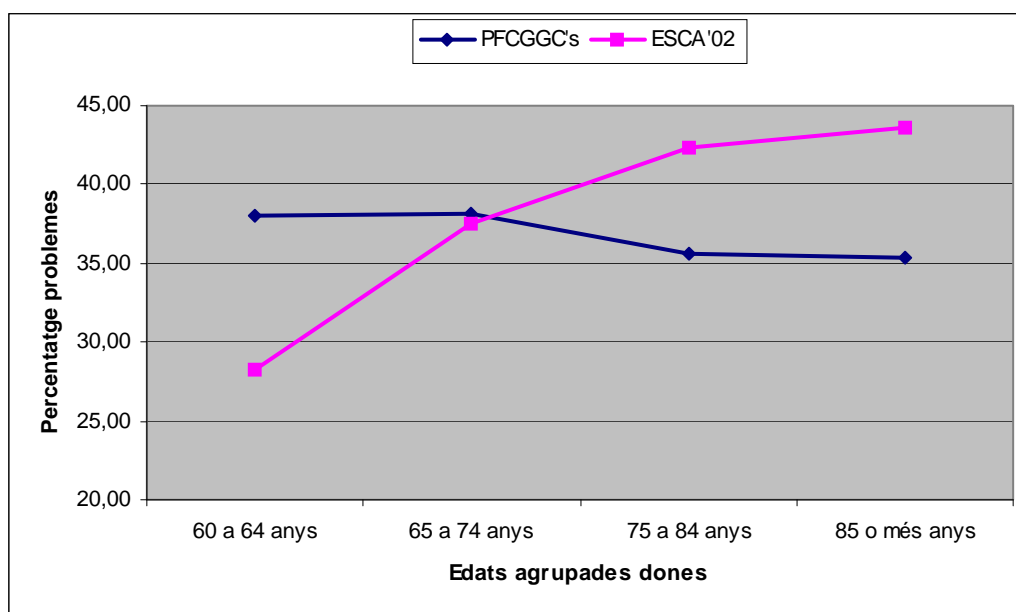


Figura 31. Problemes de la dimensió *ansietat/depressió* de les dones de l'ESCA'2 i de les usuàries dels PEFCGGC's en funció de l'edat.

### **6.3.- QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's respecte altres practicants**

És raonable pensar que al igual que les condicions socials i personals s'associen a unes determinades condicions de pràctica esportiva dels usuaris grans, també existeix una connexió entre tipus de pràctica, variables socials, personals i salut. En aquest sentit, pensem que les característiques relacionades amb la dimensió salut es vinculen amb tipologies de pràctica esportiva, condicionades a la vegada per factors socials i demogràfics.

En aquest apartat s'han analitzat els valors de l'EVA i l'EQ-5D dels enquestats en la present tesi de 60 a més anys. Per a la verificació d'aquests supòsits s'han inclòs els subjectes enquestats en la nostra tesi inclosos els institucionalitzats i els que practiquen esports a l'aire lliure. Els grups de pràctica analitzats per tant en els PEFCGGC's han estat gimnàstica, tai- txí i institucionalitzats. Per la seva banda, els grups de pràctica analitzats a l'aire lliure han estat caminades i petanca.

#### **6.3.1.- Anàlisi de l'EVA**

##### **6.3.1.1.- Tipus instal·lació**

L'anàlisi dels resultats obtinguts corresponent als usuaris en funció del tipus d'instal·lació que utilitzen ens indica que els usuaris que practiquen a l'aire lliure són els que tenen una puntuació mitjana més alta (77,41) i els institucionalitzats són els que tenen una mitjana més baixa (57,61), tal i com s'especifica a la figura número 32. El fet de que l'activitat física s'hagi de fer a l'aire lliure, exposats a les condicions climàtiques i a les condicions ambientals, exigeix que les capacitats físiques i les condicions de salut hagin de ser millors a la de practicants d'esports menys exigents. D'altra banda, al ser un tipus de pràctica



amb un percentatge d'usuaris masculins superior respecte els usuaris dels PEFCGGC's, també influeix en la mitjana final.

Tot i que entre casals, centres cívics i instal·lacions esportives existeix un gradient de mitjanes de l'EVA, recordem que l'anàlisi post hoc no ha mostrat significació estadística clara entre aquests tres tipus d'instal·lacions dels PEFCGGC's i per tant, no podem extreure conclusions definitives en aquest sentit.

Cal deixar clar que d'aquests resultats no podem concloure que tots els usuaris que van a instal·lacions esportives no mostren diferències qualitatives de QVRS respecte la resta de practicants. Recordem que la pràctica en PEFCGGC's va dirigida a un tipus de col·lectiu molt específic de població i que està fomentat des d'un punt de vista de gestió per institucions públiques que li donen un caràcter social diferenciador, a preus molt econòmics. Per tant, seria interessant saber què passa amb l'estat de salut d'altres tipus de practicants esportius grans d'un centre esportiu, com el nedador o l'usuari de la sala de fitness que paguen una quota molt més cara. O, des de la perspectiva federativa, l'usuari de la pista d'atletisme, que necessita per al desenvolupament del seu esport una condició física més alta i un itinerari esportiu més consolidat.

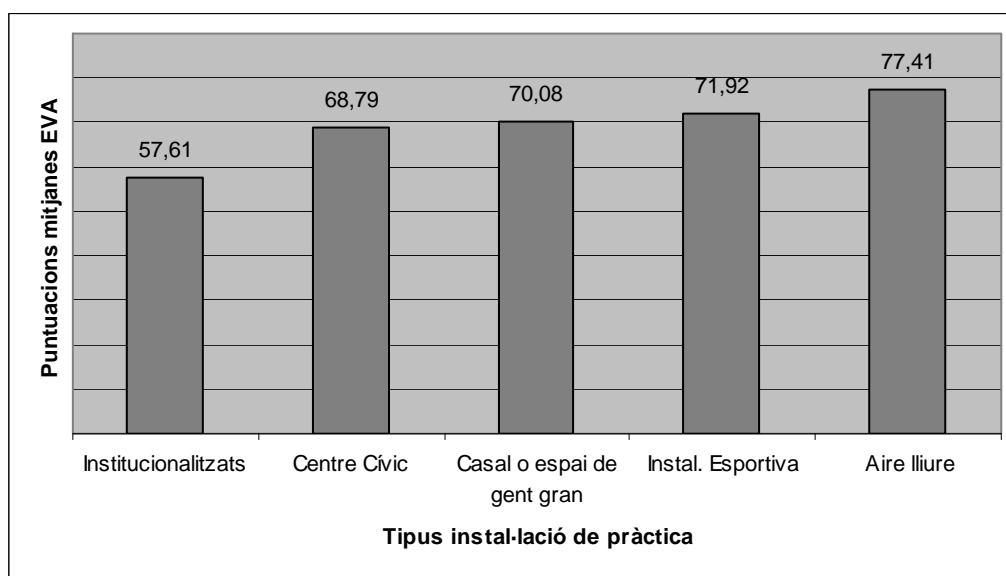


Figura 32. Distribució de les mitjanes de l'EVA en funció del tipus d'instal·lació.

### 6.3.1.2.- Tipus activitat

El factor instal·lació esportiva és un condicionant informatiu per poder contrastar diferències entre perfils d'usuaris. Però el factor activitat és també aclaridor. L'anàlisi post hoc ens ha mostrat que la relació entre el tipus d'activitat i la QVRS és especialment significativa en els usuaris institucionalitzats respecte la resta de persones enquestades i els de gimnàstica respecte els esportistes caminants. Les persones que tenen una mitjana d'EVA més alta són els caminants (80,13), seguits dels jugadors de petanca (75,22), tal i com queda palès a la figura número 33. Tots ells integrants del col·lectiu de practicants a l'aire lliure.

Hem de tenir en compte que en el cas dels centres cívics o en ocasions en les instal·lacions esportives es dona una oferta d'activitats esportives molt diferenciada, no només amb el tipus de pràctica, sinó també amb el tipus de gestió tal i com s'ha comentat en l'apartat anterior. Per tant, tot i ser important el tipus d'instal·lació, un altre element que marcarà el perfil de l'usuari és el tipus de pràctica que es du a terme a l'equipament.

Dels integrants en el col·lectiu dels PEFCGGC's distribuïts entre estimulació motriu, gimnàstica i tai- txí, és aquesta primera la que té una menor valoració en la seva EVA donat pel caràcter eminentment deteriorat dels seus usuaris. La relació entre les puntuacions de gimnàstica i tai- txí, no té significació estadística i per tant no s'han detectat diferències significatives. De fet, els grups analitzats són duts a terme a instal·lacions específiques de gent gran com són els casals i per tant al mateix tipus de públic. És lògic per tant, que no hi hagi diferència.

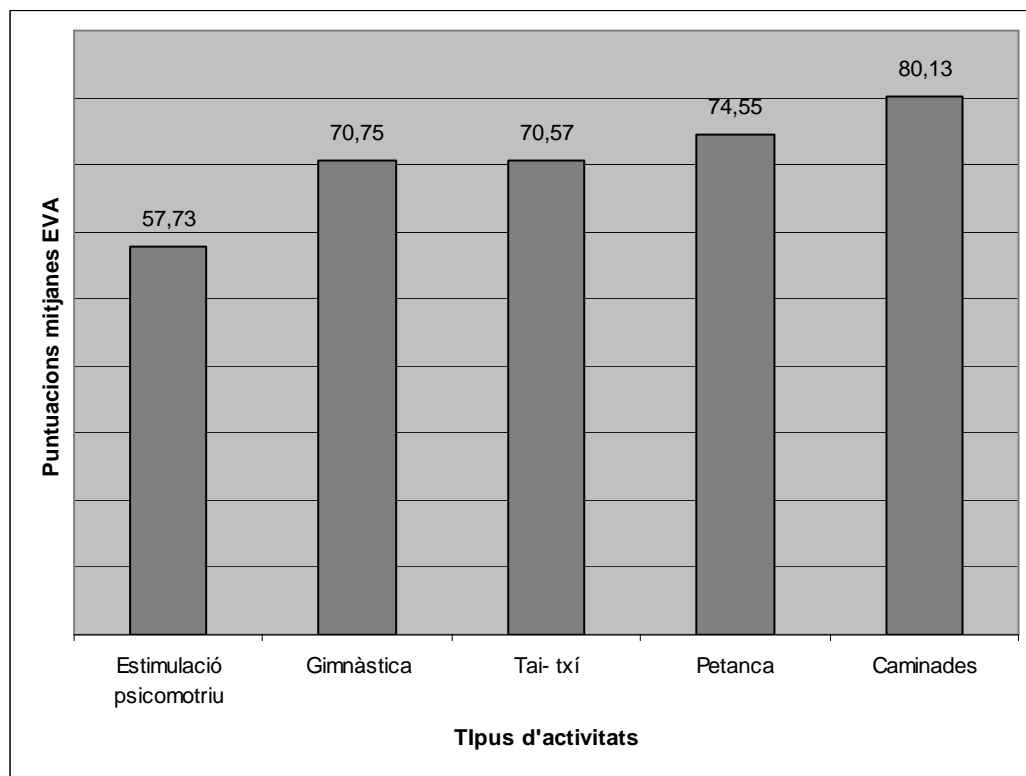


Figura 33. Distribució de l'anàlisi de la EVA en funció del tipus de pràctica.

### 6.3.1.3.- Temps de pràctica esportiva

En quant al temps de pràctica ja hem vist que són relacions significatives les referents als practicants principiants respecte als que fa més anys que practiquen. Els usuaris practicants de més de 10 anys, tenen una mitjana en l'EVA de 73,73, mentre que les persones que porten menys de 2 anys, tenen una mitjana de 67,39. Aquesta relació s'evidencia en la distribució de mitjanes de les dades agrupades que es reflecteix en la figura número 34.

Cal comentar, no obstant, que aquesta relació estadística no és vàlida per als practicants a l'aire lliure. Tot i així, les dades confirmen el paper protector dels usuaris que practiquen gimnàstiques de manteniment de forma permanent durant molt temps, el que ens dóna pautes de conducta en introducció de nous hàbits saludables al nostres grans.

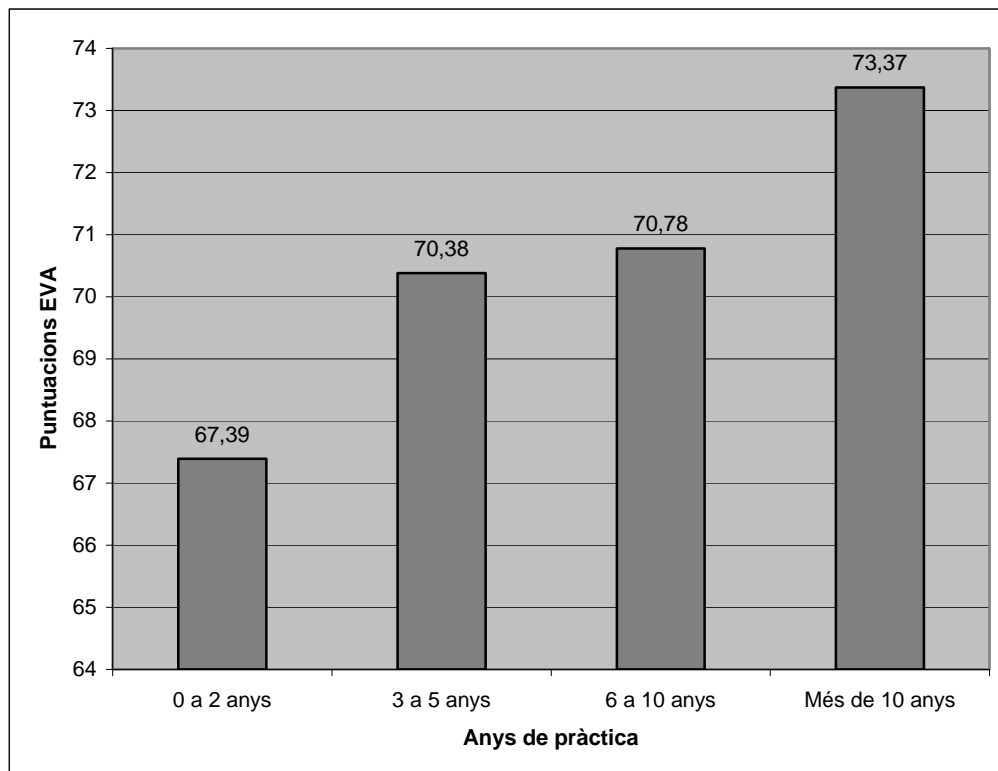


Figura 34. Evolució de l'EVA segons el temps de pràctica.

### 6.3.2.- Anàlisi del SD

#### 6.3.2.1.- Tipus instal·lació i activitat

Els usuaris que mostren un percentatge més baix de problemes en pràcticament totes les dimensions són els que fan la seva pràctica a l'aire lliure, tret de la de *dolor/malestar*. Els que tenen un major percentatge de problemes relacionats amb el dolor són els usuaris de pràctica esportiva als casals de gent gran, tal i com es reflecteix a la figura número 35. Resultats que d'altra banda estan en coherència amb els obtinguts a l'EVA.

Per tipus d'activitat, són els caminants els *que* mostren un percentatge de problemes més gran de *dolor/malestar*.

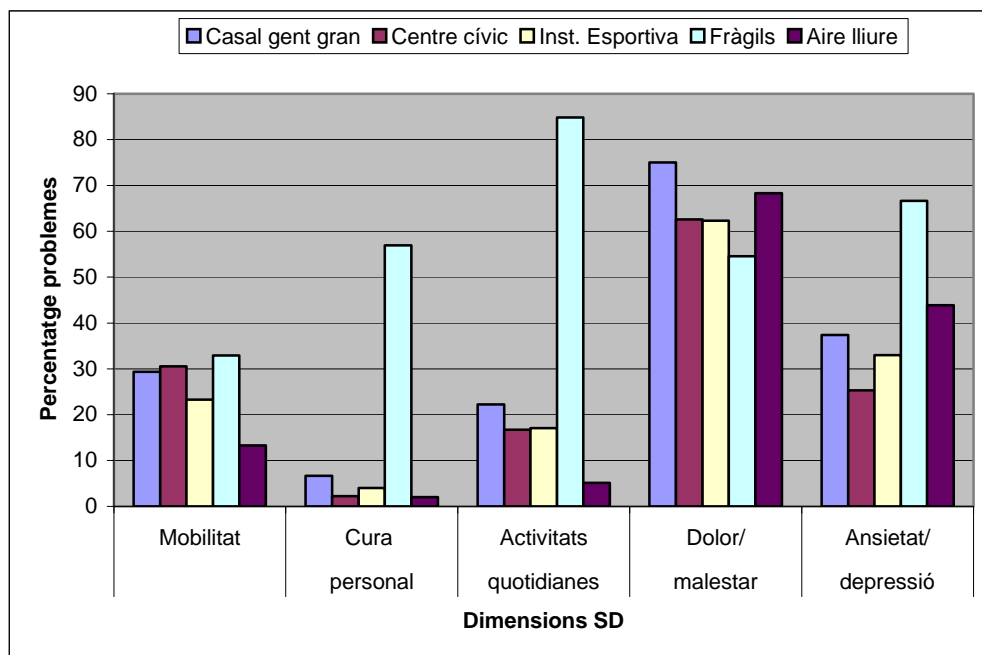


Figura 35. Percentatge de problemes de les dimensions del SD respecte el tipus d'instal·lació.

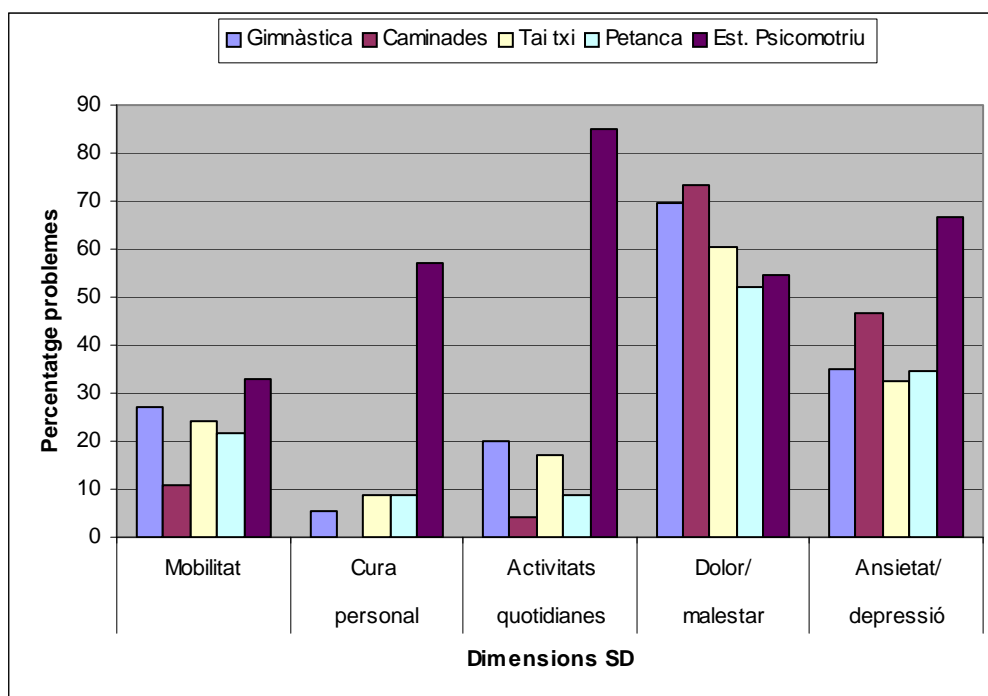


Figura 36. Percentatge de problemes de les dimensions del SD respecte el tipus d'activitats.

És també important destacar que els institucionalitzats, sotmesos a un programa d'estimulació psicomotriu mostren, paradoxalment, el nivell més baix de problemes en aquesta dimensió, tal i com es mostra a la figura número 36.

Ja hem dit anteriorment que la QVRS no mesura l'estat funcional de les persones analitzades i per tant, és lògic que es doni aquest cas (Rejeski & Mihalko, 2001). Cal tenir en compte que són precisament els usuaris institucionalitzats els que poden estar sotmesos a una situació de medicació específica.

Aquests resultats, d'altra banda, coincideixen amb els estudis de relació entre malaltia i edat, que han posat en evidència que la repercussió de les malalties cròniques en la percepció de la mala salut pot ser inferior en els grups de major edat (Séculi, et al. 2001). Ja hem fet esment en el marc teòric del fenomen de la *paradoxa de l'envelliment*, on a partir d'una determinada edat alguns dels problemes relacionats amb la salut no només s'estabilitzen sinó que sembla com que retrocedeixin (Carr & Higginson, 2001).

#### **6.3.2.2.- Temps de pràctica esportiva**

Les persones que porten menys temps exercitant la pràctica esportiva, són els que mostren un major número de problemes tret de la dimensió *mobilitat*. Aquests resultats coincideixen també amb els obtinguts a l'EVA i són especialment marcats en els usuaris que practiquen als nostres PEFCGGC's. Els practicants a l'aire lliure mostren un comportament irregular, tal i com es reflecteix a la figura número 37.

Per tant, semblen concloents les dades que relacionen consolidació de vida esportiva amb alts nivells de QVRS, en el cas de les gimnàstiques de manteniment.

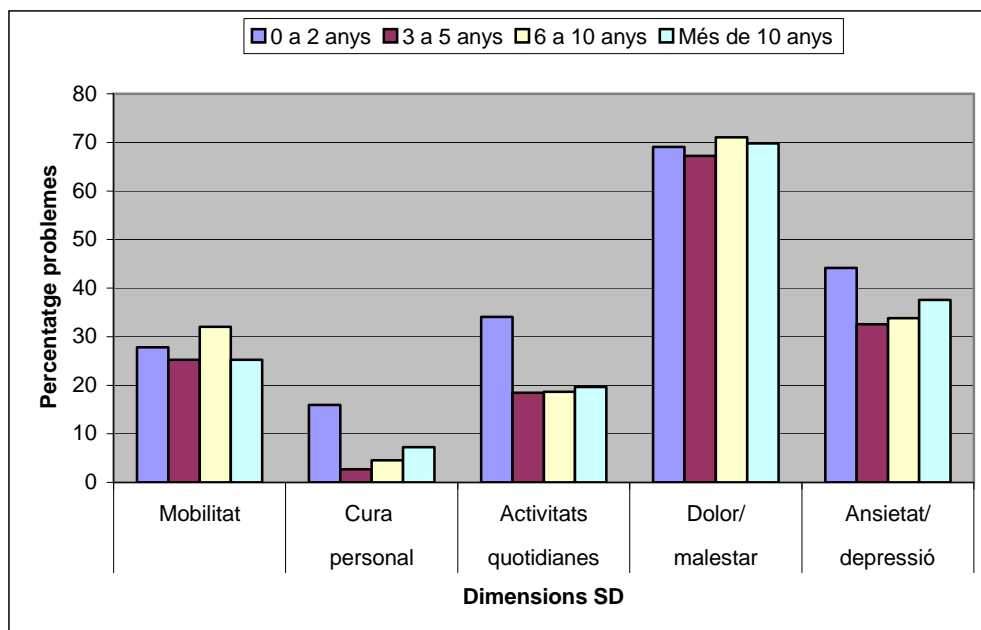


Figura 37. Percentatge de problemes de les dimensions del SD respecte el temps de pràctica.

#### 6.4.- QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's respecte les característiques socials i demogràfiques

Els resultats d'altres estudis ens indiquen que la QDV de les persones grans depèn de variables relacionades amb l'edat, el gènere o les característiques culturals, socials i econòmiques (Borrell & Benach, 2002; Schalock & Verdugo, 2002). Aquestes dades han estat utilitzades per a demostrar la validesa del constructe de l'EQ-5D entre la població catalana (Badia, et al., 1998). En aquest apartat s'ha tractat de contrastar la informació corresponent a la QVRS amb els diferents trets socials i demogràfics dels usuaris dels PEFCGGC's.

S'han afegit totes les dades dels enquestats dels grups de gimnàstica i tai- txí en la present tesi, inclosos els menors de 60 anys. S'han exclòs els practicants institucionalitzats i practicants a l'aire lliure.

### **6.4.1.- Anàlisi de l'EVA**

#### **6.4.1.1.- Gènere**

Les valoracions obtingudes en funció del gènere de tots els practicants, inclosos els menors de 60 anys, ens indiquen que les dones tenen un nivell de QVRS inferior (70,17) i un major percentatge de problemes en totes les dimensions específiques que els homes (74,49). Totes les puntuacions estan per sobre de 70, puntuació a partir de la qual es considera bon estat de salut (Azpiazu Garrido, et al. , 2002).

Les dones del nostre programa es troben davant del fet paradoxal de viure més anys que els homes, però tenen una salut pitjor que ells. Resultats que coincideixen amb altres investigacions dutes a terme sobre la població general (Azpiazu Garrido, et al., 2002; Bath, 2003; Séculi, et al. 2001; IMSERSO, 2004; Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut, 2002), on també la percepció de les dones es manifesta de manera més negativa que en els homes. Tot i que l'E.V. de les dones és superior a la dels homes (Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003), això no es reflecteixi en una major QDV. Les dones són més vulnerables i precisament les dificultats que les envolten, es reflecteixen directament sobre el seu estat de QVRS. Les malalties cròniques i les discapacitats poden ser alguns dels factors explicatius de la percepció de la seva salut (Séculi, et al., 2001).

Els factors socials també li són desfavorables. El nombre de persones grans que viuen soles, segons l'ESCA 2002 (Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003), augmenta amb l'edat i sempre és superior en les dones respecte els homes. Estan més exposades a experiències negatives, com són la violència domèstica i la discriminació en l'accés als serveis i en altres esferes de la vida social i política. Al tenir cura, moltes d'elles,



de menors o de gent gran, contribueixen de forma important al benestar de la família però molts cops, en detriment propi (Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003).

Altres fonts destaquen que la diferència de QVRS entre homes i dones pot residir en el fet que els homes vells tenen un major nivell d'instrucció que les dones. Aquesta és una tendència que també es contempla en els resultats de la present tesi (IMSERSO, 2004).

#### 6.4.1.2.- Edat

Els resultats confirmen les dades de les recerques aplicades a la població en general respecte QVRS entre edat i EVA. Efectivament, es manté una correlació inversa on queda palès que l'increment de l'edat implica una disminució dels valors de l'EVA, tal i com es representa en la figura número 38.

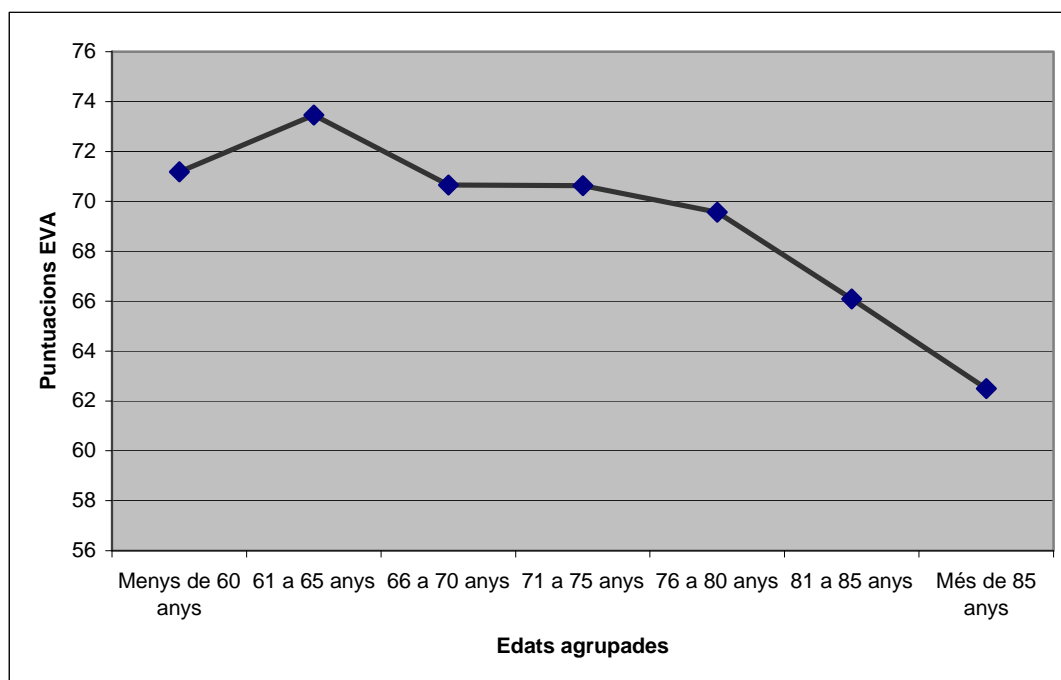


Figura 38. Evolució de l'EVA en funció de l'edat.

#### **6.4.1.3.- Altres variables socials**

Els resultats de l'EVA respecte la situació econòmica i nivell d'estudis percebuts també confirmen els obtinguts en altres estudis al respecte. El nivell econòmic i acadèmic, covaria amb la sensació subjectiva de QVRS. Per exemple, el Departament de Salut de Serveis Humans de la xarxa de Centres de Control i Prevenció de Malalties, que són òrgans federals d' Estats Units, destaquen que els adults amb un baix nivell d'ingressos entre 45-64 anys tenen una pitjor QVRS que els demés (CDC, 2003).

Respecte l'estat civil destacar la relació significativa i positiva que es mostra entre les persones que viuen acompanyades i la seva millor QVRS respecte els que viuen sols. Aquesta dada ens dóna pistes d'interpretació respecte la importància que té per a la bona consideració de la QDV de les persones grans, que no visquin aïllades i que es puguin integrar en programes d'exercici físic que els possibiliti un marc de relacions socials.

Una dada interessant que ens fa pensar des d'una perspectiva ambiental en el disseny dels programes respecte el nucli poblacional on es situa, és el que fa referència a les mitjanes de l'EVA en funció del número d'habitants de la població on es practica, especificada a la figura número 39. S'observa una relació significativa inversa entre número d'habitants i mitjana de l'EVA, tal i com es contemplen en els tres subgrups poblacionals que de forma significativa s'han ressaltat en el present estudi.

Probablement poblacions amb un cert equilibri mediambiental, que permet mantenir un nivell de relacions socials més personalitzat i que garanteix una estructura organitzativa de pràctica esportiva dirigida al nostre col·lectiu, siguin factors condicionants afavoridors de QVRS.

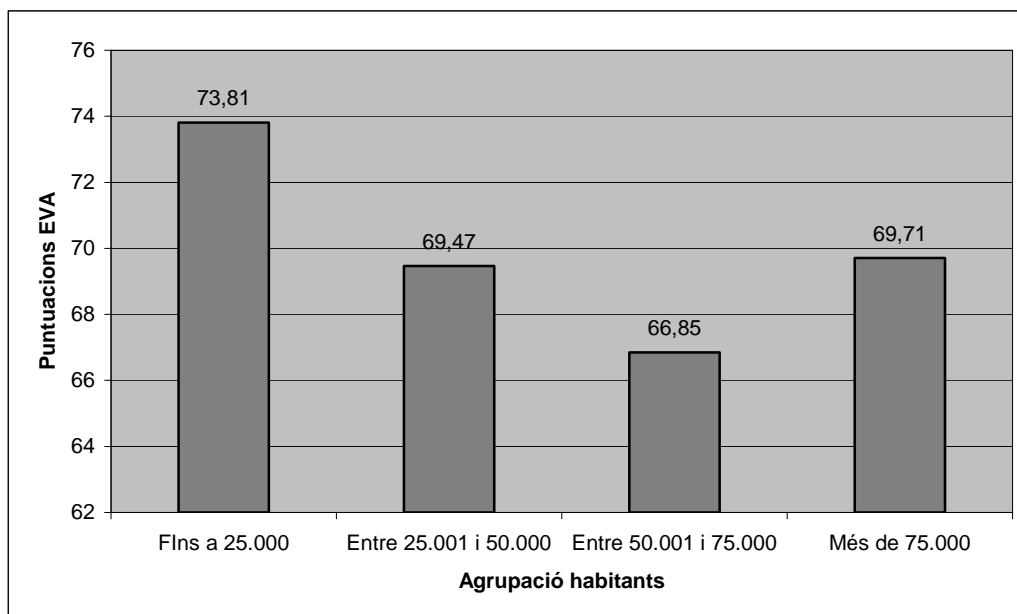


Figura 39. Evolució de l'EVA en funció de la població on s'ubica.

En aquest sentit les polítiques públiques tenen un important paper a desenvolupar. S'ha demostrat que les persones grans físicament actives o que desitjarien estar-hi, viuen en zones on les organitzacions de majors o les esportives (agents de socialització secundàries) ofereixen serveis d'activitat física per a grans i ho divulguen en les seves respectives àrees d'influència (Martínez del Castillo, Jiménez-Beatty, Graupera & Rodríguez, 2006). Els estudis en aquest àmbit destaquen la conveniència d'incorporar les persones d'edats més grans i amb un nivell econòmic més baix, entre els col·lectius susceptibles de ser tractats i incorporats dintre de pràctiques esportives per evitar bosses d'exclusió social.

## 6.4.2.- Anàlisi del SD

### 6.4.2.1.- SD i edat

L'anàlisi de l'evolució de les dimensions del SD reflectit en la figura número 40, ens indica que les dimensions *dolor/malestar* i *ansietat/depressió* són les dimensions que els usuaris dels PEFCGGC's mostren un percentatge més alt.

Les tres variables amb un component més físic (*mobilitat, cura personal i activitats quotidianes*), mostren un increment progressiu en els percentatges amb problemes a partir de l'agrupació dels 60 a 64 anys. La dimensió *dolor/malestar* mostra un increment suau fins l'agrupació de 65 a 74 anys i a partir d'aquí s'observa el manteniment dels percentatges de problemes. La dimensió *ansietat/depressió*, mostra una lleugera recta involutiva amb el temps.

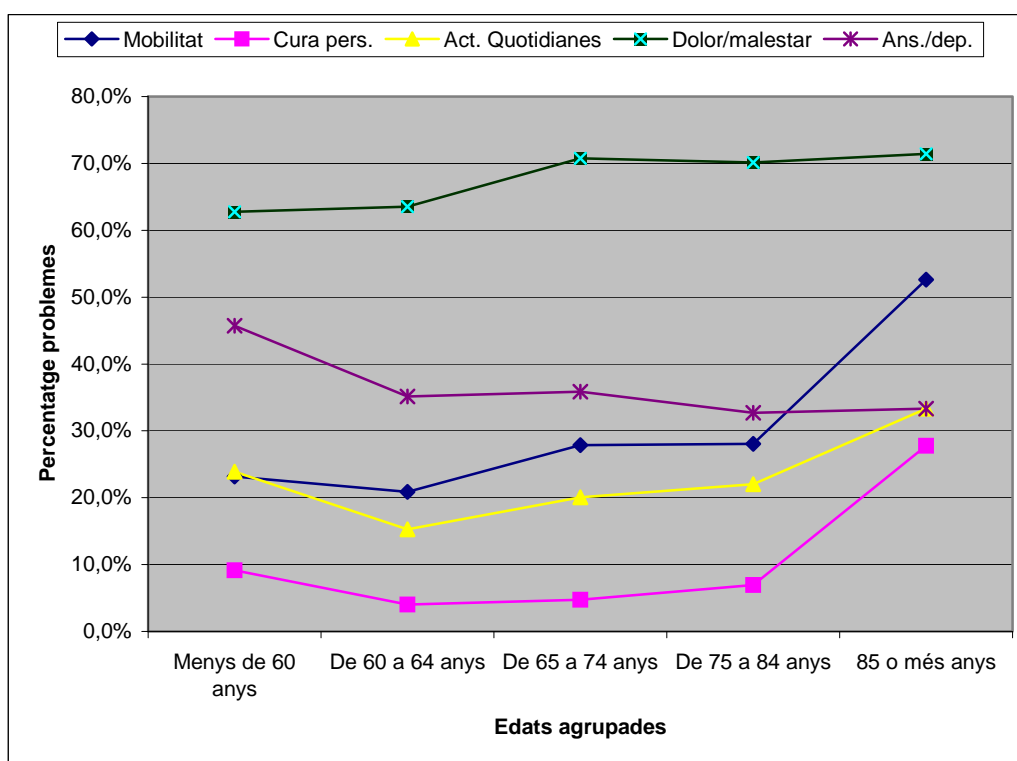


Figura 40. Problemes del SD dels usuaris dels PEFCGGC's en funció de l'edat.

#### 6.4.2.1.1.- Dolor com a malaltia crònica

Els problemes de *dolor/malestar* entre la població esportiva analitzada, adquireixen percentatges superiors al 60% durant tot el recorregut etari. Els nostres usuaris pateixen de forma generalitzada dolor permanent. Tenen un nombre important d'afeccions que condicionen el desenvolupament d'una vida

normal. Aquest tret no és exclusiu dels practicants esportius, sinó que és comú a tota la població gran de Catalunya (ESCA'02).

Cal tenir en compte que actualment el tractament d'aquesta afecció té una dimensió global, on els aspectes cognitius hi tenen una rellevància fonamental. El dolor crònic sol estar considerat com una malaltia en si mateixa i es considera que pot estar originat no tan sols per una afecció somàtica sinó per diverses alteracions psicològiques.

Durant els anys 70 del segle anterior, es va veure la necessitat de concebre el tractament del dolor sota la perspectiva d'una dimensió global. Fruit d'aquesta nova concepció es van crear les primeres unitats de dolor amb els objectius de disminuir el dèficit funcional, la rehabilitació funcional i el tractament de les alteracions psicopatològiques associades (Rull, 2004). A l'any 1974 va aparèixer l'Associació Internacional per a l'Estudi del Dolor (IASP). La IASP defineix el dolor com una sensació emocional desagradable associada amb dany als teixits real o potencial o descrita en els termes d'aquest dany (Busquets & Ribera, 2002).

#### **6.4.2.1.2.- Dimensió *ansietat/depressió***

No és estrany que la següent dimensió en importància de problemes en el nostre estudi sigui l'*ansietat/depressió*. Una alta proporció de la població general pateix de depressió i sembla que totes les persones, al menys alguna vegada en les seves vides se sentirà indisposada, sense ganes de menjar, descontenta, patint d'insomni, fatiga, debilitat, apatia, disminució de capacitat intel·lectual i incapacitat per aconseguir uns objectius determinats (Psyhountaki & Zervas, 1993).

Ja hem vist com la concepció predominant a principis del segle XX respecte el desenvolupament psicològic i cognitiu en les últimes fases de la vida de

l'individu, es fonamentava en plantejaments eminentment biologicistes propis de les teories científiques predominants del moment. L'aparició d'una major pressió demogràfica i la necessitat d'afrontar els problemes derivats d'un emergent envelliment, desenvolupa els estudis poblacionals específics d'aquest sector des d'una metodologia de recerca longitudinal a partir de la segona meitat del segle XX. Aquest nou enfocament demostra que el deteriorament del rendiment psicològic relacionat amb l'edat no és en absolut la regla general.

Existeixen evidències contundents que confirmen que els factors emocionals i cognitius es comporten amb una trajectòria diferent a la biològica (Lehr, 1998). A l'apartat 2.5.2.3. hem fet esment a com la gent gran pot tenir una major capacitat d'adaptació a certs factors ambientals causants d'estrès, i posseir un bagatge d'experiència acumulada i habituació, que fan que el sistema emocional augmenti l'eficàcia en aspectes com la capacitat de regulació i el control de les emocions de situacions potencialment estresants. Les nostres dades corroboren les fonts consultades en aquest sentit. La variable *ansietat/depressió* d'alguns dels qüestionaris sobre QVRS no mostren un increment amb l'edat, sinó que es mantenen o decreixen en intensitat estadística (Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003).

D'altra banda, tal i com es comentava a l'apartat 2.5.4.4., aquests resultats estan en coherència amb els analitzats a d'altres estudis transversals que tendeixen a trobar una menor freqüència en els valors d'estats com depressió, ansietat, hostilitat i timidesa, entre les persones grans que no pateixen encara una important incidència de malalties i limitacions físiques (Azpiazu Garrigo, et al., 2003).

#### **6.4.2.1.3.- Paper de les gimnàstiques suaus**

És curiós observar com són les dimensions amb una més alta quota de subjectivitat, les que mostren una prevalença més gran d'aparició entre la

població gran en general i la esportista en especial. Des del nostre punt de vista, aquest és un factor que crea unes òptimes condicions de possibilitat per a intervenir amb tècniques físiques des de l'àmbit del lleure. La gimnàstica de manteniment es presenta com un excel·lent instrument de millora dels estats de dolor i ansietat en les persones grans, ja que pot incidir de manera específica en aspectes relacionats amb la percepció propioceptiva, el coneixement de l'esquema corporal i les sensacions somatoestésiques, molt relacionades amb aquestes dimensions.

L'actual importància de les gimnàstiques suaus, com l'Eutonia, Feldenkrais, Cos i consciència, l'Antigimnàstica, el Rolfing, o els moviments orientals com el tai-txí, el qui-gong, el shiat-su o el ioga, per citar-ne alguns d'ells tenen, al nostre entendre, molt a veure en la millora de les afeccions relacionades amb dimensions amb un component més cognitiu.

Aquests moviments es presenten com una alternativa a l'esport i la pràctica física de tall tradicional, basat en el rendiment i el desenvolupament de les capacitats energètiques. Incideixen de manera específica en el treball de reconeixement del cos, de reequilibri tònic, desbloqueix dels punts dolorosos musculars, de la millora de la respiració global, i de la descongestió dels canals energètics corporals. Elements importants per al reequilibri psicossomàtic.

La irrupció de la nova moda del *wellness*, està molt relacionada amb el desenvolupament d'aquestes tendències com a incipients formes de consum d'exercici físic entre la nostra població gran.

#### **6.4.2.2.- SD i Gènere**

Com ja s'ha comentat anteriorment, els resultats ens indiquen que són les dones les que mostren un pitjor percentatge de problemes en totes les

dimensions del SD, amb la qual cosa es confirmen els resultats trobats en altres estudis de tipus epidemiològic, tal i com queda reflectit en la figura número 41.

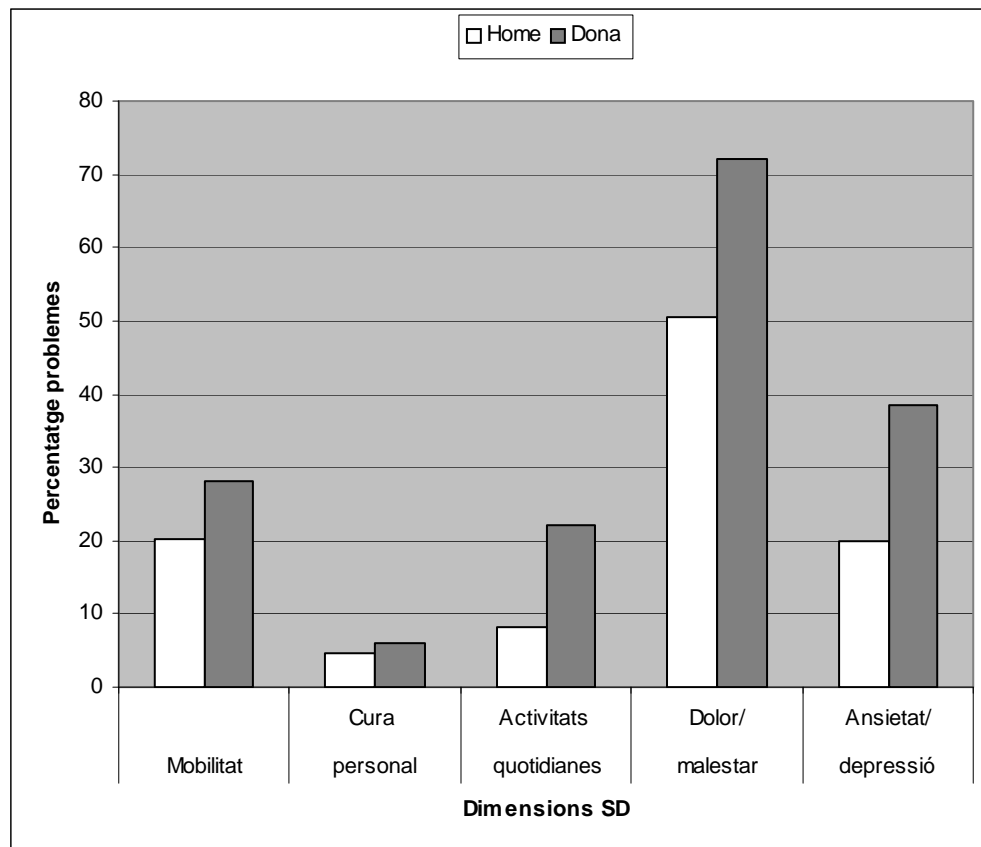


Figura 41. Problemes de les dimensions del SD dels usuaris dels PEFCGGC's en funció del gènere.

#### 6.4.2.3.- SD i estat civil

Són les persones esportistes que viuen soles, les que mostren percentatges més grans de problemes en totes les dimensions del SD, tal i com queda palès en la figura número 42. Es confirma la importància del manteniment de les relacions personals més íntimes, com element que fomenta la salut de les persones grans i en aquest sentit, el paper de l'exercici físic com potenciador de xarxa social. Altres estudis posen en evidència la relació directa existent entre un mal estat de salut autopercebut i la manca de recolzament social (Apiazu Garrido et al, 2002; Fernández Ballesteros, 1998).



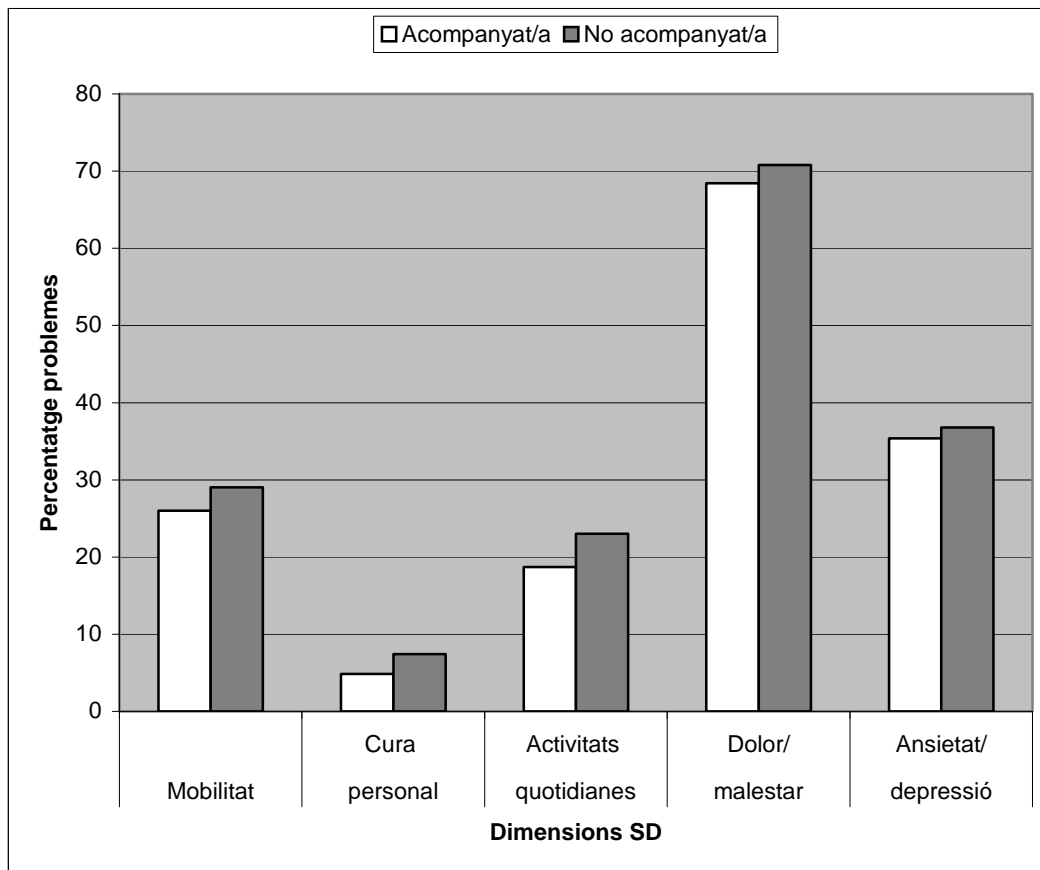


Figura 42. Problemes de les dimensions del SD dels usuaris dels PEFCGGC's en funció de la forma de viure.

#### 6.4.2.4.- SD i nivell d'estudis percebut

Són les persones que declaren tenir un nivell més baix d'estudis percebut, les que mostren un nivell de problemes més gran en totes les dimensions del SD, tal i com es contempla en la figura número 43. Es confirmen per tant, els resultats d'altres estudis epidemiològics consultats al respecte on queda evident la relació directa que hi ha entre prevalença de morbiditat i nivell d'instrucció (Benach, 2005; Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut, 2002).

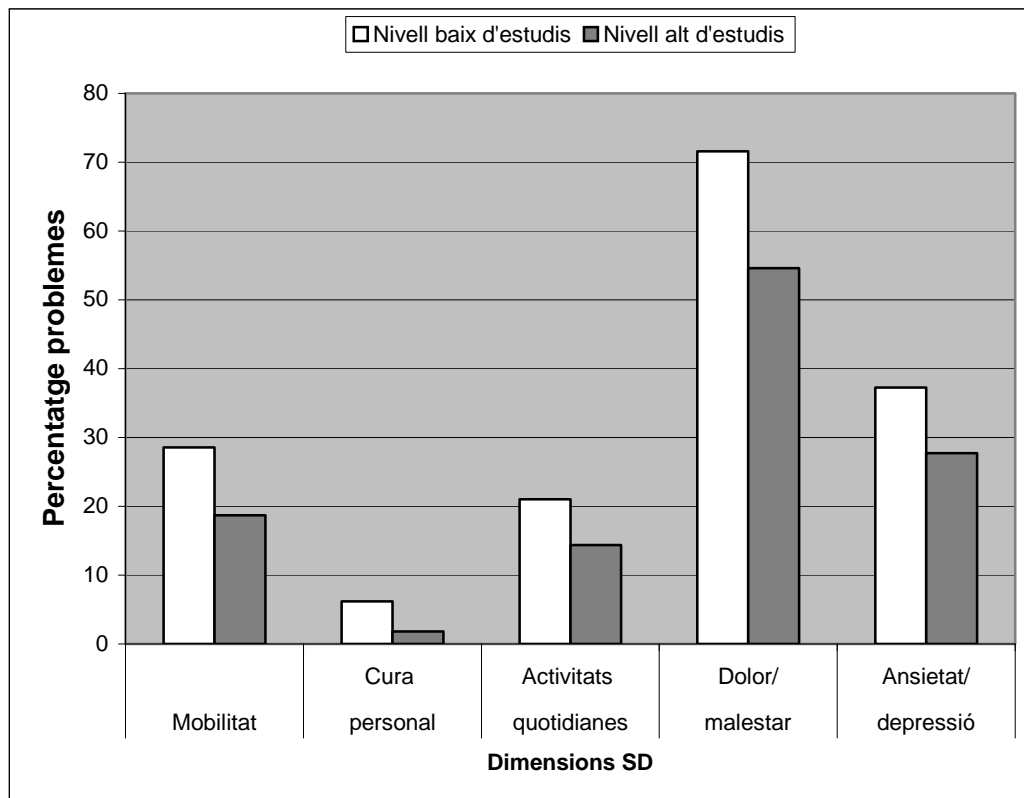


Figura 43. Problemes de les dimensions del SD dels usuaris dels PEFCGGC's en funció del nivell d'estudis percebut (agrupat).

#### 6.4.2.5.- SD i nivell econòmic percebut

Són les persones que declaren tenir un nivell més baix econòmic percebut, les que mostren un nivell de problemes més gran en totes les dimensions del SD tal i com s'especifica a la figura número 44. Es confirmen també aquí, els resultats dels estudis epidemiològics consultats al respecte on queda evident la relació directa que hi ha entre prevalença de morbiditat i nivell baix econòmic (Benach, 2005; Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut, 2002). O dels estudis monogràfics que posen en evidència la relació directa existent entre un mal estat de salut autopercebut i els baixos ingressos econòmics (Azpiazu Garrido et al., 2002; Fernández Ballesteros, 1998).

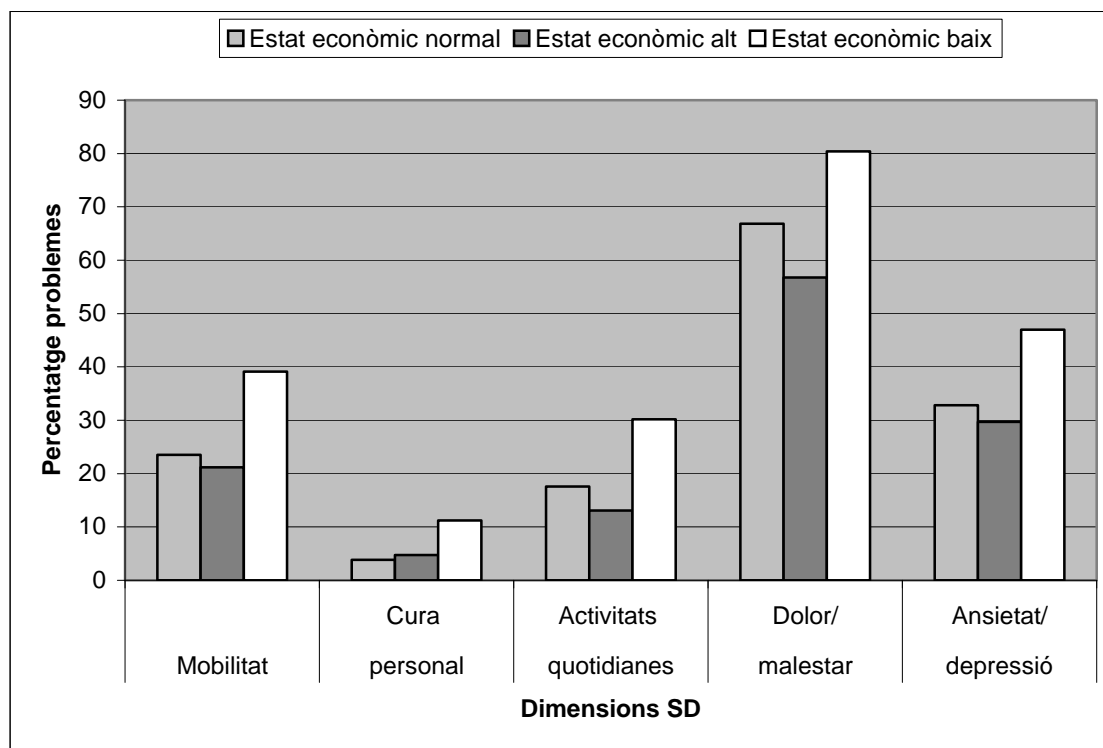


Figura 44. Problemes de les dimensions del SD dels usuaris dels PEFCGGC's en funció del nivell econòmic percebut (agrupat).

#### 6.4.2.6.- SD i número d'habitants

Són les persones dels PEFCGGC's que viuen en ciutats superiors als 75.000 habitants, les que mostren un major nombre de problemes en les dimensions del SD *dolor/malestar*, *ansietat/depressió* i *mobilitat*, tal i com queda palès a la figura número 45. Es demostra per tant, que són les poblacions amb un volum de persones més grans les que tenen uns nivells de salut més baixos en la major part d'aquestes dimensions.

Aquestes dades coincideixen amb el fet ja comentat que existeix una relació directa i en forma de gradient entre privació i mortalitat, especialment en les àrees urbanes de Barcelona, que són les que presenten la densitat de població més gran (Borrell & Benach, 2002).

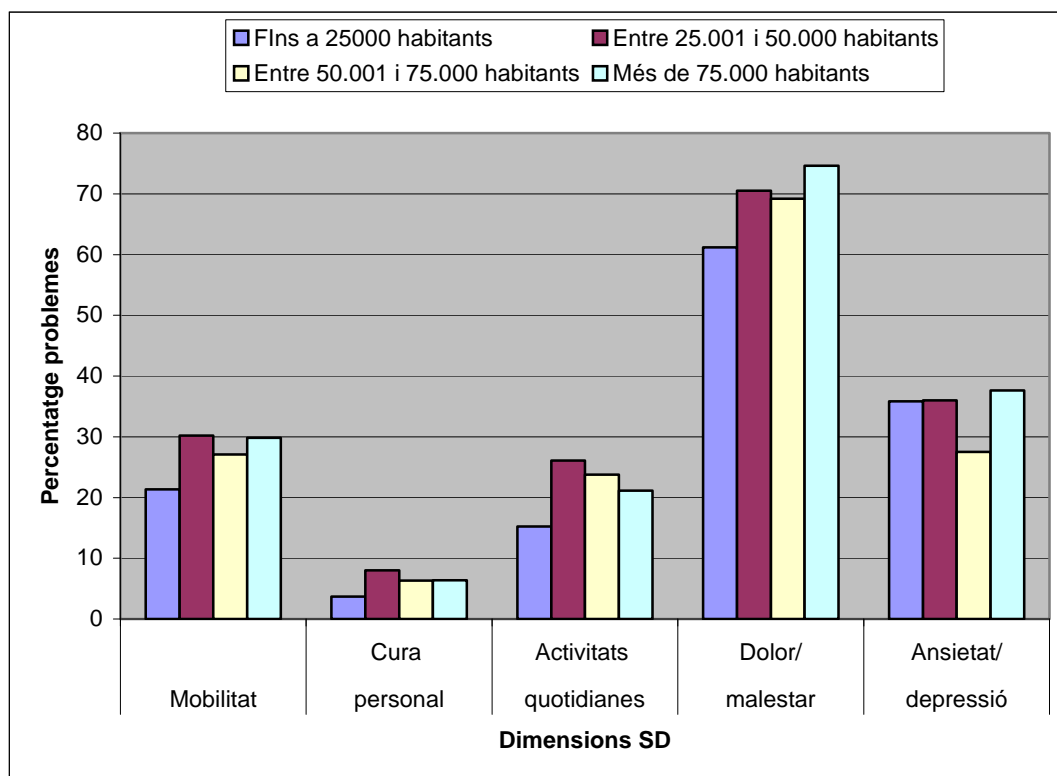


Figura 45. Problemes de les dimensions del SD dels usuaris dels PEFCGGC's en funció del número d'habitants (agrupat).

### 6.5.- Perfil dels esportistes analitzats

A l'inici del present document ens hem referit al *postmodernisme*, context en el que s'insereix el present treball de recerca. Es recordarà com destacàvem que l'home postmodern està immers en un procés de constant recerca de formes d'identitat, que es tradueix en l'aparició d'elements socials dotats de significat simbòlic entre els que l'esport té un paper que consideràvem important. Vázquez Montalbán ho caracteritza molt bé en el cas del futbol: *“A medida que se mundializan la economía y los seriales televisivos, nos asalta el miedo a perder la identidad y tendemos a recurrir a los fundamentalismos patrióticos que nos quedan. Ser partidarios de un club de fútbol reporta la intensidad emocional que una militancia político-religiosa, y hoy podría decirse que todos los clubes son algo más que clubes de fútbol: representan la reserva patriótica en un*

*mundo en el que cada vez tendrán menos sentido las patrias i las banderas"* (2006, p.23).

La pràctica d'una modalitat esportiva és també una forma de comunicació i de relació amb un entorn i un col·lectiu determinat. Obeeix a la necessitat de pertinença a un col·lectiu i de diferenciació respecte d'altres. Contribueix a satisfer la necessitat de les persones que tenim de trobar un sentit a la nostra existència... subjectiva.

Però la relació de pertinença entre usuari i pràctica esportiva és bidireccional. Efectivament, l'esport estableix les condicions de possibilitat per a desenvolupar entre les persones grans un sentit d'identitat. Però no qualsevol tipus d'activitat física està en condicions de ser practicada per qualsevol potencial practicant. La dinàmica d'apropiació d'hàbits esportius es vincula amb perfils d'usuaris concrets. En el cas dels tipus de pràctica inclosos en aquesta recerca a continuació analitzem alguns factors dels condicionants recollits en el nostre qüestionari.

S'han presentat en aquest apartat els resultats derivats de l'anàlisi de les característiques no vinculades a la seva QVRS dels enquestats analitzats. S'han descartat els menors de 60 anys, per poder comparar amb els practicants a l'aire lliure.

### **6.5.1.- Gènere**

#### **6.5.1.1.- Gènere i tipus d'instal·lació**

L'anàlisi dels resultats en funció del gènere ens dona pautes per entendre que els usuaris que practiquen un esport determinat s'identifiquen amb determinades formes d'activitat diferenciada respecte aquest factor. Ja hem vist

durant aquesta recerca que els usuaris dels PEFCGGC's mostren una preeminència femenina. I que aquesta tendència s'accentua de forma estadísticament significativa en el cas dels usuaris dels PEFCGGC's que practiquen en els centres cívics i els casals de gent gran, tal i com s'especifica en la figura número 46. De fet, la presència masculina en pràctiques esportives de centres cívics és pràcticament nul·la.

Aquest fet ens pot donar elements de reflexió de cara a promoure futurs programes d'exercici físic on pretenguem estimular la pràctica masculina. En aquest cas hem de fomentar programes en instal·lacions eminentment esportives, com gimnasos o centres esportius.

Cal comentar en aquest apartat i fer extensiva aquesta reflexió a l'apartat tipus de pràctica, que també els institucionalitzats marquen un percentatge d'homes més elevat que de dones, però no volem treure conclusions definitives que puguin significar una generalització d'aquests resultats ja que la mostra ha estat extreta d'una sèrie de grups de pràctica molt limitats en número i per tant cal relativitzar la seva representativitat.

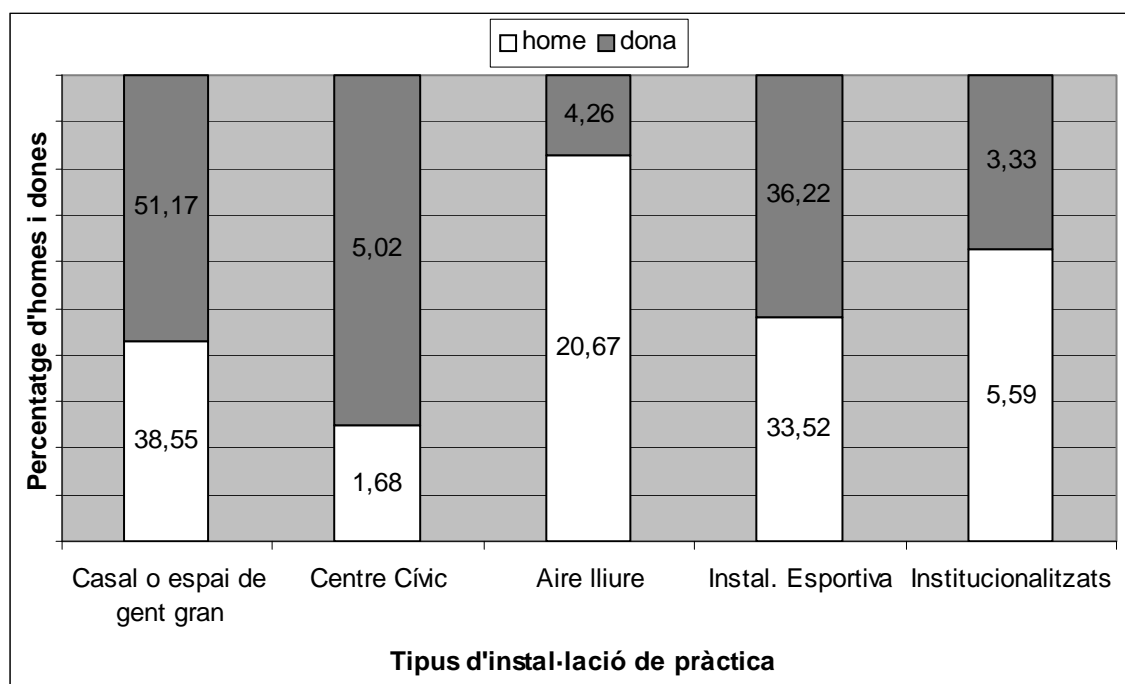


Figura 46. Distribució del gènere en funció tipus instal·lació.

### 6.5.1.2.- Gènere i temps de pràctica esportiva

També el temps de pràctica esportiva marca diferències entre homes i dones. Són els homes practicants els que tenen una major experiència esportiva de pràctica respecte les dones, tal i com s'especifica a la figura número 47. En la seva joventut i maduresa, els esportistes masculins probablement tenien més possibilitats de pràctica que les dones, en un moment històric on la societat polaritzava de forma radical els papers d'un i altre sexe, el que va condicionar molt probablement el nivell de pràctica resultant al final.

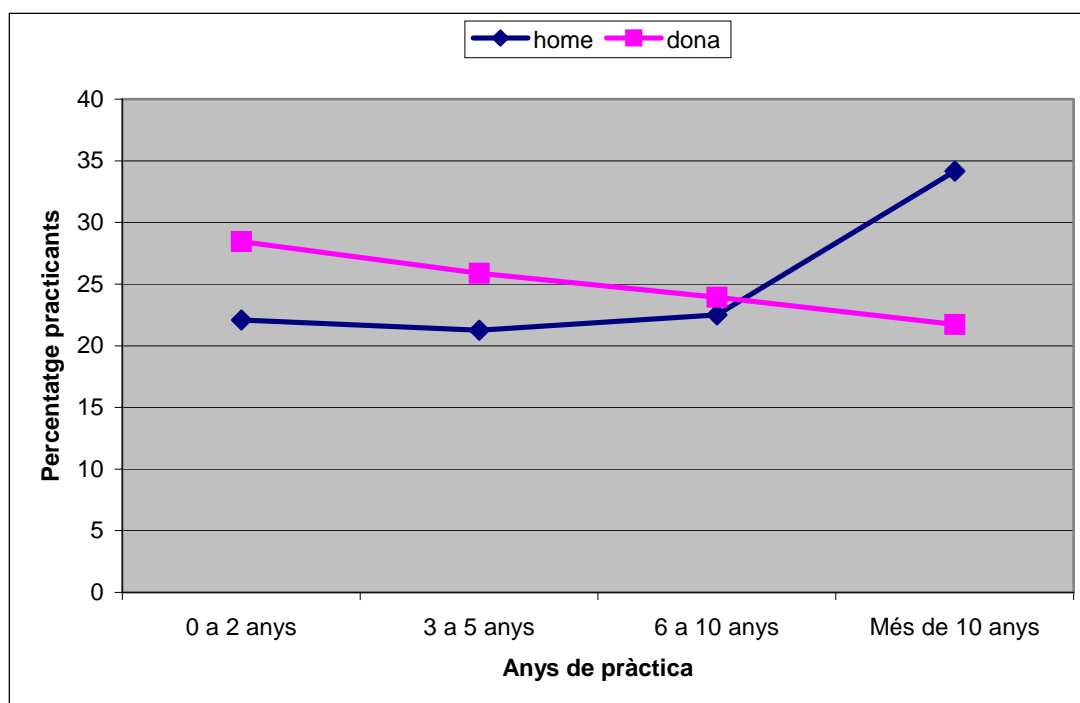


Figura 47. Evolució del temps de pràctica en funció del gènere.

### 6.5.1.3.- Gènere i tipus de pràctica

Els diferents grups analitzats de pràctica física i esportiva comunitària posen de manifest la importància d'aquest tipus d'exercici per a les dones, igual com es confirma des d'altres estudis ja apuntats en aquesta tesi (Fortuño, 2004). Aquestes pràctiques són les que mostren una major feminització amb un 86,5% per part de la gimnàstica, un 85% per part del tai- txí i un 75,3% amb

l'estimulació psicomotriu. Per la seva part, la petanca amb un 29,9%, és un tipus de pràctica predominantment masculina, seguida del grup dels caminants, amb un 73,3%, tal i com queda palès a la figura número 48.

Una dada complementària, però no quantificada en el nostre treball de camp és que durant l'administració del qüestionari vam tenir l'oportunitat de comprovar que molts dels homes que assistien a les sessions dels PEFCGGC's ho feien acompanyats de la seva dona.

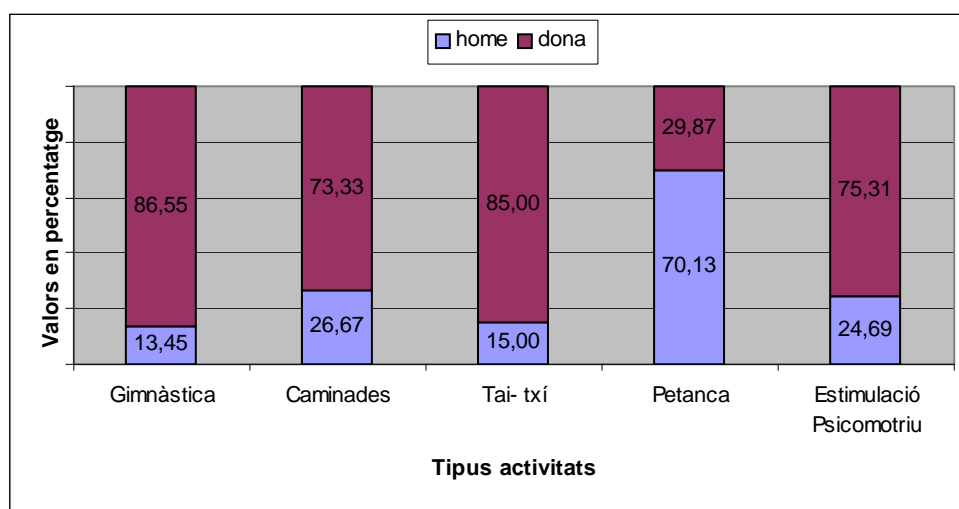


Figura 48. Distribució del tipus activitat segons el gènere.

D'altra banda, cal comentar que si tinguéssim tan sols aquestes dades com a referència, podríem concloure que les dones practiquen molt més esport que els homes. Però les estadístiques derivades dels estudis d'hàbits esportius, ja hem vist que no ens indiquen aquesta realitat. Abans al contrari, són els homes els que practiquen més esport que les dones (ESCA'02, Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003; IMSERSO, 2004).

I és que les pràctiques esportives de la gent gran estan altament diferenciades en funció del sexe. Són múltiples les raons per les quals s'interpreta que hi ha aquesta diferenciació. Unes d'elles vinculades a aspectes biològics i emocionals. Recordem en aquest sentit el concepte de Goleman (1996) de



“*bretxa emocional*”, quan es refereix als trets emocionals diferenciadors de gènere, com factors determinants de forma biològica entre homes i dones.

No hi ha dubte que hi ha un substracte biològic diferenciador si els homes i les dones hem d'actuar davant de situacions similars o iguals. Johnson (2006) exposa la teoria de Shelley Taylor per la qual les dones són més propenses a actuar mitjançant una conducta instintiva diferent a la de “*lluitar o fugir*”, que és la de “*cuidar i relacionar-se*”. Podem combatre les situacions viscudes com perilloses, entrant deliberadament en guerra amb l'estímul estressor, o fugint d'ell (conducta “*lluitar o fugir*”). Però també ho podem fer cercant el recolzament del grup (conducta “*cuidar i relacionar-se*”). Ambdues conductes són pròpies de l'espècie humana, però sembla ser que biològicament la dona està més preparada que l'home per adoptar la de “*cuidar i relacionar-se*”, derivada de la necessitat biològica de protegir la descendència.

Els factors socials i ambientals són també elements fonamentals en aquesta diferenciació. Els nostres vells són persones que han viscut èpoques on els rols dels homes i les dones han estat molt marcats, el que repercuteix en la manera de practicar l'esport. L'activitat esportiva ajuda a seguir definint tipus d'identitats diferents entre gènere, necessàries per l'adaptació social. Els homes tendeixen a dur a terme pràctiques individuals, sota plantejaments d'esforç, de rendiment físic i de reconeixement social i institucional. Les dones, per la seva banda, es mouen més amb plantejaments de tipus estètic i de salut, preocupades per la relació i la comunicació amb altres dones (Fortuño, 1996).

Ens sentim propers a la noció d'*Habitus* d'en Bourdieu quan volem interpretar la diferenciació social en funció del gènere (Bourdieu, 2000). Els nostres vells han incorporat continguts, pautes de conducta interioritzades en el seu procés de socialització durant tota la seva vida, i en especial durant la infància, que s'han sistematitzat en tots els seus àmbits i que es transmeten d'unes persones a d'altres. La relació amb el cos es concreta en funció del gènere i segons la

divisió del treball que impera entre ambdós sexes. Es creen així valors diferents afirmats en les pràctiques que duen a terme homes i dones.

Per a Bourdieu, la manera de dividir el treball entre els sexes orienta la percepció del món, les creences i les pràctiques. Destaca la dominació masculina de la nostra societat, la violència simbòlica i la consideració de la dona com una figura oprimida, des d'un punt de vista històric i institucional vers el masclisme predominant de la nostra època (Bourdieu, 1998).

Reproduïm aquí un text propi de l'educació del règim franquista, fonamental pensem nosaltres per a entendre els valors en els que van estar educats els nostres vells. El text reflecteix clarament no tan sols la diferenciació de sexes en les seves funcions, sinó el paper totalment marginal de la dona sotmès al de l'home:

*“Ten preparada una comida deliciosa para cuando él regrese del trabajo. Especialmente, su plato favorito. Ofrécete a quitarle los zapatos. Habla en tono bajo, relajado y placentero. Prepárate: retoca tu maquillaje, coloca una cinta en tu cabello. Hazte un poco más interesante para él. Su duro día de trabajo quizá necesite de un poco de ánimo, y uno de tus deberes es proporcionárselo. Durante los días más fríos deberías preparar y encender un fuego en la chimenea para que él se relaje frente a él. Después de todo, preocuparse por su comodidad te proporcionará una satisfacción personal inmensa. Minimiza cualquier ruido. En el momento de su llegada, elimina zumbidos de lavadora o aspirador. Salúdale con una cálida sonrisa y demuéstrale tu deseo por complacerle. Escúchale, déjale hablar primero; recuerda que sus temas de conversación son más importantes que los tuyos”.* (Sección Femenina de la Falange Española y de las JONS, 1958).

Julio Pérez (2002) destaca en l'actualitat, la disminució de la preponderància que fins ara havia tingut el sexe com eix vertebrador de la distribució de rols, i la creixent importància de l'edat en aquest aspecte. Per aquest autor, les edats

joves i adultes s'orienten cada vegada més cap a comportaments fins ara considerats "masculins", mentre les edats madures i avançades experimenten una preponderància creixent d'aquells altres fins ara considerats "femenins" ("*feminització de la vellesa*"). Nous estudis destinats a les persones grans més joves poden donar pautes per a entendre l'immediat futur de les pràctiques esportives dels nostres vells en aquest sentit.

### 6.5.2.- Edat

Les dades analitzades en funció de l'edat ens indiquen que el grup més jove és el dels practicants a l'aire lliure amb 69,09. Aquest grup es divideix en dos tipus de practicants; els que fan petanca i els caminants. Tal i com ens indica la figura número 49, corresponent a la mitjana d'edats en funció del tipus de pràctica esportiva, són els que fan petanca els usuaris que mostren una mitjana d'edat més jove amb 68,79 anys. Són les instal·lacions esportives les que acullen després de les d'aire lliure, una edat per part dels seus practicants més jove de mitjana amb 70,15 anys tal i com s'especifica a la figura número 49.

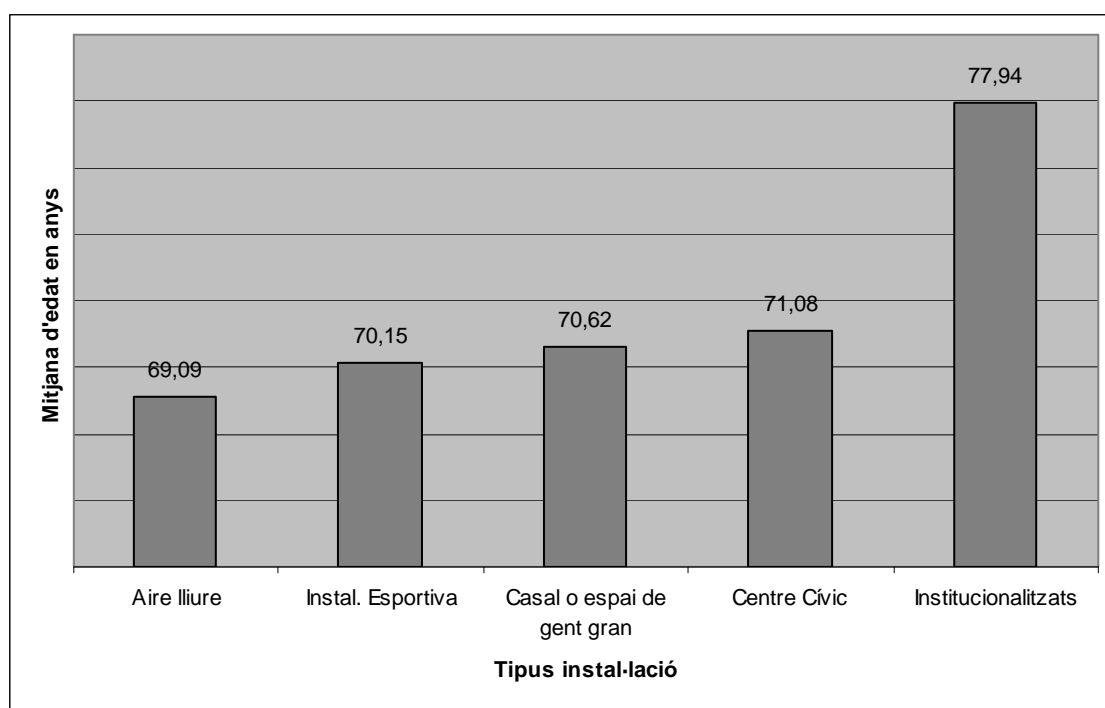


Figura 49. Mitjana d'edat segons el tipus d'instal·lació.

En funció del tipus d'activitat, també destacar que la mitjana d'edat més alta coincideix amb les persones que practiquen estimulació motriu amb 77,94 anys i que s'ha obtingut una significació estadística entre els usuaris de petanca i els de tai- txí i gimnàstica. Aquestes dades confirmen la tendència dels nostres practicants analitzats a fer exercici físic més suau, de menor desgast físic a mesura que s'incrementa l'edat.

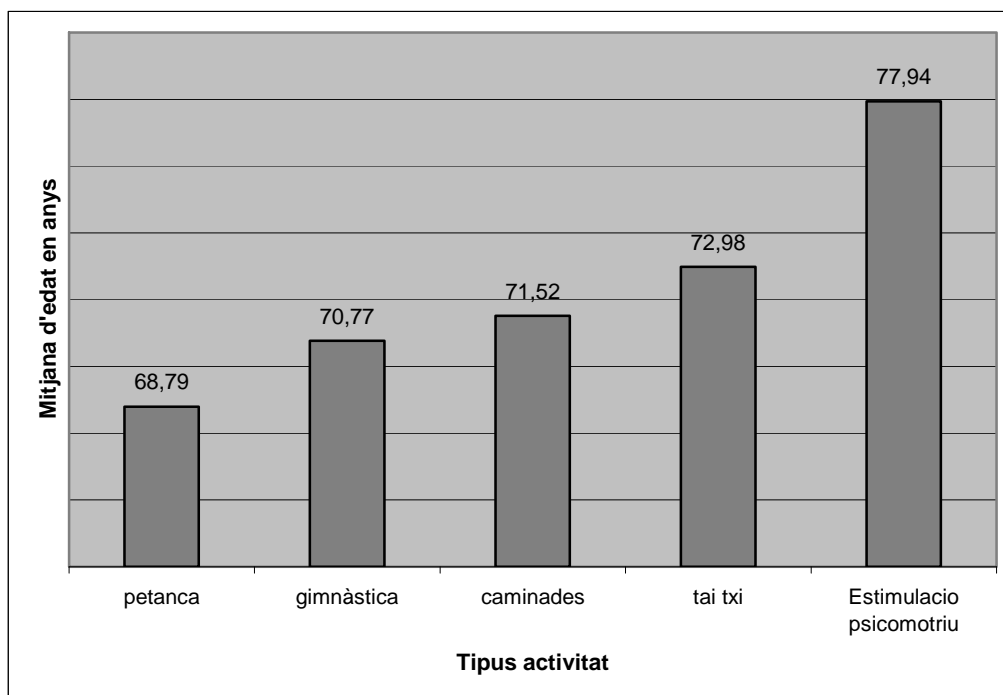


Figura 50. Mitjanes d'edat en funció del tipus d'activitat.

### 6.5.3.- Temps de desplaçament i forma de desplaçament

El 83,91% dels enquestats manifesten que es desplacen caminant al lloc de pràctica. Aquesta tendència és superior en els usuaris que practiquen activitat en casals de gent gran respecte la resta d'usuaris analitzats.

Referent al temps de desplaçament, comentar que és una variable que en els joves o adults sense problemes de desplaçaments no funciona com element condicionant de pràctica. En el nostre cas és diferent. Si exclouem de l'anàlisi els

institucionalitzats i el caminants, observem que són els practicants en instal·lacions esportives i els que fan petanca els que mostren una mitjana més alta respecte la resta, tal i com es reflecteix a la figura número 51. Ja hem vist anteriorment que aquestes eren les franges més joves d'edat.

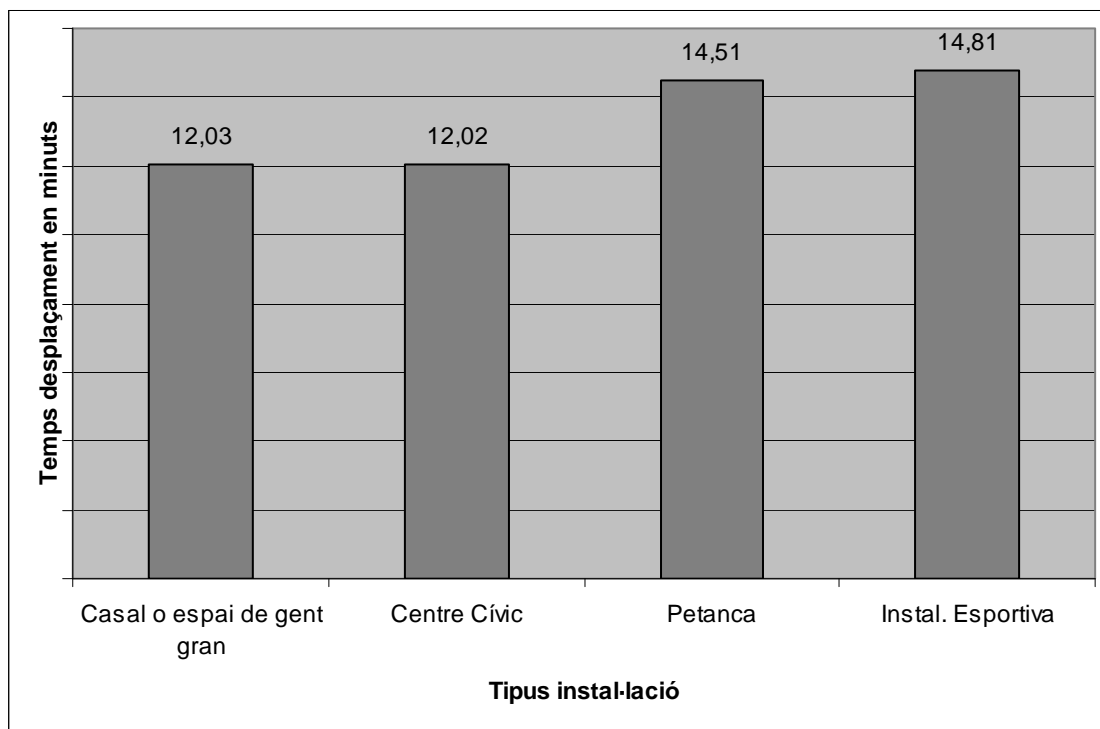


Figura 51. Mitjana de desplaçament en funció del tipus d'instal·lació.

L'anàlisi ens indica que és estadísticament significativa la relació entre el temps de desplaçament dels usuaris de les instal·lacions esportives respecte els casals de gent gran. Són els usuaris que van a les instal·lacions esportives i els que fan petanca els que mostren un major temps de desplaçament i per tant, necessiten una condició física millor per a poder arribar al lloc de pràctica caminant. Aquest raonament seria extensible però de forma inversa, als practicants de tai- txí.

Referent al temps de desplaçament, existeix una correlació positiva entre aquesta variable i l'edat. Aquesta relació queda reflectida en la figura número 52

on s'observa l'evolució en funció de diferents forquilles d'agrupació del temps de desplaçament.

En aquest sentit comentar que són les persones més grans les que tarden més per a desplaçar-se al lloc de pràctica. Aquesta dada ens indica que el temps de desplaçament pot funcionar com un filtre per a practicar exercici físic entre les persones grans, ja que són les edats més avançades les que mostren un menor nivell de practicants en centres no institucionalitzats.

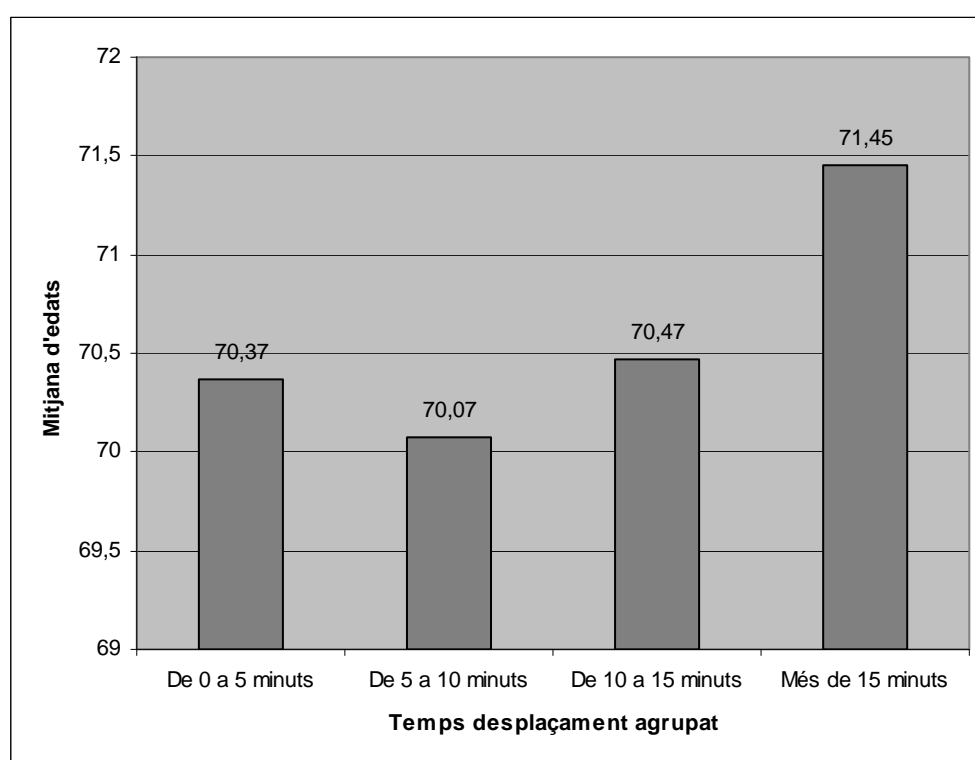


Figura 52. Evolució de l'edat en funció del temps de desplaçament

#### 6.5.4.- Estat civil

El 60,2% de les persones de 60 o més anys declaren estar casades. Els que juguen a petanca mostren un major percentatge de persones casades amb un 84,4%, fet que té a veure molt probablement amb la masculinitat d'aquest tipus de pràctica.

Dels homes casats en els grups de gimnàstica i tai- txí que són grups dels PEFCGGC's, tot i que no s'ha preguntat de manera específica, molts d'ells, mentre han contestat al qüestionari, han manifestat que eren parella de la usuària dels programes sociomotrius. A la inversa, de les dones usuàries dels grups de petanca, moltes d'elles ho fan conjuntament amb el seu marit. Aquestes dades coincideixen amb altres estudis duts a terme (Burriel, 1989).

Un 30,6% dels nostres usuaris/es són vidus/es. Si sumem a aquest col·lectiu el de persones que viuen soles i que estan separades (6,6% més), podem tenir una percepció bastant aproximada de l'important paper relacional i socialitzador que es deriva del foment de la pràctica esportiva analitzada.

L'anàlisi de l'estat civil de les persones en funció del tipus d'instal·lació dels que tenen 60 anys o més, ens indica que els casats/es són majoritaris en les activitats de gimnàstica, tai- txí i petanca. D'altra banda, els vidus/es són majoritaris/es entre els caminants i els institucionalitzats.

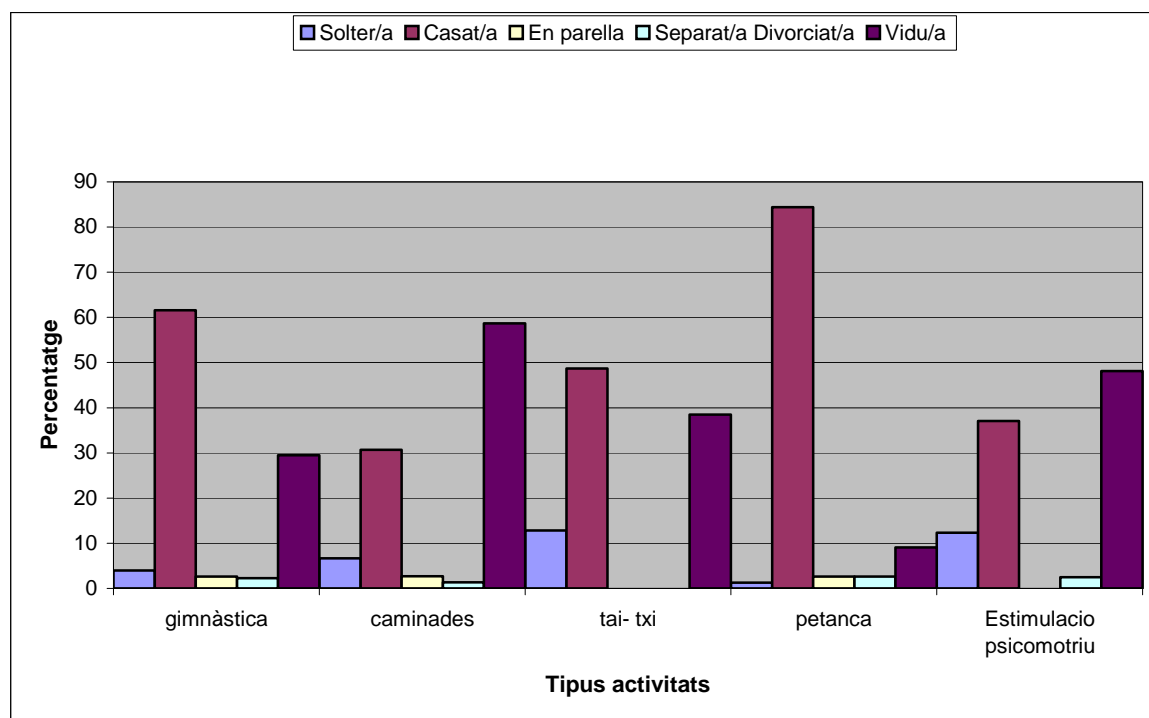


Figura 53. Estat civil segons el tipus d'activitat.

### 6.5.5.- Nivell d'estudis percebut

El nivell d'estudis és baix, amb un 85,8%, mentre que només el 14,2% restant asseguren tenir un nivell equivalent al de secundària o universitari, tal i com queda palès a la figura número 54. A banda de les mancances de formació acadèmica formal de la nostra generació més envellida, aquestes dades posen també en evidència el caràcter eminentment popular d'aquestes propostes de lleure.

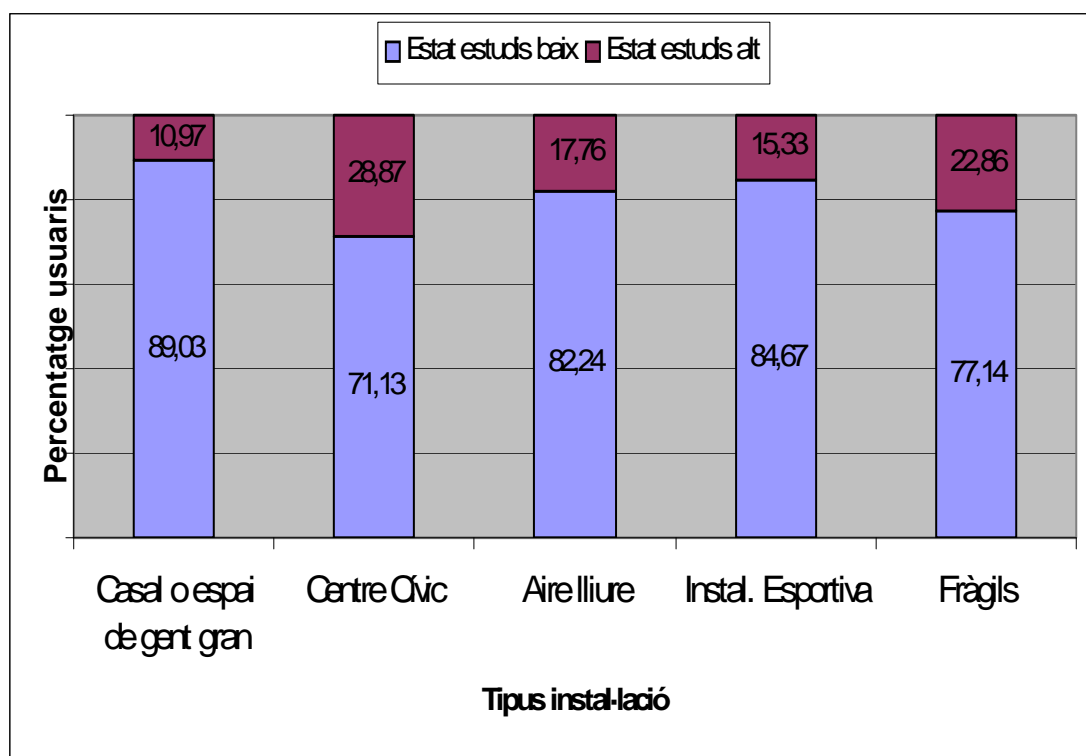


Figura 54. Nivell estudis percebut segons instal·lació de pràctica

Als casals de gent gran tendeixen a tenir usuaris amb el nivell acadèmic més baix (89,03% dels usuaris), mentre que els institucionalitzats són els que mostren el nivell més alt, derivat del fet de que l'hospital de dia analitzat a Granollers està vinculat amb persones amb un perfil social mig alt, tal i com queda palès a la figura número 55.

Per últim, les persones que tenen un nivell d'estudis baix tenen una mitjana en edat de pràctica de 8,40 anys, mentre que els que tenen un nivell d'estudis alt,



tenen una mitjana de 12,14 anys, amb la qual cosa es demostra en aquest cas que la formació acadèmica es vincula amb una experiència esportiva més àmplia.

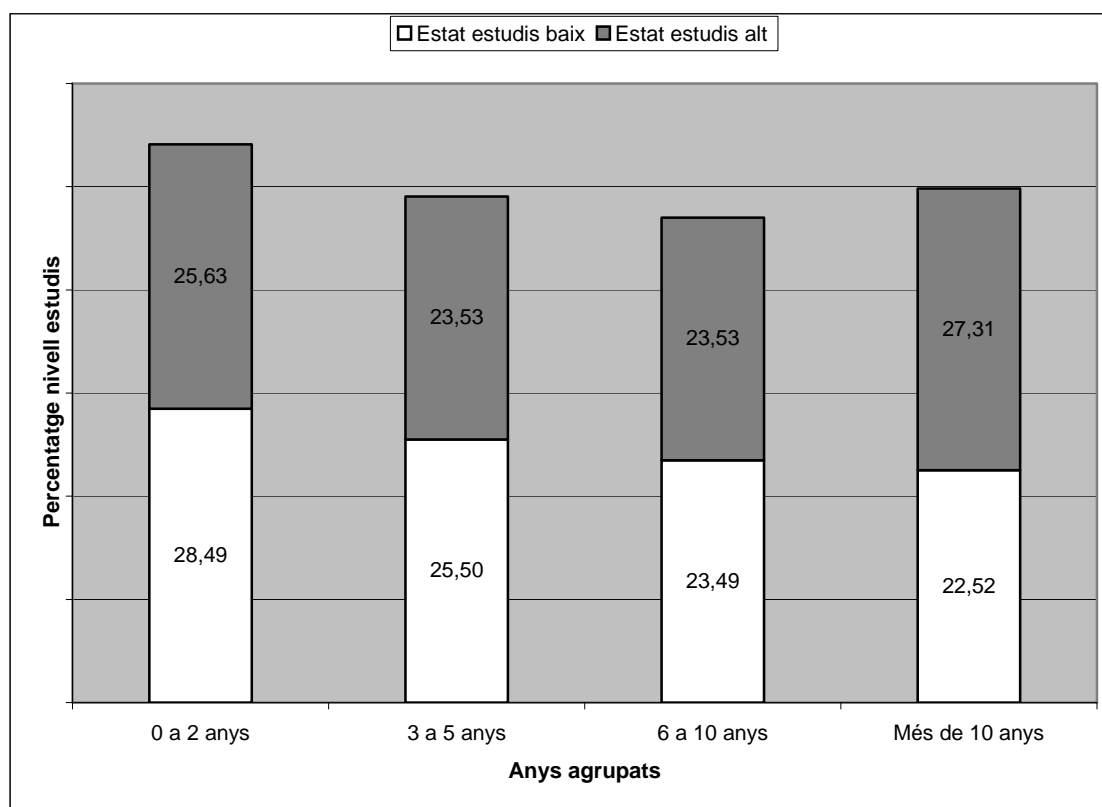


Figura 55. Temps de pràctica i nivell d'estudis percebut.

### 6.5.6.- Nivell econòmic percebut

Les variables econòmiques ens indiquen que els usuaris declaren en un 63,1% dels casos tenir un nivell econòmic normal. Només el 10,4% declaren tenir un nivell econòmic percebut alt, mentre que el 26,6% declaren un nivell econòmic percebut baix. Aquesta dinàmica es trenca només en el cas de les persones institucionalitzades, pels dos extrems, tal i com es demostra en la figura número 56.

En quant a la relació entre tipus de pràctica i nivell econòmic percebut, també aquí els fràgils marquen una diferenciació respecte la resta de practicants per les mateixes raons citades anteriorment. D'altra banda, els practicants de petanca formen una major proporció de persones que tenen un estat econòmic percebut més alt.

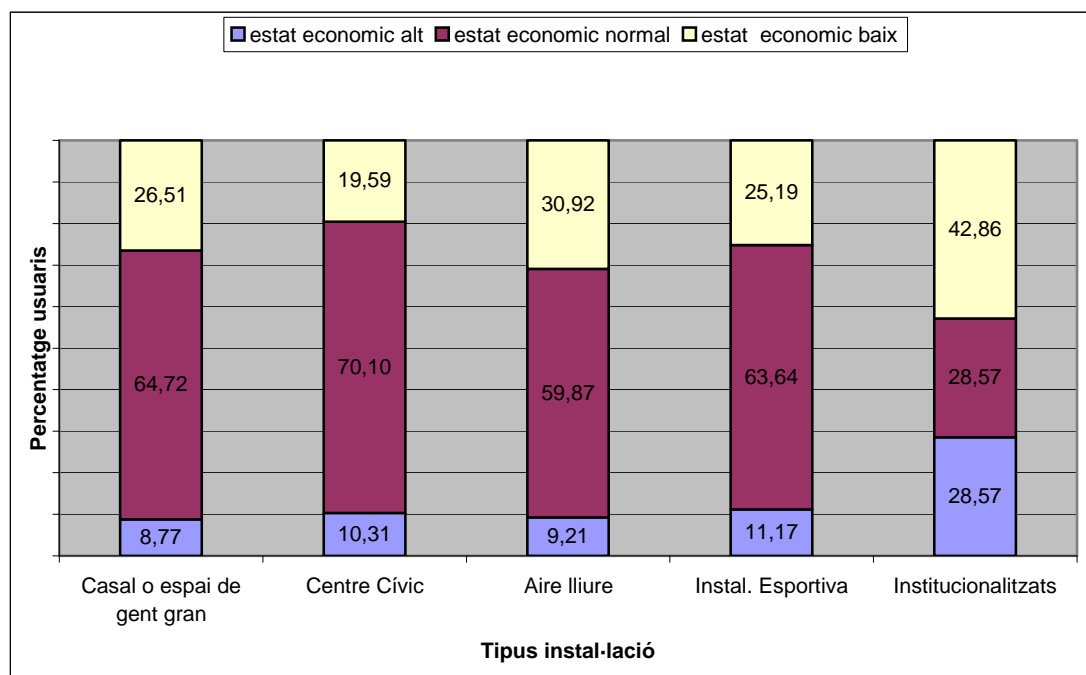


Figura 56. Perfil econòmic percebut dels usuaris segons la instal·lació.

Destacar també el baix percentatge de persones amb un nivell econòmic percebut alt entre els caminants. Si exclouem els institucionalitzats, veiem que són els usuaris dels PFCGGC's que duen a terme gimnàstica i tai- txí, els que mostren un nivell molt baix també en quant al percentatge de persones amb estat econòmic percebut alt.

Per tant, els usuaris dels nostres PFCGGC's són persones amb un nivell econòmic percebut mig- baix, el que destaca el caràcter eminentment popular d'aquest tipus de pràctica i que està en consonància amb el fet de que aquest tipus de serveis es recolzen per institucions públiques com els ajuntaments o la Generalitat de Catalunya.

Relació entre Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut i els usuaris de Programes d'Exercici Físic Comunitaris per a Gent Gran de Catalunya

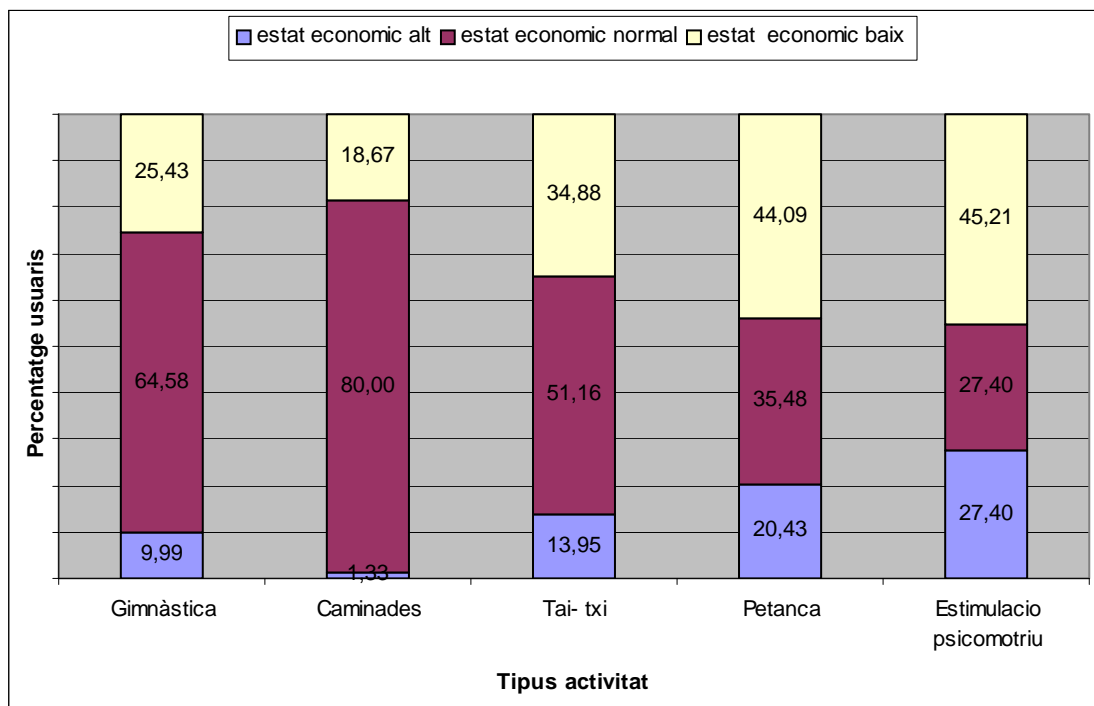


Figura 57. Distribució dels usuaris en funció del tipus de pràctica i el nivell econòmic percebut.

D'altra banda, el nivell econòmic percebut alt també sol marcar una forma diferent de desplaçar-se, el que indica que aquests tipus d'usuaris tenen més possibilitats de desplaçament i una major autonomia, tal i com queda reflectit a la figura número 58.

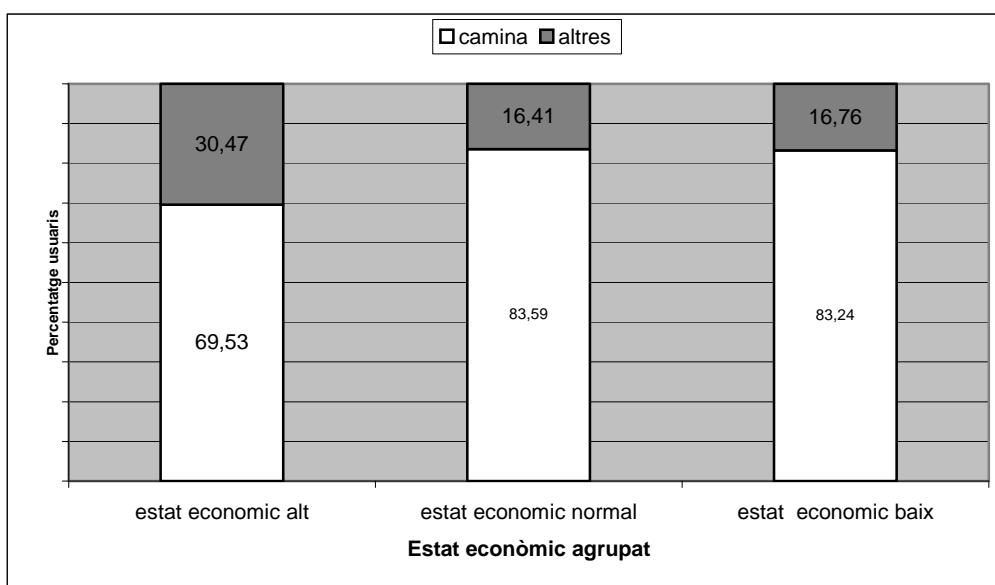


Figura 58. Forma de desplaçar-se i nivell econòmic percebut.

### 6.5.7.- El cas dels PEFCGGC's

#### 6.5.7.1.- Distribució per edats

Si fem un anàlisi agrupat de dos en dos anys de les freqüències d'edat del usuaris dels PEFCGGC's (gimnàstica, tai- txí i estimulació psicomotriu), sense acotar l'edat a 60 anys o més, tal i com es fa a la figura número 59, podem observar que les persones que practiquen activitat física en un programa de les nostres característiques, comprenen una àmplia franja d'edats que va des dels 50 anys fins els 94, el que equival a 44 anys de la vida d'una persona. En moltes ocasions, en un mateix grup es troben persones amb una dispersió d'edats molt marcada. De forma que per al seu anàlisi podríem agrupar tres grans franges d'edats.

- Un grup predominant en quant a número, que són les persones que tenen entre 66 i 75 anys, dintre del qual es troba la mitjana de la nostra mostra i constitueix més de la meitat de les persones incloses a la present recerca (56%).
- Un segon grup de gent gran jove, menors o iguals de 65 anys, que constitueixen el 28% de la mostra. Aquest col·lectiu és el que garanteix el relleu generacional de les persones que constitueixen les gimnàstiques de manteniment. Cal destacar que en alguns casos es permet la pràctica als programes sociomotrius, a les persones pensionistes, que tot i no tenir encara 60 anys tinguin alguna deficiència o malaltia per a la qual la intensitat de pràctica així com la proposta pedagògica d'aquest tipus de gimnàstica sigui adequada.
- Comentar també que aquí s'inclou el col·lectiu de persones menors de 60 anys, que es troben en un moment intermig entre adult i vell. M<sup>a</sup> Angels Treserra ens diu en la seva *Introducció al Pla Integral de Catalunya*, al

respecte: "Apareix un nou grup d'edat, que serien els vells - joves. Persones jubilades amb parella, amb bons nivells de salut i encara ben integrades en les seves vides familiars, socials i polítiques. El concepte de vellesa de fa unes dècades correspon ara a la ancianitat (vellesa- vellesa), que és un grup especialment vulnerable i amb necessitats socials i assistencials específiques" (Treserra, A., 1993).

- Per últim, el col·lectiu de més de 75 anys és el més reduït, amb el 16% dels participants. És el de persones amb més dificultats i un estat d'autonomia més limitat. Per tant, és lògic que sigui el menys abundant. Els majors de 75 anys presenten en conjunt, necessitats i problemàtiques socials en avançar l'edat, lligades a les condicions de mobilitat i salut. Tot i això, a mesura que s'incrementa l'EV, els 75 anys sovint constitueixen encara una etapa plenament activa. En aquest grup es troben no obstant, les persones amb més risc de malaltia i en situació de fragilitat. Persones que són el centre del debat actual sobre la dependència (Sintes & Ramón, 2003).

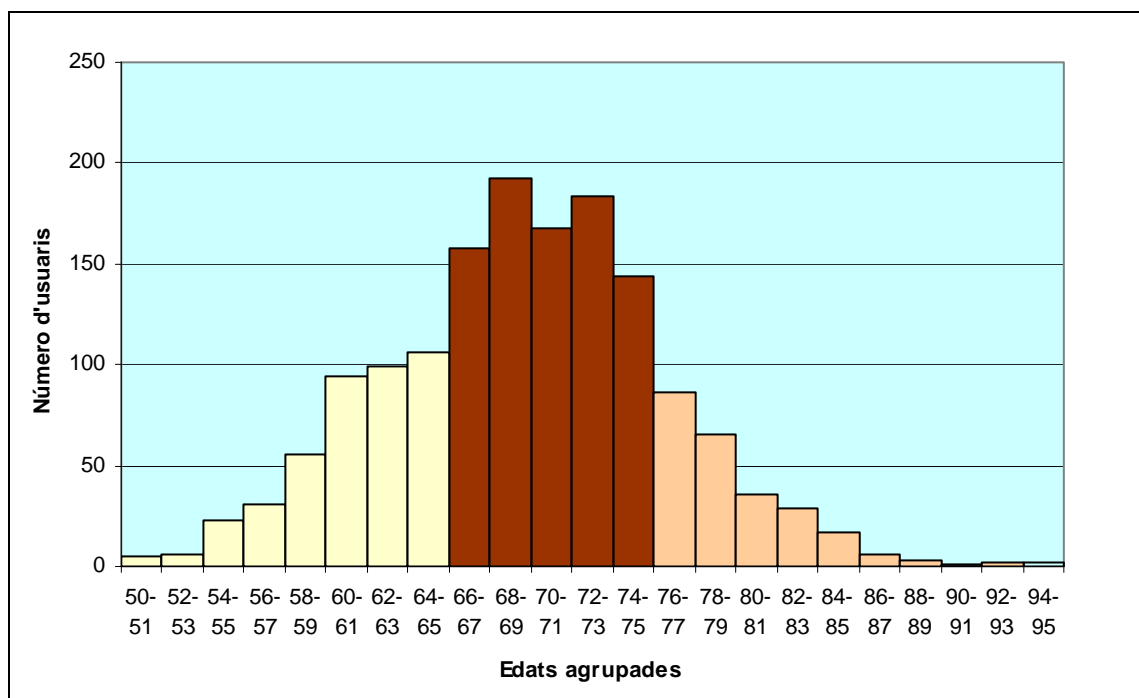


Figura 59. Distribució agrupada de dos en dos de les edats dels usuaris enquestats.

### 6.5.7.2.- Edat en funció del tipus i anys de pràctica

Si comparem només els grups dels usuaris dels PEFCGGC's incloent totes les edats, obtenim dades amb significació estadística entre els tres grups, que es reflecteixen en la figura número 60. En ella veiem que les persones més joves són les de gimnàstica, i el grup intermig és el de tai- txí. Queda el grup d'estimulació psicomotriu com el d'un promig més gran d'edat, propi de les persones institucionalitzades.

En funció de la instal·lació de pràctica ja hem vist que tot i no haver significació estadística fora dels grups propis de les persones institucionalitzades, els que practiquen en instal·lacions esportives mostren una mitjana d'edat més jove amb 69,09 anys, seguit dels casals de gent gran amb 70,62 anys i per últim, les persones de centre cívic, amb 71,08 anys. Aquest fet ens pot donar pistes respecte els tipus d'usuaris que poden venir a determinades instal·lacions esportives, on seran les persones més joves o adultes, les que primer s'implicaran en programes esportius.

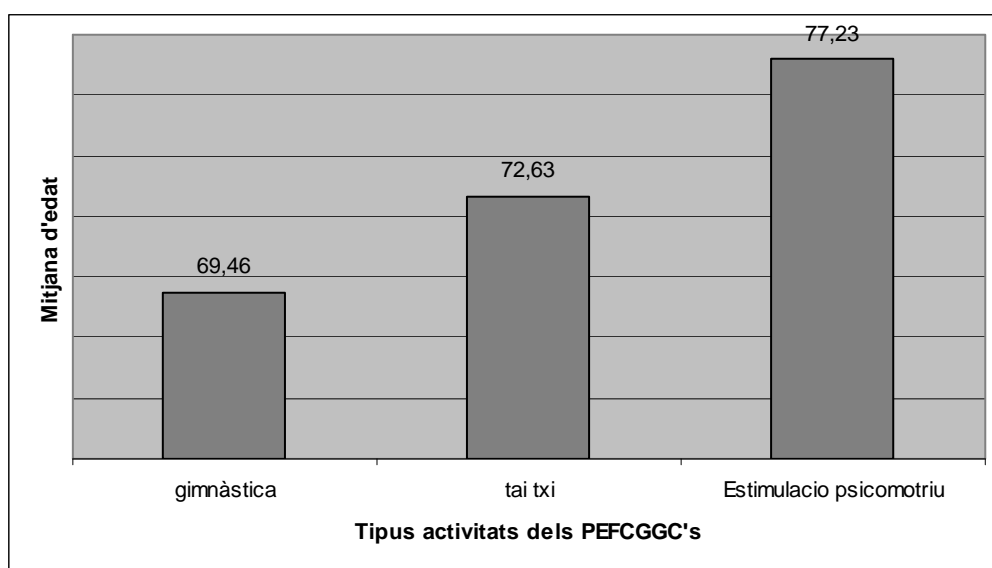


Figura 60. Mitjanes d'edat dels grups dels PEFCGGC's.

La distribució dels anys de pràctica reflectida en la figura número 61 ens indica que a mida que s'incrementa l'edat, els anys de pràctica també ho fan. Per tant, la tendència ens indica que a mida que passa l'edat és més difícil iniciar-se en un programa esportiu. Les persones molt grans que fan esport ho fan perquè tenen un itinerari previ desenvolupat anteriorment que els hi permet mantenir els nivells de pràctica esportiva a edat molt avançada. L'esport és un hàbit conductual que s'integra amb facilitat en edats joves.

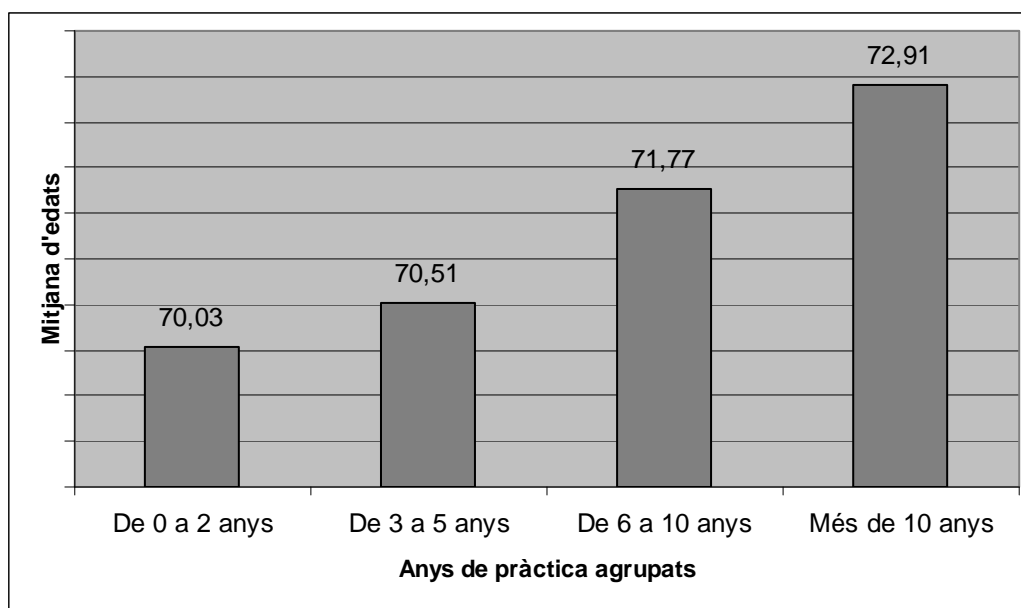


Figura 61. Mitjanes d'edat dels grups dels PEFCCGC's en funció dels anys de pràctica.

### 6.5.7.3.- Paper de contenció de la dependència dels casals

Els diferents grups de PEFCCGC's posen de manifest la importància d'aquest tipus de pràctiques per a les dones (Fortuño, 2004). Ja hem vist com els casals de gent gran són instal·lacions on la gimnàstica concentra els majors percentatges de dones respecte els d'homes conjuntament amb els centres cívics.

Les instal·lacions més properes són, conjuntament amb els centres cívics, els casals de gent gran. Les condicions d'apropament de la pràctica són elements determinants en aquest aspecte. La distribució d'aquest tipus d'instal·lació en la

major part dels barris de les poblacions i la seva densitat garanteix en gran mesura que aquest sigui un servei de proximitat respecte el lloc on viuen els nostres grans.

Aquests elements ens fan pensar en els casals de gent gran com centres d'acolliment i d'esbarjo que permeten millorar i/o mantenir la salut dels seus usuaris. Estableixen una funció de vincle entre l'entorn més proper de la persona gran i l'entorn relacional del seu barri. Són, des del nostre punt de vista, equipaments de contenció de l'aïllament social i de retruc, del sedentarisme.

Cal considerar també un altre factor important relacionat amb els casals com elements de contenció de la dependència. Aquest tipus d'instal·lacions tenen un número de persones practicants d'exercici físic amb un nivell social, educatiu i econòmic més baix. I en sintonia amb tots els estudis consultats i els resultats del nostre, són precisament les persones amb un nivell econòmic i d'estudis més baix les que mostren un percentatge de problemes de salut superior en pràcticament totes les dimensions de la nostra recerca.

A l'apartat 2.5.2.4. hem destacat la importància de la salut com indicador social. La desigualtat social es pot entendre com un element generador de morbiditat (Benach, 2005). La implantació de centres generadors de serveis comunitaris en espais socials i geogràfics necessitats, crea les condicions de possibilitat per reequilibrar potencials situacions de desigualtat i per tant podem entendre els centres dirigits a col·lectius de gent gran com elements de contenció social i sanitària.

A mida que l'edat augmenta, i es van patint pèrdues en l'estat de salut, la gent gran tendeix a desvincular-se dels centres normalitzats com els centres específicament esportius o els centres cívics, i tot i no arribar encara a la incapacitat funcional es plantegen altres alternatives més properes a les llars de residència.



Ja hem vist que les condicions de salut dels practicants en casals de gent gran no estan exemptes de problemes. Les persones que van als casals de gent gran solen tenir una alta prevalença de malalties de tipus crònic, tot i que aquesta característica no és impediment per a poder continuar fent una vida normal en quant al seu nivell d'autonomia i capacitat de desplaçament. És aquest el motiu pel qual moltes persones grans cerquen alternatives de pràctica en centres propers al lloc de residència habitual com són els casals de gent gran. Troben en aquesta instal·lació de proximitat, un lloc de convivència en el camp del lleure, entre persones grans, adequada als seus nivells de salut i adaptat al seu nivell de motricitat.

Una usuària d'un casal de gent gran, sense demanar-li de manera expressa, al fer-nos arribar el qüestionari complimentat per ella mateixa, ens escriu (Enquesta 338):

*“Lo bueno es que procuro hacer lo posible por no quedarme en casa lamentándome sino que procuro salir con mis amigas, moverme y no pedir ayuda.*

*Lo malo es que a veces me es imposible conseguir hacer una vida normal pero*<sup>38</sup>*el dolor me desanima mucho y entro en un estado de ansiedad” .*

Tot i l'aparició de pluripatologies, la major part de vegades, no és impediment per a seguir amb normalitat el ritme i la intensitat proposada pels professionals de l'exercici físic.

---

<sup>38</sup> S'ha volgut mantenir el text íntegre tot i les incorreccions sintàctiques.

## 7.- CONCLUSIONS

La dignidad de la vida humana estriba en no aceptar cualquier tipo de vida, sino aquella que, en opinión del sujeto, vale la pena de ser vivida.

Mosterín, J., *La buena muerte*, El País, 12 abril 2005.

*En aquest capítol es recullen les conclusions més importants corresponents a cadascuna de les hipòtesis del present treball. Al darrer apartat es fa una reflexió de tipus epistemològic respecte l'objecte de mesura de la present recerca, que ens permet tornar a plantejaments teòrics de l'inici del present document.*

7.1.- Conclusions referents a la primera hipòtesi	331
7.2.- Conclusions referents a la segona hipòtesi	331
7.3.- Conclusions referents a la tercera hipòtesi	332
7.4.- Conclusions referents a la quarta hipòtesi	333
7.5.- Reflexions finals	333

### **7.1.- Conclusions referents a la primera hipòtesi**

Els usuaris grans que practiquen exercici físic en els PEFCGGC's presenten unes valoracions subjectives respecte el seu estat de salut percebut detectat en l'EVA superiors (70,7) a les del col·lectiu de gent gran sedentària de l'ESCA'02 (58,10). Aquestes puntuacions diferencials es mantenen quan es fa la distribució en funció del gènere. Per tant, des de la perspectiva de l'EVA podem dir que les persones que practiquen activitat física en els PEFCGGC's mantenen una percepció de la salut millor que les que tenen la població sedentària de Catalunya del seu mateix grup d'edat i per tant, es confirma la primera hipòtesi.

Les dimensions del SD mostren un gradient diferencial a favor d'un número de problemes inferior en el cas dels usuaris dels PEFCGGC's. No obstant, aquest menor percentatge de problemes no és homogeni en totes les dimensions del SD. Les diferències són importants en les dimensions amb un component més físic, mentre que en les dimensions *dolor/malestar* i *ansietat/depressió*, són bastant equilibrades. La variable edat ens mostra que les diferències entre les diferents dimensions s'accentuen a mida que les persones són més grans. Per tant des d'aquest punt de vista podem dir també que es confirma la primera hipòtesi.

### **7.2.- Conclusions referents a la segona hipòtesi**

La valoració de contrast dels resultats per a la verificació d'aquesta hipòtesi ens indica efectivament que la QVRS per part dels usuaris dels PEFCGGC's és diferent en els aspectes relacionats amb el tipus d'instal·lació i pràctica esportiva. En especial, es presenten com resultats significativament diferenciats els usuaris que practiquen activitat física a l'aire lliure, respecte els que ho fan en PEFCGGC's. Aquests resultats queden palesos en les cinc dimensions analitzades corresponents.

Referent a l'EVA, els usuaris a l'aire lliure han obtingut la mitjana de QVRS més alta de les pràctiques analitzades amb 77,30 i en especial els de caminades amb 80,13.

Referent al SD, els usuaris que mostren una valoració més baixa de problemes són els que fan la seva pràctica a l'aire lliure també, tret de les dimensions de *dolor/malestar i ansietat/depressió*. Els caminants mostren un percentatge de problemes més gran de *dolor/malestar*.

És també important destacar que dels grups que integren els PEFCGGC's, els institucionalitzats són els que mostren unes puntuacions amb un major número de problemes en pràcticament totes les dimensions del SD i unes puntuacions molt baixes en el cas de l'EVA. No obstant, aquest col·lectiu mostra un percentatge molt baix de problemes en la dimensió *dolor/malestar*. Aquesta diferència és ja detectada amb altres estudis i es coneix amb el nom de "paradoxa de l'envelliment".

### **7.3.- Conclusions referents a la tercera hipòtesi**

Els resultats confirmen les dades de les recerques aplicades a la població en general respecte la QVRS. Es demostra que els usuaris dels PEFCGGC's que tenen una menor QVRS són les persones més grans, les dones, les persones que estan soles, les que tenen un nivell formatiu i econòmic menor i que viuen en poblacions de dimensions demogràfiques més grans.

Aquests resultats queden palesos en les dues dimensions analitzades corresponents a l'EVA i el SD. Per tant, es confirma la tercera hipòtesi. No es mostren diferències qualitativament diferents entre els subgrups dels PEFCGGC's de gimnàstica i tai-txí. Recordem que els grups d'institucionalitzats no han estat tractats en aquest apartat per a poder mantenir

els criteris comparatius de les dades respecte altres estudis similars efectuats al respecte.

#### **7.4.- Conclusions referents a la quarta hipòtesi**

De l'anàlisi de les dades corresponents a aquest apartat podem concloure que es confirma la quarta hipòtesi. En especial es confirmen les dades corresponents al gènere i l'edat dels enquestats.

Són els practicants a l'aire lliure els que mostren una edat més jove amb una mitjana de pràctica de 68,22 per als de petanca i 69,99 per als de caminades. Els institucionalitzats, són els que mostren una edat més alta de mitjana.

Referent al gènere, les dones tendeixen a practicar en els PEFCGGC's, mentre que els homes prefereixen la petanca. Són els homes els que tenen un itinerari esportiu més dilatat en el temps.

#### **7.5.- Reflexions finals**

El disseny dels qüestionaris sobre QVRS parteixen del supòsit que la percepció subjectiva de la QDV és un predictor de l'estat de salut. Aquest fet té consideracions certament epistemològiques. En el fons, del que es tracta és de que l'autopercepció que tenim de nosaltres mateixos té un valor informatiu i per tant és susceptible de mesurar-se i de ser tractat des d'un punt de vista científic.

Ens pot resultar difícil donar confiança informativa a la percepció del "sentir-se". Tenim la convicció que els estats anímics es modifiquen segons el moment en que ens trobem, que no són estables, que depenen del nostre estat d'humor i que difícilment es pot fer ciència en aquestes condicions de canvi.

Es podrà objectar també que les percepcions subjectives no tenen una realitat evident i externa, i per tant, no és possible avaluar-les. Que precisament per a obtenir resultats de manera correcta s'han de deixar de banda variables com les emocions. Que el procés de raonament científic ha de consistir en aïllar-les, ja que tampoc podem mesurar des d'un punt de vista quantitatiu aspectes qualitatius i subjectius de la persona.

Però la veritat és que tots els professionals que treballem amb la gent gran coneixem la incidència de les emocions sobre el seu estat no només cognitiu sinó també físic. A tots ens influeixen els aspectes volitius i emocionals. Però és en els vells on aquesta dimensió resulta especialment significativa. Probablement per les pèrdues que esdevenen en aquest moment vital.

Cada vegada són més els estudis poblacionals sobre persones en bon estat que incorporen mesures d'aquestes característiques precisament perquè encara que resulti paradoxal, les dades obtingudes resulten estables i estan sotmeses a poca variació estadística en el temps, el que permet una correcta fonamentació metodològica i teòrica (IMSERSO, 2004). I és que la percepció que es té d'un mateix pot ser tant o més important que l'estat físic objectiu, al valorar l'envelliment des d'un punt de vista satisfactori. La salut entesa com el conjunt d'afeccions ha deixat de ser l'únic indicador d'envelliment.

També els qüestionaris han estat suficientment validats i dotats de fiabilitat en mostres àmplies, de diferents països i cultures i per tant, el paper científic i informatiu dels instruments de mesura de la QVRS està contrastat.

Però hi ha una altra raó per a nosaltres més important per a defensar la mesura de la QVRS que té a veure amb la nostra cultura postmodernista actual. Som fills de l'època que ens toca viure i això es reflecteix en la manera de pensar i de plantejar els problemes relacionats amb la forma d'entendre la realitat que ens envolta. Hem parlat durant la tesi de la importància que la nostra societat li dóna al cos, com substracte somàtic i reducte de les nostres emocions.

Emocions que es presenten com factor essencial per a l'adaptació a l'entorn canviant i volàtil, com clau generadora de relacions interpersonals i com element de coneixement. El control d'impulsos, l'autoconsciència, la motivació, la perseverança, l'entusiasme, l'empatia, són conceptes fonamentals a desenvolupar per a una bona adaptació social, psicològica i cognitiva.

La mesura dels aspectes subjectius és una manera d'entendre la globalitat de la persona com element del coneixement. La ignorància dels factors englobats dintre del que es denomina intel·ligència emocional ens pot dur a desajustos psicològics i socials. I no són aspectes que puguin ser menyspreats. Ja hem vist com les dimensions *dolor/malestar i ansietat/depressió*, són les que mostren una major prevalença de problemes entre els nostres enquestats.

Ens posicionem així contra la tendència positivista que exclou emoció i sentiment com a fonts de coneixement i les marca com impròpies de la ciència, tendint a interpretar el subjecte en clau de conducta externa. Les emocions formen part, o millor dit, són pensar i són coneixement. Recordem també quan fèiem referència a la unitat entre l'objecte i el subjecte de coneixement.

És important mencionar els descobriments actuals en matèria de neurociència, on les emocions són aspectes imprescindibles per a la presa de decisions i del coneixement de l'entorn de les persones. I en especial d'un tipus de coneixement que tenim en moltes ocasions descuidat i del que només ens ocupem en ocasions molt concretes. Ens referim a la informació que ens proporciona el propi cos i específicament la percepció somatoestésica, pròpia del processament de les percepcions internes de l'estat de les nostres vísceres i del nostre sistema sensorial propioceptiu.

Els sentiments ens possibiliten prestar atenció al cos de manera concentrada com durant un estat emocional, o vagament, durant un estat de consciència. Aquestes percepcions ens creen com un "*estat de fons*", que inunda les



sensacions de benestar que ens afecten i que repercuteixen en la valoració tant del nostre cos com de la visió de la nostra vida (Damasio, 2004).

Com diu Damasio, (2004, p.190): *“Los sentimientos nos ofrecen un atisbo de lo que sucede en nuestra carne al yuxtaponerse una imagen momentánea de dicha carne a las imágenes de otros objetos y situaciones; al hacerlo así, los sentimientos modifican nuestra noción comprensiva de tales objetos y situaciones. A fuerza de yuxtaposición, las imágenes corporales confieren a las demás imágenes una calidad de buen estado o de mal estado, de placer o dolor”*.

Les interpretacions neurològiques actuals, al considerar les emocions com una font de coneixement més, recolzen els postulats del constructivisme, que ha estat la principal fonamentació teòrica d'aquesta tesi. Les emocions són importants per a la vida i són l'altra cara de la moneda epistemològica. No hi ha projectes, o generació d'idees al món que no es fonamentin en emocions concretes. Per tant, aquesta part del nostre ser que ha estat durant molts segles hostilment tractada cal que es consideri en la seva veritable dimensió i autèntica realitat. En aquest sentit, cal rescatar i donar el lloc que li pertany dintre del context ontològic i epistemològic humà, al mal anomenat factor “irracional” de les persones.

Morin podria resumir a forma de corol·lari el que hem volgut dir (1974, p.235): *“... el hombre no puede verse reducido a su aspecto técnico de homo faber, ni a su aspecto racional de homo sapiens. Hay que ver en él también el mito, la fiesta, la danza, el canto, el éxtasis, el amor, la muerte, la desmesura, la guerra,... No deben despreciarse como ruidos, residuos o desechos, la afectividad, la neurosis, el desorden, la aleatoriedad. El auténtico hombre se halla en la dialéctica sapiens- demens...”*.

## 8.- LIMITACIONS I CONSIDERACIONS PER A UN FUTUR

De quins serveis parlem?. De l'atenció a domicili, dels cuidadors i de les cuidadores, dels professionals de la salut, de les residències, dels pisos assistits,... Es tracta de treballar en xarxa perquè la gent se senti atesa, independentment del lloc on visqui, com vostès ens han recordat. Hem d'augmentar els nivells de cobertura d'aquests serveis, i ho hem de fer des de l'equilibri territorial i social i, evidentment, des de la coordinació de tots els serveis i des de tots els professionals.

Consol Prados. Diputada al Parlament de Catalunya. *Sessió sobre la situació de la dependència a Catalunya, la política i la gent gran i les pensions per viure*. Núm. 7, dilluns 3 d'octubre de 2005, edició amb motiu del Ple de l'experiència.

*Hem agrupat les línies de recerca que pensem importants en aquesta tesi en relació a diferents temes d'interès: hàbits saludables, metodologia d'avaluació de QVRS respecte la gent gran que practica esport i gestió de serveis esportius dirigits a la gent gran.*

8.1.- QVRS i hàbits saludables	339
8.2.- Aspectes metodològics	340
8.3.- Una preocupació per als gestors: garantir la continuïtat de l'itinerari esportiu	341

### 8.1.- QVRS i hàbits saludables

La implementació dels PEFCGGC's va dirigida a un tipus de col·lectiu molt específic de població i que està gestionat ja sia de forma directa o bé per la via de l'externalització del servei per institucions públiques que li donen un caràcter social diferenciador. Per tant, seria interessant ampliar l'anàlisi de la QVRS dels usuaris esportistes grans d'aquesta recerca a d'altres tipus de practicants esportius grans, en base a tres criteris principalment:

- Tipus de pràctica esportiva.
- Tipus de gestió de l'activitat.
- Tipus d'instal·lació esportiva.

Aquest anàlisi ens donaria un ventall ampli de valoracions que ens permetria quantificar amb criteri objectiu la repercussió de l'exercici físic en la salut de les persones al voltant de tot l'espectre de pràctiques físiques que duen a terme les persones grans.

D'altra banda no està quantificada la quantitat de persones que practiquen activitats gimnàstiques en la població catalana, tret d'inferències extretes dels resultats d'estudis poblacionals. Pensem que pot ser important per al coneixement de l'impacte real de les polítiques esportives territorials, quantificar la pràctica esportiva de la gent gran en funció de les diferents institucions i instal·lacions de pràctica, així com conèixer les particularitats pròpies de cada territori.

També pensem que caldria establir un cens d'activitats en funció dels casals de gent gran i de centres cívics en tot el territori català, que conjuntament amb el cens d'instal·lacions esportives i els equipaments socio- sanitaris, ens permetés

quantificar l'impacte real i concret de la pràctica física des d'una perspectiva social.

Destacar també la mancança d'estudis sobre activitat física i hàbits saludables que hi ha al nostre estat, el que ja alguns autors han posat en evidència (Ortega Sánchez- Pinilla, 2003; Varo Cenarruzabeitia, et al., 2003). En aquest sentit, l'aparició d'estudis d'aprofundiment sobre *envelliment actiu* des d'una perspectiva longitudinal, podrien donar pautes de coneixement de quines són les variables crítiques a controlar per a millorar les condicions de vida i de salut dels nostres futurs vells i quin és el veritable espai que ocupa la pràctica esportiva en aquest procés. Per tant, creiem que aquesta és una línia de treball que no hem d'oblidar de cara a properes intervencions en el camp de la recerca gerontològica del nostre àmbit geogràfic.

## **8.2.- Aspectes metodològics**

Des d'una perspectiva metodològica considerem els estudis longitudinals, una línia imprescindible de desenvolupament, ja que a part de que permet un coneixement en profunditat de la repercussió real de la pràctica física en les persones que la duen a terme, donen la possibilitat de contrastar els resultats obtinguts des d'una perspectiva transversal, el que podria confirmar les relacions associatives establertes entre les diferents variables analitzades tant en el nostre estudi com en d'altres de similars.

En la línia de la visió de l'activitat física com una manera d'incidir en l'individu des d'una perspectiva global, considerem important la incorporació d'instruments de QVRS en les valoracions sobre exercici físic en la nostra població des de l'àmbit del lleure, com a forma complementària de recaptar informació respecte l'avaluació dels programes d'exercici físic.

Aquestes mesures sobre QVRS aplicades a persones grans que practiquen esport haurien de ser complementades amb dades referents al nombre i tipus de medicaments consumits i prevalença de morbiditat, de manera que s'estableixin estudis salutogènics més amplis, que emfatitzin els aspectes relacionats amb el benestar i la QDV, tant des d'una perspectiva qualitativa com quantitativa.

D'altra banda, caldria establir sistemes de mesura de la QVRS compatibles amb persones amb dèficits cognitius, propis de les persones grans, moltes d'elles institucionalitzades.

Per últim comentar que existeix una variable, el període en que es du a terme la complimentació del qüestionari, que considerem que pot tenir la seva importància en la percepció que els nostres usuaris tenen respecte la seva QVRS. No hem trobat literatura científica que corrobore aquesta apreciació. Pensem que passar un qüestionari en dia d'hivern, plujós, amb fred i amb poca intensitat de llum solar, o en període de plena efervescència d'un dels brots gripals que es repeteixen periòdicament al nostre país, pot ser un element a valorar en noves recerques aplicades a un col·lectiu especialment vulnerable com és el de les persones grans.

### **8.3.- Una preocupació per als gestors: garantir la continuïtat de l'itinerari esportiu**

L'experiència diària ens indica que poc a poc el cercle de comunicació físic i social es va reduint indefectiblement conforme les facultats de la persona gran és van fent més deficients. L'autonomia de les persones grans es veu afectada de forma inexorable amb el temps. Les possibilitats de desplaçament disminueixen de forma que l'àmbit de relació geogràfic passa de ser de ciutat, a barri o districte per acabar finalment a confinar-se a la seva pròpia llar. També les possibilitats de relació social sembla que pateixin un procés reductor progressiu directament proporcional al seu estat físic i emocional. En aquesta

situació garantir la pràctica d'activitat física per a la major part dels nostres vells es presenta con un veritable repte per als gestors esportius, socials i sanitaris. És precisament en els moments de fragilitat on es necessita una estimulació més important per a les persones que entren en aquesta fase.

Això implica posar a l'abast de la població llocs i recursos de pràctica adaptada a les característiques i als perfils dels diferents tipus d'usuaris per a garantir les possibilitats de fer exercici físic durant tot el cicle vital, *garantint la continuïtat de l'itinerari esportiu* de les persones grans durant el màxim de temps possible.

No hi ha dubte que el disseny de les ciutats, dels serveis personals i a nivell més concret les instal·lacions de pràctica esportiva dirigida a gent gran, hauria de ser un mal de cap a l'hora de garantir la QVRS mitjançant la pràctica d'exercici físic de les persones que hi viuen. I més en el cas de les persones grans. Recordem la importància de la perspectiva ecològica en els plantejaments sobre millora dels hàbits saludables de les persones i sobre implementació de programes d'exercici físic. L'interès de la recerca actual desplaça l'accent del subjecte a l'entorn. Dels aspectes motivacionals de pràctica, als ambientals. L'èmfasi no es posa tant en el *per què*, sinó en el *com*. I aquí un element important per a possibilitar la pràctica física esportiva entre els nostres vells és el lloc de pràctica.

Aquesta reflexió ens dóna elements per establir programes d'implementació de PEFCGGC's que tenint en compte el progressiu procés involutiu de l'envelliment, possibiliti la pràctica física al voltant de totes les situacions que una persona gran pugui anar experimentant fruit del seu procés normal de maduració. Ja hem vist que els PEFCGGC's recullen col·lectius molt diferents, d'edat i de nivells físics. Que en un mateix grup, solen conviure persones amb nivells i edats molt heterogènies (Fortuño, 1996). També hem vist com en documents genèrics com el de l'IMSERSO'04 es remarca la disminució de la capacitat de relació física i social a mesura que disminueixen les capacitats físiques i cognitives de les persones grans. Pensem que és un veritable repte

aconseguir, des d'un punt de vista no només social o sanitari, sinó també des de la perspectiva del lleure, mantenir amb garanties de qualitat la continuïtat de pràctica física amb la implementació de PEFCGCC's adaptats a cada circumstància i perfil de gent gran. Les propostes podrien adequar-se millor si fossin treballades en funció de perfils d'usuaris més homogenis. Ortega Sánchez- Pinilla, (2003) destaca precisament aquest aspecte, afirmant que la promoció de l'activitat física no té en compte les diferències interindividuals de les necessitats i circumstàncies que manifesten els pacients.

És per aquest motiu que fem a continuació una proposta de gestió de programes d'activitat física dirigida a gent gran distribuïda en funció de diferents nivells. Cada nivell d'actuació compta amb equipaments concrets, de manera que els casals de gent gran, centres cívics, instal·lacions esportives i centres socio- sanitaris formen part d'una xarxa unificada i organitzada com un tot. Utilitzar els serveis dirigits a gent gran a cadascuna d'aquestes instal·lacions, seria possible mitjançant un sistema integrat de xarxa esportiva, social, sanitària i socio- sanitària dels serveis públics.

Una proposta d'aquestes característiques coincideix amb la visió de l'envelliment com un procés vital que passa per diferents fases o cicles i que evoluciona en el temps amb una gran variabilitat de situacions, que finalitzen en una fase de dependència o incapacitat.

També està en coherència amb l'opinió del Síndic de Greuges, en el seu informe sobre la dependència (Generalitat de Catalunya, 2004) quan proposa articular un programa relatiu al *modus vivendi* de les persones grans que abordi globalment totes les possibilitats sobre el lloc on poden viure, a fi de facilitar-los la solució desitjada i la més adequada a la seva situació, de manera que també els sigui garantida la continuïtat assistencial.

Finalment mantindria una estructura homòloga de funcionament dels sistemes sanitari i social, que garanteixen la continuïtat d'atenció de la gent gran en



funció dels diferents tipus de necessitats. Des d'un punt de vista de planificació de serveis a la població doncs, per què no crear una organització equiparable a les anteriors, que coordini els seus esforços amb elles i que asseguri la integració social mitjançant el camp social i del lleure esportiu?. D'aquesta manera, tots plegats, podríem contribuir a retardar o evitar arribar precisament a situacions de dependència en la última fase de la vida de la persona.

Pensem que la planificació dels serveis esportius ha d'adequar-se a la realitat dels nostres usuaris i el manteniment dels nivells de pràctica durant tota l'experiència vital de les persones, sigui quina sigui la seva edat. Per al seu desenvolupament ens hem basat en les pautes de Heilderberg per a promoure l'activitat física entre les persones grans (OMS, 1996), on s'utilitza el concepte de "gradient de salut-condició física", i es fa una proposta de treball distribuïda en tres tipus de grups que equivalen també a tres tipus de programes en funció dels següents perfils:

- Grups en forma, sans.
- Grups amb baixa forma, no estan sans però són independents.
- Grups que no estan en forma, no estan sans i són dependents.

Aquesta proposta es resumeix a la taula número 69.

Taula 68. Gradient organitzatiu de serveis esportius per a gent gran.

<b>Criteris</b>	<b>“Gent Gran Jove”</b>	<b>“Gent Gran Activa”</b>	<b>“Gent Gran Limitada”</b>
Nivell Físic, Mental i Social	Bon estat	Primeres deficiències, malalties cròniques	Semiautònoms o discapacitats
Normes de Heilderberg (1996)	Bona condició física. Sans	Mala condició física. No sans, independents	Mala condició física. No sans, dependents
Tipus envelliment	Envelliment exitós	Envelliment normal	Envelliment patològic
Edat de referència	Esp. Vida en bona salut (60,78 anys)	Esp. Vida lliure d'incapacitat (67,89 anys)	Esperança de vida (79,87 anys)
Promig edat obtingut	66,77/ 68,59	69,82	74,92
Àmbit Relació	Ciutat	Barri	Equipament
Sexe	Homes- dones	Dones	Dones
Lloc de pràctica	Instal·lació Esportiva/ C. Cívic	Casal de gent gran	Residències/ Centres de dia

### 8.3.1.- Grup “Gent Gran Jove”

Les persones que pertanyen a aquest grup, tenen una capacitat autònoma per a dur a terme exercici físic de manera totalment normalitzada, amb les millors puntuacions de QVRS. Son persones que es troben en bona condició física, sanes, amb un nivell d'envelliment plenament satisfactori i desenvolupen amb total autonomia les activitats de la vida quotidiana. El seu nivell de qualitat de

vida relacionada amb l'edat, respecte la resta de col·lectius de gent gran, serà el més alt.

Les persones que hi pertanyen són preferentment persones grans joves, o adults majors. Agafem com a referència l'edat d'aquestes persones al voltant de l'EV en bona salut, que a Catalunya es troba al voltant dels 60,78 anys (Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003).

El seu àmbit de relació és ampli, en el sentit que les persones incloses en aquest apartat, es poden desplaçar per la ciutat o la població sense cap problema de mobilitat. També el seu nivell de relacions és més gran, al tenir un nivell de contactes més ampli.

El lloc de pràctica de la major part d'aquests usuaris és el corresponent a una instal·lació esportiva com poliesportius o gimnasos, i/o els centres cívics on la infraestructura d'aquestes instal·lacions està dissenyada específicament per a dur a terme la pràctica física i esportiva. Les persones que acudeixen a una instal·lació esportiva o un centre cívic són les que es desplacen més respecte el seu lloc de residència, si com ja hem vist anteriorment.

### **8.3.2.- Grup "Gent Gran Activa"**

Les persones que pertanyen a aquest grup, tenen un envelliment normal, en el sentit que tenen un important nivell de malalties, moltes d'elles de tipus crònic, que comencen a posar en evidència la seva capacitat d'independència. No es poden considerar plenament sanes. Tenen problemes de dolor, i estats d'ansietat amb una prevalença superior a la de la mitjana de la població gran. Però no obstant, no són condicionants suficients per a deixar de practicar exercici físic. Són encara independents i per tant es mantenen en situació d'autonomia. El seu nivell de QVRS és inferior a l'anterior cas.

Es situa l'edat de referència, al voltant de l' EVLLI, que a Catalunya es de 67,89 anys (Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003).

El seu àmbit de relació és reduït, en el sentit que el seu nivell de desplaçament es propi del seu barri o zona més propera al lloc de residència. Els usuaris que hi participen tarden un promig d'uns 12 minuts en acudir-hi caminant des de casa seva. El seu nivell de relacions és més reduït que en el cas del "Grup de Gent Gran Jove".

El lloc de pràctica de la major part d'aquests usuaris és el corresponent a una instal·lació de barri, com un casal o un espai de gent gran, on el tipus d'equipament és l'específic d'aquest tipus de col·lectius. Probablement, al no ser equipaments especialitzats en activitats esportives, les condicions de pràctica, com vestidors, dutxes, magatzems per a material esportiu,... no siguin les més adequades per a la pràctica. Però no obstant, al dur-se a terme en centres específics de gent gran, l'oferta es dirigeix a aquelles persones que per les seves característiques pròpies d'aquest col·lectiu, no van a una instal·lació específicament esportiva.

### **8.3.3.- Grup "Gent Gran Limitada"**

Les persones que pertanyen a aquest grup, tenen un nivell d'envelliment amb limitació important, el que fa que necessitin tractaments assistencials i molts d'ells es troben institucionalitzats. Normalment s'acompanya el seu estat amb un increment important de comorbiditat, fonamentalment per malalties cròniques i degeneratives, que forcen una situació de dependència alhora que en moltes ocasions es crea una situació de mancança de suport social i familiar. Es tracta d'un col·lectiu que és cada vegada més nombrós, en el que es preveu en un futur molt pròxim un fort impacte en l'àmbit familiar, social i econòmic, per la

demanda de serveis assistencials i socials que exigirà. El seu nivell de QVRS és el més deficitari.

Les persones que hi pertanyen són persones que es troben dintre del grup dels més grans. L'edat de referència, pot estar al voltant de l'EV, que a Catalunya es situa en 79,87 anys (Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003).

L'activitat física apropiada per aquest col·lectiu està dissenyada per restablir o evitar la disminució de la seva independència física i cognitiva. El tipus d'intervenció es troba en el llindar de la teràpia.

El seu àmbit de relació és el més reduït, en el sentit que el seu nivell de desplaçament autònom es limita a l'equipament on es viu, en cas de residència, o a ser transportat mecànicament si es tracta de centre de dia u hospital de dia.

Noves línies de recerca haurien d'incidir en la línia de l'establiment de serveis que donin cobertura a aquestes necessitats.

## 9.- REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Ajuntament de Barcelona (1983). *Enquesta de Salut de Barcelona*. Barcelona: Institut de Salut de Barcelona.

Ajuntament de Barcelona (1986). *Enquesta de Salut de Barcelona*. Barcelona: Institut de Salut de Barcelona.

Ajuntament de Barcelona (1992). *Enquesta de Salut de Barcelona*. Barcelona: Institut de Salut de Barcelona.

Ajuntament de Barcelona (1999). *Balanç i perspectives. Les etapes dels Serveis Socials d'Atenció Primària*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

Ajuntament de Barcelona (2002). *Manual de l'enquesta de Salut de Barcelona, 2000-01*. Barcelona: Institut de Salut de Barcelona.

Ajuntament de Barcelona. Direcció de Benestar Social (2005). *Pla de casals i espais de gent gran municipals*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

Ajuntament de Barcelona. Regidoria de Benestar Social (2006). *Programa municipal per a gent gran 2006-2010*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

Addington-Hall, J. & Kalra, L. (2001). *Measuring quality of life*. British Journal sports medicine, 322, 1417-20.

Aldert, M. (July, 2000). *Antecedents and effects of wisdom in old age*. Research on Aging, 22 (4), 360-394.

Alexander, G. (1991). *La Eutonía*. Barcelona: Editorial Paidós.

Alonso, J. (1997). Medidas de salud. Dins Del Llano, J., Ortún, V., Martín, J. M. Millán, J. & Gené J. *Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos*. Barcelona: Editorial Masson, S.A.

Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C. & de la Fuente, L. (1998). *Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36*. Medicina Clínica, 111 (11), 410-416.

American College of Sports Medicine (1999). *Manual ACSM para la valoración y prescripción del ejercicio*. Barcelona: Editorial Paidotribo, S.A.

Anderson, R.T., Aaronson, N.K. & Wilkin, D. (1993). *Critical review of the international assessments of health-related quality of life*. Quality of Life Results, 2, 369-95.

Applegate, W.B., Blass, J.P. & Williams, T.F. (1990). *Instruments for the older functional assesment of older patients*. New England Journal Medicine, 322, 1207-14.

Aranguren, J.L. (1992). *La vejez como autorrealizacion personal y social*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, IMSERSO.

Asadi-Lari, M., Tamburini, M. & Gray, D. (2004). *Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model*. Health and Quality of Life Outcomes, 2 (32).

Asensi Artiga, V. & Parra Pujante, A. (2002). *El método científico y la nueva filosofía de la ciencia*. Anales de documentación, (5), 9-19.

Azpiazu Garrido, M., Cruz Jentoft, A., Villagrasa Ferrer, J. R., Abanades Herranz, J. C., García Marín, N. & Alvear, F. (2002). *Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad calidad de vida en personas mayores de 65 años*. Revista Española de Salud Pública, 76 (6), 683-699.



Azpiazu Garrido, M., Cruz Jentoft, A., Villagrasa Ferrer, J. R., Abanades Herranz, J. C., García Marín, N. & Alvarez de Mon Rego, C. (2003). *Quality of life in noninstitutionalized persons older than 65 years in two health care districts in Madrid*. *Atención Primaria*, 5 (31), 285-94.

Badia X., Schiaffino A., Alonso A. & Herdman M. (1998). *Using the EuroQoL 5-D in the Catalan general population: Feasibility*. *Quality of Life Results*, 7, 311-322.

Badía X. (1995). La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la evaluación económica: técnicas de obtención de preferencias de los estados de salud. Dins Sacristán, J.A., Badía, X., Rovira, J., editores. *Farmacoeconomía: evaluación económica de medicamentos*. Madrid: Editores Médicos S.A.

Badía X. (2004). *Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud*. *Gastroenterología hepatológica, supl.*, 3 (27), 2-6.

Badia X., Fernández E., & Segura A. (1995). *Influence of socio-demographic and health status variables on evaluation of health states in a Spanish population*. *European Journal Public Health*, 5, 87-93.

Badia X., Roset M., Montserrat S., Herdman M. & Segura A. (1999). *The Spanish version of EuroQoL: A description and its applications*. *European Quality of Life scale*. Barcelona: Medicina Clínica, 112, supl.1, 79-85.

Badia, X. & Baró, E. (30 setembre 2001). *Cuestionarios de salud en España y su uso en atención primaria*. *Atención Primaria*, 28 (5), 349-356.

Badia, X. Salamero, M., Alonso, J. & Ollé A. (1996). *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias S.A.

Badia, X. & Carné, X. (1998). *La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico*. Medicina Clínica, 110 (14), 550-556.

Bailis, D. S. & Chipperfield, J. G. (2002). *Compensating for Losses in Perceived Personal Control Over Health*. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 57, 531-539.

Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca Editores.

Banegas Banegas, J. R., Rodríguez-Artalejo, F., Alonso, J., López-García, E., Pérez-Regadera, A. G. & Gutiérrez-Fisac, J. L. (2003). *Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años*. Medicina Clínica, 15 (120), 568-73.

Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). *The moderator-mediator distinction in social psychological research*. Journal of Personality and Sociological Psychology, 51, 1173-1182.

Barrett, A.E. (2003). *Socioeconomic Status and Age Identity: The Role of Dimensions of Health in the Subjective Construction of Age*. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 58, 101-109.

Bath, P.A. (2003). *Differences Between Older Men and Women in the Self-Rated Health–Mortality Relationship*. The Gerontologist, 43, 387-395.

Baudrillard, J. (1976). *La génesis ideológica de las necesidades*. Barcelona: Editorial Anagrama.

Baudrillard, J. (1977). *La sociedad de consumo*. Barcelona: Plaza y Janés, S.A. Editores.

Baudrillard, J. (1980). *El intercambio simbólico y la muerte*. Venezuela: Monte Avila Editores, c.a.

Baum, F. & Palmer, C. (2002). 'Opportunity structures': urban landscape, social capital and health promotion in Australia. *Health promotion international*, 17 (4), 351-61.

Baum, F. E. & Ziersc, A. M. (2003). *Social capital*. *Journal Epidemiology Community Health*, 57, 320-323.

Bauman, A. E., Sallis, J. F., Dzewaltowski, D. A. & Neville Owen, N. (2002). *Toward a better understanding of the influences on physical activity. The role of determinants, correlates, causal variables, mediators, moderatos, and confounders*. *American Journal Preventive Medicine*, 23, 5-14.

Bell, D. (1976). *Las contradicciones culturales del capitalismo*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.

Benach, J. (2005). Dins Programa TV REDES: *Status y Salud*. 11-11-2005. TVE.

Berrigan, D., Dodd, K., Troiano, R. P., Krebs-Smith S. M. & Barbash, R. B. (2003). *Patterns of health behavior in U.S. Adults*. *Preventive Medicine*, 615-623.

Bertherat, T. (1992). *El cuerpo tiene sus razones*. Barcelona: Editorial Paidós.

Bezrukov, V. & Foigt, N. A. (2005). *Longevidad centenaria en Europa*. *Revista Española de Geriátria i Gerontología*, 40 (5), 300-309.

Blasco Sarramián, A. (2001). *Cuestionarios de calidad de vida*. Aspectos teóricos. *Alergol Inmunol Clin*, 16, 239-263.

Boavida, J. & Formosinho, M. D. (2002). *Educación, ética y posmodernidad*. Madrid: Educación XXI. Facultad de Educación. Universidad Nacional de Educación a Distancia, 4, 167-188.

Bochesnky, I. M. (1949). *La filosofía actual*. Méjico: Fondo Cultura Económica.

Borrell, C. & Benach, J. (2002). *Les desigualtats socials en salut a Catalunya*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill.

Botella, L. & Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: aplicación a la práctica psicológica*. Barcelona: Editorial Laertes, Psicopedagogia.

Botella, Ll. (1994). El Ser Humano Como Constructor de Conocimiento: *El Desarrollo de las Teorías Científicas y las Teorías Personales*. Barcelona: FPCEE Blanquerna.

Bourdieu, P. & Wacquant, L.J.D. (1995). *Respuestas por una antropología reflexiva*. Méjico: Editorial Grijalbo.

Bourdieu, P. (1986). The forms of Capital. Dins John G. Richardson (edt), *Handbook of Theory and Research in the Sociology of Education*. New York: Greenwald Press.

Bourdieu, P. (1988). *La Distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus Ediciones, S.A..

Bourdieu, P. (1998). *La domination masculine*. Paris: Editions de Seuil.

Bourdieu, P. (2000). *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa Editorial, S.A.

Bradley, L. R., Rejeski, W. J., & King, A. C. (2003). *Promoting Physical Activity for Older Adults. The challenges for changing behavior*. American Journal Preventive Medicine, 25 (3Sii), 172-183.

Brassington, G. S., Atienza, A. A., Perczek, R. E., DiLorenzo, T. M. & King, A. C. (2002). *Intervention-Related Cognitive Versus Social Mediators of Exercise Adherence in the Elderly*. American Journal Preventive Medicine, 23 (28), 80-86.

Briggs, J. & Peat, F., D. (1990). *Espejo y reflejo. Del caos al orden*. Barcelona: Gedisa Editorial, S.A.

Brohm, J.M., Bourdieu P., Dunning, E., Hargreaves, J., Todd, T. & Young, K. (1993). *Materiales de sociología del deporte*. Madrid: Ediciones de la Piqueta.

Brown, D. W., Balluz, L. S., Heath, G. W., Moriarty, D. G., Ford, E. S., Giles, W. H. & Mokdad, A. H. (2003). *Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life. Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey*. Preventive Medicine, 37, 520-528.

Brown, W. J., Ford, J. H., Burton, N. W., Marshall, A. L. & Dobson, A. J. (November 2005). *Prospective Study of Physical Activity and Depressive Symptoms in Middle-Aged Women*. American Journal Preventive Medicine, 29 (4), 265-272.

Bunge, M. (2002). *Ser, saber, hacer*. Méjico: Editorial Paidós.

Burriel, J. C. (1989). *Esport 3. La experiencia de siete años de actividades físicas con personas ancianas*. Barcelona: Esport 3.

Burriel, J. C. (2003). *L'evolució dels models d'activitat física per a gent gran. Simposi internacional d'activitat física i gent gran. Palma de Mallorca, 21 de març de 2003*. Barcelona: Esport 3.

Busquets Julia, C. & Ribera Canudas, M. P. (2002). *Unidades de dolor. Realidad hoy, reto para el futuro*. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears.

Buz, J., Mayoral, P., Bueno, B. & Vega, J. L. (2004). *Factores sociales del bienestar subjetivo en la vejez*. Revista Española de Geriátria i Gerontología, 39, supl. 3, 38-45.

Calero, M. D. (2003). *La utilidad de los programas de intervención cognitiva en personas mayores*. Revista Española de Geriátria i Gerontología, 38 (6), 305-307.

Canyellas, A. & Fortuño, J. (1990). *Motivacions de pràctica esportiva de la gent gran*. Barcelona: Esport 3.

Carr, A.J. & Higginson, A.J. (2001). *Measuring quality of life. Are quality of life measures patient centred?*. British Medical Journal, 322 (2 june), 1357-1360.

Carr, A. J., Gibson, B. & Robinson, P.G. (2001). *Measuring quality of life. Is quality of life determined by expectations or experience?*. British Journal sports medicine, 322, 1240-1243.

Carrol, L. (1986). *Alicia en el país de las maravillas*. Barcelona: Editorial Bruquera.

Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J.R. & Pereira Candel, J. (2001). *Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural*. Medicina Clínica, 116, 789 -796.

Casino, G. (2002). *Sanos enfermos. Sobre las falsas enfermedades y la escurridiza idea de salud*. Barcelona: Ediciones Doyma.

Casino, G. (2005). *Sobre la verdad científica y los hallazgos equivocados*. Ediciones Doyma, Lunes , 12 de Septiembre de 2005.

Català, E. (2005). *Donar al dolor la importància que es mereix*. Annals de medicina, 88 (1), 10-12.

Centers for Disease Control. (1988). *Promoting physical activity among adults; a CDC community intervention handbook*. Atlanta: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

Chan, J.T. (2004). *Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials*. British Medical Journal, 328, (20 march).

Chatterji, S., Ustün, B.L., Sadana, R., Salomon, J.A., Mathers, C.D. & Murray, C.J.L. (2002). *The conceptual basis for measuring and reporting on health*. Discussion Papers. World Health Organization.

Chung-Yi Lia, Shwu Chong Wub & Shi Wu Wenc. (2000). *Longest held occupation in a lifetime and risk of disability in activities of daily living*. Occupational and Environmental Medicine, 57, 550-554.

Cicerón (1982). *Catón el viejo o De la vejez y Lelio o De la amistad*. Barcelona: Editorial Juventud, S.A.

Clark, D. O. (1996). *Age, socioeconomic status, and exercise self-efficacy*. The Gerontologist, 36 (2), 157-164.

Close, J. C. T., Hooper, R., Glucksman, E., Jackson, S. H. D. & Swift, C. G. (2001). *Predictors of falls in a high risk population: results from the prevention of falls in the elderly trial (PROFET)*. Emerged Medical Journal, 20, 421-425.

Colcombe, S. & Kramer, A. F. (2003). *Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic study*. Psychological Science, 14 (2), 125-130.

Coles, R. (1970). *Erik H. Erikson*. Méjico: Fondo de Cultura Económica.

Conn, V. S., Minor, M. A., Burks, K. J., Rantz, M. J. & Pomeroy, S. H. (2003). *Integrative Review of Physical Activity Intervention Research with Aging Adults*. American Psychologist, 51, 1159-1168.

Consell d'Europa (1975). *Carta Europea del Deporte para todos*. Brusel·les: Normativa Consell Europa.

Consell d'Europa (1992). *Proyecto de Carta Europea del Deporte*. Rodas, 13-15 de mayo de 1992. Rodas: Normativa Consell Europa.

Courneya, K. S. & Bobick, T. M. (2000). *Integrating the theory of planned behavior with the processes and stages of change in the exercise domain*. Psychology of sport and exercise, (1), 41-56.

Coutier, D., Camus, Y. & Sarkar, A. (1999). *Actividades físicas y recreativas para la tercera edad*. Madrid: Editorial Gymnos.

Culos- Reed, S. N., Rejeski, W. J., McAuley, E., Ockene, J. K. & Roter, D. L. (2000). *Predictors of Adherence to Behavior Change Interventions in the Elderly*. Controled clinical trials, 21, 200-205.



Cummins, R. A. (2000). *Objective and subjective quality of life: an interactive model*. Social indicators research. Kluwer academic publishers, 52, 55-72.

Cutler, D. M. (2001). *Declining disability among the elderly*. Health affairs, Nov-Dec; 20 (6), 11-27.

Da Fonseca, V. (1998). *Manual de observación psicomotriz*. Barcelona: Editorial INDE, publicaciones.

Damasio, A.R. (2004). *El error de Descartes*. Barcelona: Editorial Crítica.

Davenport, T. & Prusak, L. (2001). *Conocimiento en Acción Cómo las Organizaciones manejan lo que saben*. Buenos Aires: Prentice Hall.

De Febrer, A. & Soler, A. (1989). *Cuerpo, dinamismo y vejez*. Barcelona: Editorial INDE, publicaciones.

De Gràcia, M. & Marcó, M. (2000). *Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores*. Psicotema, 12 (2), 285-292.

De la Plata Caballero Nicolás, F. (2001). *Los servicios públicos deportivos*. Madrid: Instituto Andaluz del deporte, (11).

Delibes, M. (1959). *La hoja roja*. Barcelona: Ediciones Destino.

Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2003). *Public Health and Aging: Health-Related Quality of Life Among Low-Income Persons Aged 45--64 Years --- United States, 1995--2001*. Atlanta: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, November 21, 52 (46), 1120-24.

Department of mental health. World Health Organization (1996). *WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field Trial Version*. Geneva: Department of mental health world health organization.

Department of mental health. World Health Organization (1998). *Annotated Bibliography of the WHO Quality of Life Assessment Instrument - WHOQOL*. Geneva: Department of mental health world health organization.

Diputació de Barcelona (2004). *Valoració de les polítiques i actuacions adreçades a la gent gran que realitzen els ajuntaments en l'àmbit de l'esport. Reunió amb regidors i tècnics de polítiques esportives dels municipis de la Província de Barcelona*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

Domínguez- Berjón, M. F. (1998). *La actividad física de ocio y su asociación con variables sociodemográficas y otros comportamientos relacionados con la salud*. Gaceta Sanitaria, 12 (3), 100-109.

Duc, U. & Mèlich, J. C. (2003). Escenaris de la corporeïtat. Barcelona: PAM. Editorial. (2003). *Recommendations to promote Health Social environments. Task force on community preventive services*. American Journal Preventive Medicine, 24 (3S), 2.

De Benito, (2002, 8 d'abril). " Los mayores de 65 años, originan la mitad del gasto del Sistema Nacional de Salud ". *El País*, Sección Sociedad.

EuroQol Group (1990). *A new facility for the measurement of health-related quality of life*. Health policy, 16, 199-208.

EuroQol Group (1999). *EQ-5D, guía del usuario*. Barcelona: EuroQol Business Managment.

Fàbregas, F. (1975). *PIEC. Pla director d'instal·lacions i equipaments esportius de Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Consell Català de l'Esport.

Farsides, B. & Dunlop, R. J. (2001). *Measuring quality of life. Is there such a thing as a life not worthbliving?*. *British Journal sports medicine*, 322, 1481-1483.

Faulkner, K. A., Cauley, J. A., Zmuda, J. M., Griffin, J. M. & Nevitt, M. C. (2003). *Is Social Integration Associated With the Risk of Falling in Older Community-Dwelling Women?*. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58, 954-959.

Feldenkrais, M. (1980). *Autoconciencia por el movimiento, aplicación, técnicas corporales*. Madrid: Editorial Gymnos.

Fericglà, J. M. (1992). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Anthropos Editorial.

Fernández J. A., Hernández R. & Cueto A. (1994). *¿Qué son los QALYs?*. *Atención Primaria*, 14, 906-910.

Fernández Ballesteros, R. (1998). *Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos. En Ponencias de las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y prevención*. Barcelona: AMG.

Fernández Ballesteros, R. (2004). *Calidad de vida, ¿es un concepto psicológico?*. *Revista Española de Geriatria i Gerontología*, 39, supl. 3, 18-22.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D. & Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales.

Ferrer, A. & Plasencia, A. (2002). *Salut i mobilitat de la gent gran de Barcelona*. Barcelona: Barcelona Societat. Revista d'informació i estudis socials. Ajuntament de Barcelona, 11.

Fink, E. (1986). *La filosofía de Nietzsche*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. USA: Addison Wesley.

Fontaine, K. R., Barofsky, I., Andersen, R. E., Bartlett, S.J., Wiersema, L., Cheskin, L.J., et al. (1999). *Impact of weight loss on health-related quality of life*. Quality of Life Research, 8 (3), 275-277.

Fontán, M<sup>a</sup>. T. (2002). *Els hàbits esportius a Barcelona, 1999*. Barcelona: Barcelona societat. Revista d'informació i estudis socials. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

Fortuño, J. (1993). *El turismo y el deporte son instrumentos socializadores de las Personas Mayores*. Barcelona: Revista Esport 3, (Enero-marzo).

Fortuño, J. (1994). *Las actividades complementarias como estrategia dinamizadora en el programa de actividad física*. Barcelona: Revista Esport 3, (Mayo-agosto).

Fortuño, J. (1996). *Actividades para personas mayores: gestionar un servicio*. Barcelona: Revista Gerpress, 36 (febrer).

Fortuño, J. (2001). *Línies de futur dels programes d'activitat física per a la gent gran a partir d'un exemple pràctic: El programa de la ciutat de Mataró*. Primer Congrés de l'Esport a Mataró. Desembre 2001. Mataró: Patronat Municipal de Mataró.

Fortuño, J. (2004). *Programas sociomotrices para personas mayores. Modulo 2 Implementación del programa*. Tema 2: Organización y gestión de programas. Barcelona: Universidad Virtual de Barcelona.

Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar*. Madrid: Editorial siglo XXI, S.A..

Foucault, M. (1999). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Editorial siglo XXI, S.A..

Frankl, V. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Editorial Herder.

Fries, J.F. (2003). *Measuring and monitoring success in compressing morbidity*. *Annals of Internal Medicine*, 139, 455-459.

Fromm, E. (1977). *El miedo a la libertad*. Madrid: Editorial Paidós.

Fukuyama, F. (1996). *Confianza: las virtudes sociales y la capacidad de generar prosperidad*. Buenos Aires: Editorial Atlantida.

Fundació Institut Català de l'Envel·liment (2004). *Anuari de l'envelliment. Catalunya 2004*. Canadian Medical Association Journal.

Gadner, J. (1995). *El Mundo de Sofía (Novela sobre la Historia de la Filosofía)*. Barcelona: Ediciones Siruela.

Galloway, S., Bell., D. & Hamilton, Ch. (2005). *Quality of life and well-being: measuring the benefits of culture and sport: literature review and thinkppiece*. Scottish Executtive Social Research, 4-157.

Garcés de los Fayos Ruiz, E. (2003). *Actividad física y hábitos saludables en personas mayores*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, IMSERSO.

Garcés de los Fayos Ruiz, E. (2003). *Incidencia de la actividad física en adquisición y mantenimiento de hábitos saludables: prevención de riesgos psicológicos a través de promoción de hábitos saludables en personas mayores*. Madrid: IMSERSO, Ministerio de Trabajo.

García Bacca, J.D. (1982). *Antropología filosófica contemporánea*. Barcelona: Anthropos, Editorial del hombre.

García Ferrando, M. (2001). *Los españoles y el deporte: prácticas y comportamientos en la última década del siglo XX*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

García Ferrando, M. (2005). *Hàbitos deportivos de los españoles*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

García, F.M. (1998). *Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual*. Atención Primaria, 22 (9), 585-595.

Gayoso Diz, P. (2003). *Importance of Health-Related Quality of Life in primary care*. Atención Primaria, 5 (31), 285-94.

Generalitat de Catalunya (1993). *Llibre Blanc de la Gent Gran Activa*. Barcelona: Departament de Benestar i Família.

Generalitat de Catalunya (1994). *Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA, 1994)*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Generalitat de Catalunya (2002). *Llibre Blanc sobre la Dependència*. Barcelona: Departament de Benestar Social.

Generalitat de Catalunya (2003). *La Salut i els serveis sanitaris a Catalunya: la visió dels ciutadans l'any 2002*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública.

Generalitat de Catalunya (2003). *Pla de salut de Catalunya, 2002-05. Estratègies de Salut per a 2010*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública.

Generalitat de Catalunya (2003). *Enquesta de salut de Catalunya 2002*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut.

Generalitat de Catalunya (2004). *Bases per a una nova Llei de serveis socials de Catalunya. Un document per al debat*. Barcelona: Departament de Benestar i Família.

Geymonat, L. (1985). *Historia de la Filosofía y de la Ciencia*. Barcelona: Editorial Crítica.

Gil, E. (Mayo-junio 2004). *El «Poder gris». Consecuencias culturales y políticas del envejecimiento de la población*. Información Comercial Española (ICE), (815), 219-230.

Giner, S. & Tábara, D. (1998). *Piedad cósmica y racionalidad ecológica*. Revista Internacional de Sociología, 19-20, 41-67.

Giralt C. & López-Jurao, C. (1999). *Enquesta sobre la pràctica d'activitats físicoesportives de Catalunya*. Barcelona: Generalitat Catalunya. Secretaria general de l'Esport.

Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Editorial Kairós, S.A.

Gomezese Ribero, O. F. & González Olaya, H. L. (2001). *Dolor: una mirada introductoria*. MEDUNAB, 4 (10-Abril), 1-6.

Gómez-Vela, M. & Sabeh, E. *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación práctica*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca [en línia].

Accessible a: <http://www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>

(Consulta 31 d'agost de 2007).

Graupera Sanz, J. L., Jiménez- Beatty, J. E., Martínez del Castillo, J., Rodríguez Hernández, M. L. (2005). *Los espacios para la actividad física de las personas mayores*. Buenos Aires: Revista de Educación Física y Deportes, (80), 1514-3465.

Gruenberg, E. M. (1977). *The Failures of Success*. Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, 55 (1), 3-24.

Guallar Castellón, P., Santa-Olalla Peralta, P., Banegas Banegas, J. R., López García, E. & Rodríguez Artalejo, F. (2004). *Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España*. Medicina Clínica, 123 (16), 606-10.

Gude Sampedro, F., Rey García, J., Tato, A., Beceiro, F., Fernández Merino, M. C. & Faraldo Vallés, M. J. (2003). *Autopercepción de la salud en ancianos y mortalidad a los 5 años: estudio en una comunidad rural*. Revista Española de Geriatría i Gerontología, 38 (6), 311- 315.

Guyatt, G. H., Feeny, D. H. & Patrick, D. L. (1993). *Measuring Health-related quality of life*. Annals of Internal Medicine, 118 (8), 622-629.

Guyatt, G. H., Veldhuyzen Van Zanten, S. J. O., Feeny, D. H. & Patrick, D. L. (1989). *Measuring quality of life in clinical trials: a taxonomy and review*. Canadian Medical Association Journal, 140, 1441-1448.



Hagberg, B. & Nordbeck, B. (2002). *Ageing as a result of the psychophysiological interaction during the life-span? A theoretical model*. International Congress Series, 1241, 207-213.

Hall, E.T. (1971). *La dimension cachée*. Editions de Seuil.

Harper, A., Power, M. J. & The WHOQOL Group (1998). *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment*. Psychological Medicine, 28, 551-558.

Harris, A. H. S., Cronkite, R. & Moos, R. (july 2006). *Physical activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients*. Journal of affective disorders, 93 (1-3), 79-85.

Hayflick, L. (1999). *Como y por qué envejecemos*. Barcelona: Editorial Herder.

Heidegger, M. (2000). *Carta sobre Humanismo*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.

Heidegger, M. (2005). *Ser y tiempo*. Chile: Editorial Universitaria, 4a Edición, .

Heisenberg, W. (1986). *La imagen de la naturaleza en la física actual*. Barcelona: Ediciones ORBIS, S.A.

Herdman, M., Badia, X. & Berra, S. (2001). *El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria*. Atención Primaria, 28 (6), 425-429.

Higginson, A. J. & Carr, A. J. (2001). *Measuring quality of life. Are quality of life measures patient centred?*. British Medical Journal, 322, 1297-1300.

House, J., Robbins, C. & Metzner, H. (1982). *The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study*. American Journal of Epidemiology, 116.

House, J., Umberson, D. & Landis, K. R. (1988). *Social relationships and health*. Science, 241, 540-545.

Huberta, H. B., Blocha, D. A., Oehlerta, J. W. & Friesa, J. F. (2002). *Lifestyle Habits and Compression of Morbidity*. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 57, 347-351.

Huertas, F., López, A. L., Pablos, A., Colado, J. C., Pablos Abella, C. & Campos, J. (2003). *Efectos de un programa de ejercicio físico sobre el bienestar psicológico de mujeres mayores de 55 años*. Revista de Psicología del Deporte, 12 (1), 7-26.

Hume, D. (1984). *Del conocimiento*. Madrid: SARPE.

Humpel, N., Owen, N. & Leslie E. (2003). *Environmental factors associated with adults' participation in physical activity*. American Journal Preventive Medicine, 22, 188-199.

Idler, E.L. & Kasl, S. (1999). *Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality?*. Journals of gerontology: SERIES A, 2 (Mar 46), 55-65.

Imeroni, A., Troletti, G.G. & Vione, F. (1982). *Gimnastica con gli anziani*. Roma: La nuova Italia scientifica.

IMSERSO (2002). *Las personas mayores en España. Informe 2002*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, IMSERSO.

IMSERSO (2004). *Las personas mayores en España. Informe 2004*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, IMSERSO.

IMSERSO (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, IMSERSO.

Institut Català de l'Envel·liment (2004). *Anuari de l'envelliment. Catalunya 2004*. Barcelona: Institut Català de l'envelliment. Universitat Autònoma de Barcelona.

Jenkins, K.R., Pienta, A.M. & Horgas, A.L. (2002). *Activity and health-related quality of life in continuing care retirement communities*. *Research on Aging*, 24 (1), 124-149.

Jette, A.M., Rooks, D., Lachman, M., Lin, T.H., Levenson, C., Heislein, D., Giorgetti, M.M. & Harris, B.A. (1998). *Home-based resistance training: predictors of participation and adherence*. *The Gerontologist*, 38 (4), 412-421.

Johnson, S. (2006). *La mente de par en par. Nuestro cerebro y la neurociencia en la vida cotidiana*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

Jung, C. G. (1968). *Consideraciones sobre la historia actual*. Madrid: Ediciones Guadarrama, S.A.

Jung, C. G. (1982). *Símbolos de transformación*. : Editorial Paidós.

Jung, C. G. (1994). *Los complejos y el inconsciente*. Barcelona: Ediciones Altaya, S.A.

Kane, R. & Kane, R. (1993). *Evaluación de las necesidades de los ancianos. Guía práctica sobre los instrumentos de medición*. Barcelona: SG Editores, S.A. Fundación Caja Madrid.

- Kant, I. (1985). *Crítica de la razón pura*. Barcelona: Ediciones ORBIS, S.A.
- Kaptchuck, T. J. (1998). *Medicina China. Una trama sin tejedor*. Barcelona: Los libros de la Liebre de marzo, S.L.
- Karnofsky, D. A., Abelmann, W. H., Graver & Burchenal, L. F., (1948). *The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinom*. *Cancer*, 634-56.
- Keysor, J. J. (2003). *Does Late-Life Physical Activity or Exercise Prevent or Minimize Disablement?*. *American Journal Preventive Medicine*, 25, 129-136.
- King, A., Stokols, D., Talen, E., Brassington, G. & Killingsworth, R. (2002). *Theoretical approaches to the promotion of physical activity. Forging a transdisciplinary paradigm*. *American Journal Preventive Medicine*, 23, 15-25.
- King, A. C. (2001). *Interventions to Promote Physical Activity by Older Adults*. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56, 36- 46.
- King, A. C., Rejeski, W. J. & Buchner, D. M. (2003). *Physical Activity interventions targeting Older Adults*. *American Journal Preventive Medicine*, 15, 316-333.
- Kramer, M. (1980). *The Rising Pandemic of Mental Disorders and Associated Chronic Diseases and Disabilities*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62 (258), 382- 397.
- Kuhn, T.S. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Laforge, R. G., Rossi J. S., Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Levesque, D. A. & McHorney, C. A. (2000). *Stage of Regular Exercise and Health-Related Quality of Life*. Preventive Medicine, 28, 349-360.

Lahoz, M. (2000). *Vers una humanitat amb homes. Anotacions per instaurar l'humà en l'home*. Enraonar, 31, 135-147.

Lee, Y. (2000). *The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults*. Journal Epidemiology Community Health, 54, 123-129.

Lehr, U. (1984). *Psicologia de la senectud*. Barcelona: Editorial Herder.

Lehr, U. (2004). *Calidad de vida, satisfacción con la vida, envejecimiento satisfactorio y bienestar subjetivo*. Revista Española de Geriatria i Gerontología, 39, supl.3, 2-7.

Lennartsson C. & Silverstein. M. (2001). *Does Engagement With Life Enhance Survival of Elderly People in Sweden? The Role of Social and Leisure Activities*. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56, 335-342.

Li, J. X., Hong, Y. & Chan, K. M. (2001). *Tai chi: physiological characteristics and beneficial effects of health*. British Journal sports medicine, 35 (3), 148-156.

Lipovetsky, G. (1994). *El crepúsculo del deber*. Barcelona: Editorial Anagrama.

Litwin, H. (2003). *Social Predictors of Physical Activity in Later Life: The Contribution of Social-Network Type*. Human Kinetics Publishers, Inc., 11, 389-406.

López-Casanovas, G. & Rivera, B. (2002). *Las políticas de equidad en salud y las relaciones entre renta y salud*. Hacienda Pública Española / Revista de Economía Pública, 161 (2), 99-126.

Luhmann, N. (1998). *Sistemas Sociales. Lineamientos para una teoría general*. Barcelona: Anthropos Editorial.

Lynch, J., Due, P., Muntaner, C. & Davey Smith, G. (2000). *Social capital—Is it a good investment strategy for public health?*. Journal Epidemiology Community Health, 54, 404-408.

Lyotard, J. F. (1998). *La condición postmoderna. Informe sobre el saber*. Madrid: Cátedra.

Macluhan, M. (1985). *Guerra y paz en la aldea global*. Barcelona: Planeta-Agostini.

Majó Cruzate, J. (2002). *La liberalització dels serveis públics*. Barcelona: UOC.

Manidi, M. J. (2000). *Facteurs psychosociaux à l'origine d'un vieillissement actif et e santé: état de la recherche*. Science and Sports, 15, 198-206.

Manton, K. G. & Singer, B. (1994). *What's the Fuss About Compression of Mortality?*. New York: Springer-Verlag.

Marín, P. P. (2000). *Fragilidad en el adulto mayor y valoración geriátrica integral*. Boletín de la Escuela de Medicina. Escuela Católica de Chile, 29 (1-2).

Marmot, M. (2004). *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*. London: Bloomsbury & Henry Holt New York.

Márquez, M., Izal, M., Montorio, I. & Pérez, G. (2004). *Emoción en la vejez: una revisión de la influencia de los factores emocionales sobre la calidad de vida de las personas mayores*. Revista Española de Geriatria i Gerontología, 39, supl.3, 46-53.

Martí, J. (1993). *La població i el lleure de la població Barcelonina, "Barcelona societat/ 1"*. Barcelona: Barcelona societat. Revista d'informació i estudis socials. Ajuntament de Barcelona.

Martínez del Castillo, J., Jiménez- Beatty, J. E., Graupera, J. L. & Rodríguez, M. L. (2006). *Condiciones de vida, socialización y actividad física en la vejez*. Revista Internacional de Sociologia, 64 (44), 15-38.

Martínez, A. (2004). *La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas*. Papers, 73 (131), 127-152.

Martinson, B., Crain, L., Pronk, N., O'Connar, P. & Maciosek, M. (2003). *Changes in physical activity and short-term changes in health care charges: a prospective cohort study of older adults*. Preventive Medicine, (37), 319-326.

Mathers C., Sadana R., Salomon J. A., Murray C. J. L. & Lopez A. D. (2001). *Healthy Life Expectancy in 191 Countries, 1999. World Health Report 2000*. The Lancet, 357, May 26, 1685-91.

Mathers, C. (1998). *International Trends in Health Expectancies: Do They Provide Evidence for Expansion or Compression of Morbidity?*. Camberra: Occasional Papers Series, (4).

Maturana, H. (1985). *Biología del fenómeno social*. Ecovisiones [en línia]. Accessible a:  
<http://www.ecovisiones.cl/metavisiones/Pensadores/MaturanaBiologiasocial.htm>. (Consulta 31-08-07).

Maturana, H. R. & Varela F. (1973). *De màquines y seres vivos*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

McAuley, E. & Rudolph, D. (1995). *Physical activity, aging, and psychological well-being*. *Journal of aging and Physical Activity*, 3, 67-96.

McAuley, E., Blissmer, B., Marquez, D. X., Jerome, G.J., Kramer, A. F. & Katula, J. (2000). *Social relations, Physical Activity, and Well Being in Older Adults*. *Preventive Medicine*, 31, 608-617.

McAuley, E., Jerome, G.J., Elavsky, S., Marquez, D. X. & Ramsey, S. N. (2003). *Predicting long-term maintenance of physical activity in older adults*. *Preventive Medicine*, 37, 110-118.

McAuley, E. D., Bane, S. M. & Mihalko, M. S. (1995). *Exercise in middle aged adults; self-efficacy and self-presentational outcomes*. *Preventive Medicine*, 24, 319-328.

McKusker, J. & Stoddard, A. M. (1984). *Use of surrogate of de Sickness Impact Profile*. *Medicinal Care*, 22, 789-95.

McLeroy, K. R., Bibeau D., Steckler A. & Glanz K. (1988). *An ecological perspective on health promotion programs*. *Health Education Quarterly*, 15, 351-377.

McLeroy, K. R., Bibeau D., Steckler A. & Glanz K. (2003). *Promoting physical activity among older adults: from ecology to the individual*. *American Journal Preventive Medicine*, 25, 184-192.



Mendes de Leon, C. F., Glass, T. A. & Berkman, L. F. (2003). *Social Engagement and Disability in a Community Population of Older Adults*. *The New Haven EPESE*. American Journal of Epidemiology, 157, 633-642.

Menec, V. H. (2003). *The Relation Between Everyday Activities and Successful Aging: A 6-Year Longitudinal Study*. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 58, 74-82.

Merleau-Ponty, M. (1985). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Planeta-De Agostini, S.A.

Morey, M. (1987). *El hombre como argumento*. Barcelona: Anthropos, Editorial del hombre.

Morin, E. (1974). *El paradigma perdido. El paraíso olvidado*. Editorial Kairós, S.A.

Morin, E. (1996). *El pensamiento ecologizado*. *Gazeta de antropología*. (12), Texto 12-01 [en línia]. Accessible a:

<http://www.pensamientocomplejo.com.ar/docs/files/Morin-Edgar%20El%20pensamiento%20ecologizado.pdf>. (Consulta 31-08-07)

Mossey, J. M. & Shapiro, E. (1982). *Self related Health: a predictor of mortality among the elderly*. American Journal of Public Health, 72, 800-808.

Mosterín, J. (2005, 15 d'abril). La buena muerte. *El País*, Tribuna.

Mucchielli, A. (1988). *Las motivaciones*. Barcelona: Editorial Paidotribo, S.A.

Myers, A. M., Malott, O. W., Gray, E., Tudor-Locke, C., Ecclestone, N. A., Cousins, S. O. & Petrella, R. (1999). *Measuring accumulated health-related benefits of exercise participation for older adults: the Vitality Plus Scale*. The

Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 54 (9), 456-466.

Myers, C. & Wilks, D. (1999). *Comparison of Euroqol EQ-5D and SF-36 in patients with chronic fatigue syndrome*. Quality of Life Research, 8, 9-16.

Navarro, S. (2004). *Redes sociales y construcción comunitaria*. Madrid: Editorial CCS.

Navarro, V., Quiroga, A. (2003). *La protección social en España 2003. El Estado de Bienestar en España*. Barcelona: Universidad Internacional Menéndez Pelayo.

Nietzsche, F. (1981). *Así hablo Zaratustra*. Barcelona: Alianza Editorial, S.A, 9a. Edición.

Nietzsche, F. (1981). *La Voluntad de Poderío*. Madrid: Biblioteca EDAF de bolsillo.

Nigg, C. R., Burbank, P. M., Padula, C., Dufresne, R., Rossi, J. S., Velicer, W. F., Laforge R. G. & Prochaska, J. O. (1999). *Stages of change across ten health risk behaviors for older adults*. The Gerontologist, 39 (4), 473-482.

Nightingale, F. (1990). *Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es*. Barcelona: Salvat Editores, S.A.

Oguma, Y., Sesso, H. D., Paffenbarger, R. S., & Lee, I. M. (2002). *Physical activity and all cause mortality in women: a review of the evidence*. British Journal sports medicine, 36, 162-172.

OMS (1948). *Documentos básicos*. Génova: Organización Mundial de la Salud.

OMS (1996). *Normas de Heilderberg para el fomento de la actividad física entre las personas mayores*. Génova: Organización Mundial de la Salud.

OMS (1998). *La política SALUD21 para la Región Europea de la OMS*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

OMS (1998). *Salud para todos en el siglo XXI*. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

OMS (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*. Revista Española de Geriatria i Gerontologia, 37 (S2), 74-105.

OMS. The Whoqol group. The World Health Organization Quality of Life Assessment . (1998). *Development and general psychometric properties*. Social Science and Medicine, (46), 1569-1585.

OMS. The Whoqol group. The World Health Organization Quality of Life Assessment. (2002). *WHOQOL-HIV Instrument. The 120 questions with responses scales and 38 importance items*. Geneva: World Health Organization.

OMS. Programa sobre Envejecimiento y Salud. (1998). *Envejecimiento saludable. El envejecimiento y la actividad física en la vida diaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS. Programa sobre Envejecimiento y Salud. (2001). *Salud y envejecimiento. Un documento para el debate*. Boletín sobre el envejecimiento, (4-5), 2-40.

Organització Nacions Unides (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*. Revista Española de Geriatria i Gerontologia, 37 (S2), 74-105.

Organització Nacions Unides (2002). *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento 2002*. Revista Española de Geriátría i Gerontología, 37 (S2), 12-36.

Organització Nacions Unides (2002). *Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Repercusiones para la capacitación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Ortega Sánchez-Pinilla, R. (2003). *Hay que promocionar más la actividad física para igualarnos al resto de la Unión Europea*. Atención Primaria, 31 (2), 77-86.

Ortega y Gasset, J. (1916). *Verdad y perspectiva (a El Espectador)*. Antología del ensayo lbero e Iberoamericano.

Ory, M., Kinney Hoffman, M.K., Hawkins, M., Sanner, B. & Mockenhaupt, R. (2003). *Challenging Aging Stereotypes. Strategies for creating a More Active Society*. American Journal Preventive Medicine, 25, 164-171.

Otero, A., Zunzunegui Pastor, M.V., Rodríguez Laso, A., Aguilar Conesa, M.D. & Lázaro, P. (2004). *Volumen y tendencia de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española*. Revista Española de Salud Pública, 78, 201-213.

Partisans. (1978). *Deporte, cultura y represión*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili, S.A.

Pastor, E., Villar, F., Boada, J., Lopez. S., Varea, M. & Zaplana, T. (2003). *Significados asociados a la jubilación e influencia con la actividad de ocio y la ética del trabajo*. Revista multidisciplinar de Gerontología, 13 (1), 15-22.

Patrick, D.L. & Erickson, P. (1988). *What constitutes quality of life? Concepts and dimensions*. Clinic Nutritional, 7, 53-63.

Perea Quesada, R. (2002). *La Educación para la salud, reto de nuestro tiempo*. Madrid: Educación XXI. Facultad de Educación. Universidad Nacional de Educación a Distancia, 4, 15-40.

Pérez, J. (2002). *La feminització de la vellesa*. Revista Catalana de Sociologia, 16, 27-54.

Pérez, J. (2002). *La madurez de masas*. Barcelona: Fundació "La Caixa".

Pérez, J. (2003, 27 de juliol). *Es rejuvenecimiento*. La Vanguardia, Temas de debate.

Pérez-Ortiz, L. (2003). *Construcción social de la vejez: el sexo y la dependencia*. Revista Española de Geriatria i Gerontologia, 38 (6), 308-310.

Piaget, J. (1971). *Seis estudios de psicología*. Barcelona: Barral Editores, S.A.

Pinquarta, M. & Sörensenb, S. (2001). *Gender Differences in Self-Concept and Psychological Well-Being in Old Age*. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56, 195-213.

Popper, K.R. (1991). *Conjeturas y refutaciones: el desarrollo del conocimiento científico*. Barcelona: Padiós bàsica.

Popper, K.R. (1997). *La lógica de la investigación científica*. Madrid: Editorial TECNOS, S.A.

Powell, J.L. & Longino, Ch. (December 2002). *Postmodernism Versus Modernism: Rethinking Theoretical Tensions in Social Gerontology*. Journal of Aging and Identity, 7 (4), 219-226.

Power, M.J., Kuyken, W & the WHOQOL Group (1998). *The World Health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties*. Social Science and Medicine, 46, 1569-1585.

Prados, C. (3 d'octubre de 2005). *Sessió sobre la situació de la dependència a Catalunya, la política i la gent gran i les pensions per viure*. Generalitat de Catalunya. Parlament de Catalunya, (7).

Prieto, L. & Badia, X. (2001). *Cuestionarios de salud: concepto y metodología*. Atención Primaria, 28 (3), 201-209.

Prochaska, J. O. & Di Clemente, C. C. (1982). *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. Psychotherapy: Theory, research and practice, (19), 276-288.

Prochaska, J. O., Di Clemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). *In search of how people change: applications to addictive behaviours*. American Psychologist, (47), 1102-1114.

Psyhountaki, M. & Zervas, Y. *The effect o exercise on mental health: theoretical orientations*. Research data. 3rth. European Conference of Woman and Sport. Women, sport, partnership [en línia].

Accessible a: <http://www.sportsnet.gr/2/2z/2z01/2z012/e2z01212.html>. (Consulta 31-08-07)

Puga González, M. D. (2001). *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España, una previsión a 2010*. Madrid: Fundación Pfizer.

Putnam, R.D. (1993). *The Prosperous Community Social Capital and Public Life*. American prospect, 4 (13) .

Regal- Ramos, R. J., Salinero- Fort, M. A. & Cruz- Jentoft, A. J. (2005). *Factores predictores de mortalidad de una cohorte clínica de pacientes ancianos*. Atención Primaria, 36 (9), 480- 486.

Rejeski, W. & Mihalko, S. L. (2001). *Physical activity and quality of life in older adults*. Journals of gerontology: SERIES A, 56A (Special issue II), 23-35.

Rejeski, W. J., Brawley, L. R. & Haskell, W. L. (2003). *The prevention challenge. An overview of this supplement*. American Journal Preventive Medicine, 25 (3siii).

Rejeski, W. J., Brawley, L. R. & Schumaker, S. A. (1996). *Physical activity and health-related quality of life*. Exercise and Sport Sciences Reviews, 24, 71-108.

Rejeski, W. J., Brawley, L. R., McAuley, E. & Rapp, S. (2000). *An Examination of Theory and Behavior Change in Randomized Clinical Trials*. Controled clinical trials, 21, 164-170.

Resnick, B., Magaziner, J., Orwig, D. & Zimmerman, S. (2002). *Evaluating the components of the Exercise Plus Program: rationale, theory and implementation*. Health Education Research, 17 (5), 648-658.

Resnick, B., Magaziner, J., Orwig, D., Zimmerman & Furstenberg, A. (2000). *Outcome Expectations for Exercise Scale. Utility and Psychometrics*. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 55, 352-356.

Robine, J. M. (2000). *Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad - Seminario técnico*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, (2 Agosto).

Rodríguez Hernández, M. L., Jiménez- Beatty, J. E., Graupera Sanz, J. L. & Martínez del Castillo, J. (2005). *Los espacios para la actividad física de las personas mayores*. Buenos Aires: Revista Educación Física y Deportes, (80).

Rohlf, I., Borrell, C. & Fonseca M. do C. (2003). *Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos*. Gaceta Sanitaria, 3 (14), 60- 71.

Rojas, R., Schlicht, W. & Hautzinger, M. (2003). *Effects of Exercise Training on Quality of Life, Psychological Well-Being, Immune Status, and Cardiopulmonary Fitness in an HIV-1 Positive Population*. Journal of Sport & Exercise Psychology, 25 (4), 441.

Roos, N.P. & Havens, B. (1991). *Predictors of successful aging: a twelve-year study of Manitoba elderly*. American Journal of Public Health, 81, 63-68.

Rosenfield, P. L. (1992). *The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences*. Social Science and Medicine, 35 (11), 1343-1357.

Roset, M., Badia, X. & Mayo, N. E. (1999). *Sample size calculations in studies using the EuroQol 5D*. Quality of Life Results, 8, 539-549.

Ruiz-Torres, A. & Hofecker, G. (2003). *Marcadores biológicos del envejecimiento*. Revista Española de Geriátría i Gerontología, 38 (6), 369-373.

Rull, M. (2004). *Abordaje multidisciplinar del dolor de espalda*. Revista Sociològica Española del Dolor, 11 (3- abril), 119-121.

Sadana, R., Tandon, A., Murray, C. J. L., Serdobova, I., Cao, Y., Wan Jun, X. et al. (2002). *Describing population health in six domains: comparable results from 66 household surveys*. Discussion Papers. World Health Organization.



Salleras, Ll., Tresserras Gaju, R. & Brugulat, P. (2002). *La Salut i els serveis sanitaris a Catalunya: la visió dels ciutadans l'any 2002*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Sallis, J. F. (1992). *The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences*. *Social Science and Medicine*, 35, 1343-1357.

Sallis, J. F. (2003). *New thinking on Older Adults' Physical Activity*. *American Journal Preventive Medicine*, 25, 186-187.

Sancho Castiello, T. & Rodríguez Rodríguez, P. (2002). *Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro*. *Revista de Intervención Psicosocial*, Marzo.

Satariano, W.A. & McAuley, E. (2003). *Promoting physical activity among older adults. From ecology to the individual*. *American Journal Preventive Medicine*, 25, (3siii).

Schalock, R. L. (2004). *The Concept of Quality of Life: What We Know and Do Not Know*. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48 (3), 203-216.

Schalock, R. L. & Verdugo, M. A. (2002). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.

Schutzer, K. A. & Graves, B. S. (2004). *Barriers and motivations to exercise in older adults*. *Preventive Medicine*, 39, 1056-1061.

Sección Femenina de la Falange Española y de las JONS (1958). *Economía doméstica para bachillerato y magisterio*. Sección Femenina de la Falange Española y de las JONS.

Séculi, E., Fruste, J., Brugulat, P., Junca, S., Rué, M. & Guillén, M. (2001). *Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida*. Gaceta Sanitaria, 15 (3), 217-223.

Serra-Sutton, V., Rajmil A., Alonso, J., Riley, A. & Starfield, B. (1998). *Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36*. Medicina Clínica, 111, 410-416.

Sevic, M. A., Dunn, A. L., Morrow, M. S., Marcus, B. H., Chen, G. J. & Blair, S. N. et al. (2003). *Cost-Effectiveness of Lifestyle and Structured Exercise Interventions in Sedentary Adults. Results of Project ACTIVE*. American Journal Preventive Medicine, 29 (1), 1-8.

Shih, S. C., Bost, J. E. & Pawlson, L. G. (2003). *Standardized health plan reporting in four areas of preventive health care*. American Journal Preventive Medicine, 24 (4), 293-300.

Singer, B. H. & Manton K. G. (1998). *The effects of health changes on projections of health service needs for the elderly population of the United States*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 95 (26), 15618-15622.

Sintes, E. & Ramón, A. (2003). *Condicions de vida i hàbits de la gent gran de la província de Barcelona*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

Skinner, B. F. (1986). *Walden dos*. Barcelona: Ediciones ORBIS, S.A.

Smith, R. (2002). *In search of "nondisease"*. London: British Medical Journal, 324, 883-885.

Soler, A. (2003). *Evaluación de la eficacia del programa de intervención Psico-Socio-Motriz para ancianos (PIPSMA) sobre el bienestar de las personas mayores*. Departament de Psicologia evolutiva i de l'Educació de la Universitat de Barcelona.

Sook Lee, M. & Tanaka, K. (1997). *Significance of Health Fitness Appraisal in an Aging Society*. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science*, 16 (4), 123-131.

Spirduso, W. W. & Cronin, D. L. (2001). *Exercise dose-response effects on quality of life and independent living in older adults*. *Medicine and Science in Sports Exercise*, 33, supl.6, S598-608.

Spirduso, W. W. (1995). *Physical dimensions of aging*. Champaign: Human Kinetics Publishers, Inc.

Stalenhoef, P. A. (2002). *A risk model for the prediction of recurrent falls in community-dwelling elderly: A prospective cohort study*. *Journal of aging and Physical Activity*, 55, 1088-1094.

Stewart, A. L., King, A. C. & William, H. L. (1993). *Endurance exercise and health-related quality of life in 50-65 year-old adults*. *The Gerontologist*, 33 (6), 782.

Stewart, K. J., Turner, K. L., Bacher, A. C., DeRegis, J. R., Sung, J., Tayback, M. et al. (march/ april 2003). *Are fitness, activity, and fatness associated with health-related quality of life and mood in older persons?*. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation*, 23 (2), 115-121.

Stokolos, D. (1992). *Establishing and maintaining healthy environments: toward a social ecology of health promotion*. *American Psychologist*, 47, 6- 22.

Stokolos, D. (1998). *The Future of Interdisciplinarity in the School of Social Ecology*. School of Social Ecology University of California, Irvine, May 21.

Strain, L. A., Grabusic, C. C., Searle, M. S. & Dunn, N. J. (2002). *Continuing and Ceasing Leisure Activities in Later Life*. *The Gerontologist*, 42, 217-223.

Susser, M. & Susser, E. (1996). *Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology*. *American Journal of Public Health*, 86, 674-677.

Szabo, A., Billett, E. & Turner, J. (2001). *Phenylethylamine, a possible link to the antidepressant effects of exercise?*. *British Journal sports medicine*, 35, 342-343.

Talbot, L. A, Fleg, J. L, & Metter, E. J. (2003). *Secular trends in leisure-time physical activity in men and women across four decades*. *Preventive Medicine*, 37, 52-60.

Timiras, P. (1999). *Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría*. Barcelona: Masson.

Tomás, C., Zunzunegui, M. V., Moeno, L. A. & Germán, C. (2003). *Dependencia evitable para las actividades de la vida diaria: una perspectiva de género*. *Revista Española de Geriatría i Gerontología*, 38 (6), 327-333.

Treserra, A. (1993). *Pla Integral de la Gent Gran*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar i Família.

Trías, E. (1974). *Drama e identidad*. Barcelona: Barral Editores, S.A.

U.S. Department of Health and Human Services (2000). *Healthy people 2010: understanding and improving health*. Washington DC: US Department of Health and Human Services.

Utz, R. L., Carr D., Nesse, R. & Wortman, C. B. (2002). *The Effect of Widowhood on Older Adults' Social Participation*. *The Gerontologist*, 42, 522-533.

Uyl-de Groot, C.A., Rutten, F.F.H. & Bonsel, G.J. (1994). *Measurement and valuation of quality of life in economic appraisal of cancer treatment*. *European Journal of cancer*, 30, 111-117.

Van Agt H.M.E., Essinck-Bot M.L. & Krabbe P.F.M. (1994). *Test-retest reliability of health state valuations collected with the EuroQol questionnaire*. *Social Science and Medicine*, 39, 1537-1544.

Van der Bij, A. K, Laurant, M. G. H. & Wenshing, M. (2002). *Effectiveness of Physical Activity Interventions for Older Adults. A review*. *American Journal Preventive Medicine*, 22 (2).

Varis autors. (1999). *Serveis Socials i Gent Gran. Anàlisi i delimitació dels serveis i les prestacions de l'actual marc legislatiu*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

Varo Cenarruzabeitia, J. J., Martínez González, M. A., Sánchez Villegas, A., Martínez Hernández, J. A., Irala Estévez, J., De Gibney, M. J. (2003). *Actitudes y prácticas en actividad física: situación en España respecto al conjunto europeo*. *Atención Primaria*, 31 (2), 77-86.

Vattimo, G. (1990). *El fin de la Modernidad. Nihilismo y hermenéutica en la cultura postmoderna*. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.

Vaupel, J. W. & Jeune, B. (2000). *The emergence and proliferation of centenarians*. Max Planck Institute for demographic research.

Vázquez García, F. (2002). *La sociología, como crítica de la razón*. Madrid: Ediciones de Intervención Cultural.

Vázquez Montalbán, M. (2006). *Fútbol. Una religión en busca de un dios*. Barcelona: De Bolsillo.

Velarde-Jurado, E. & Avila- Figueroa, C. (2002). *Evaluación de la calidad de vida*. Salud pública de México, 44 (4), 349-361.

Verdugo, M.A. (2001). *Educación y calidad de vida: la autodeterminación de alumnos con necesidades especiales*. III Congreso "La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo". Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.

Vilà, A. (2003). Tesi doctoral: *Els Serveis Socials a Catalunya. Una visió històrica*. Girona: Departament de Pedagogia de la Universitat de Girona.

Von Bertalanffy, L. (1987). *Teoría General de Sistemas*. Barcelona: Ed. Herder.

Wacquant, L. (1995). *Pugs at work: Bodily Capital and Bodily Labour among professional boxers*. Body and Society, 1, 65-93.

Walker, A. (2004). *Calidad de vida de las personas mayores. Análisis comparativo*. Revista Española de Geriátría i Gerontología, 39 (Sup. 3), 8-17.

Wallace, J. L., Buchner, D. M., Grothaus, L., Leveille, G., Tyll, L., La Croix A. Z. & Wagner, E. H. (1998). *Implementation and effectiveness of a community-based health promotion program for older adults*. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 53 (4), 301-306.

Whaley, D. E. & Ebbeck, V. (2002). *Self-Schemata and exercise in older adults*. Journal of aging and Physical Activity, 10, 245-259.

Whaley, D. E. (2003). *Future-oriented self-perceptions and exercise behavior in middle-age women*. Journal of aging and Physical Activity, 11, 1-47.

Wilcox, S. & King, A. C. (2004). *The Effects of Life Events and Interpersonal Loss on Exercise Adherence in Older Adults*. Journal of aging and Physical Activity, 11, 117-130.

Woolf, A. D. & Åkesson, K. (2003). *Preventing fractures in elderly people*. British Medical Journal, 327 (12 juliol).

World Health Organization (1948). *Constitution*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. The Whoqol group. (1998). *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties*. Social Science and Medicine, 46, 1569-1585.

Wulff, H. R., Pedersen, S. A. & Rosenberg, R. (2002). *Introducción a la Filosofía de la medicina*. Madrid: Editorial Triacastela.

Xu, D., Hong, Y., Li, J. & Chan, K. (2004). *Effect of tai chi exercise on proprioception of ankle and knee joints in old people*. British Journal sports medicine, 38, 30-34.

Zazzo, R. (2004). *El yo social. La psicología de Henri Wallon*. Madrid: Fundación infancia y aprendizaje.

Ziersch, A. M. & Baum, F. E. (2004). *Involvement in civil society groups: Is it good for your health?*. Journal Epidemiology Community Health, 58, 493-500.

## **10.- REFERÈNCIES DE TEXTOS LEGALS**



Decret legislatiu 17/1994 de 16 de novembre, pel qual s'aprova la refosa de les lleis 12/1983, de 14 de juliol, 26/1985, de 27 de desembre, i 4/1994, de 20 d'abril, en matèria d'assistència i serveis socials (DOG núm. 198, 13-01-1995).

Decret 284/1996 de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials (DOGC núm. 2237, 31-07-1996).

Decret 92/2002, de 5 de març, pel que s'estableixen la tipologia i les condicions funcionals dels centres i serveis sociosanitaris i se'n fixen les normes d'autorització (DOGC núm. 3597, 18-03-2002).

Llei 8/1987, de 15 d'abril, municipal i de règim local de Catalunya (DOGC núm. 832, de 27 d'abril).

Decret 284/1996, de 23 de juliol de Regulació del Sistema Català de Serveis socials (DOGC núm 284996, 31/07/1996).

Generalitat de Catalunya. Parlament de Catalunya. (2004). Informe extraordinari del Síndic de Greuges al Parlament de Catalunya sobre l'atenció a la gent gran dependent a Catalunya Tram. 360-00002/07: BOP.

**11.- ÍNDEX ALFABÈTIC D'AUTORS****A**

Alexander, 41, 59

Alonso, 147

Alonso, Regidor, Barrio, Prieto, Rodriguez & de la Fuente, 152

Anna i Harry Borun, 135

Applegate, Blass & Williams, 144

Aranguren, 47

Asadi-Lari, Tamburini & Gray, 144

Azpiazu Garrido, Cruz Jentoft, Villagrasa Ferrer, Abanades Herranz, García Marín & Alvear, 119, 154, 270, 271, 295, 301, 305

Azpiazu Garrigo, Cruz Jentoft, Villagrasa Ferrer, Abanades Herranz, García Marín, & Alvarez de Mon Rego, 147

**B**

Badia, 145, 214

Badia & Baró, 131

Badia & Carné, 142, 217

Badia, Roset, Montserrat, Herdman & Segura, 214

Badia, Salamero, Alonso & Ollé, 154

Badia, Schiaffino, Alonso & Herdman, 123, 147, 187, 216, 240, 241, 294

Bandura, 82, 157, 159

Bath, 295

Baudrillard, 69

Baum & Palmer, 165

Baum & Ziersch, 165

Bauman, Sallis, Dzewaltowski & Neville Owen, 169, 170, 186

Bell, 70

Benach, 122, 304, 305, 327

Bertherath, 41, 59

Bezrukov & Foigt, 92

Bochensky, 76

Borrell & Benach, 122, 123, 294, 306

Botella & Feixas, 77, 79

Bourdieu, 159, 160, 161, 162, 165, 166, 312, 313

Brassington, Atienza, Perczek, DiLorenzo & King, 157

Brown, Balluz, Heath, Moriarty, Ford, Giles & Mokdad, 100, 272, 276

Bunge, 80, 189

Burriel, 39, 40, 44, 318

Busquets & Ribera, 300

Buz, Mayoral, Bueno & Vega, 101

C

Calmet, 93

Canyellas & Fortuño, 56, 162

Carr & Higginson, 293

Carr, Gibson & Robinson, 138, 140, 145

Carrol, 183

Casino, 124

Caspersen, Powell & Christenson, 50

Caycedo, 59

Chatterji, Ustün, Sadana, Salomon, Mathers & Murray, 115, 116

Coleman, 166

Coles, 89

Conn, Minor, Burks, Rantz & Pomeroy, 157, 158

Courchinoux, 41, 59

Courneya & Bobick, 159

Coutier, Camus & Sarkar, 40

Culos- Reed, Rejeski, McAuley, Ockene & Roter, 157

Cumming & Henri, 38, 97

Cummins, 134

Cutler, 130

D

Da Fonseca, 54

Damasio, 120, 336

De Febrer, 39  
De Febrer & Soler, 40, 86  
De Gràcia & Marcó, 99  
Delibes, 45  
Descartes, 76  
Dewey, 79  
Domínguez Berjón, Borrell, Nebot & Plasència, 110  
Durkheim, 164  
E  
Erikson, 88  
Escher, 72  
F  
Feldenkrais, 41, 59  
Fericglà, 49  
Fernández Ballesteros, 85, 118,131, 136, 137, 303, 305  
Fishbein & Ajzen, 159  
Fontaine, Barofsky, Andersen, Bartlett, Wiersema, Cheskin, et al., 148  
Fortuño, 170, 209, 310, 312, 326, 343  
Foucault, 112, 113  
Frankl, 71  
Fries, 127, 128  
Fukuyama, 166  
G  
Gadamer, 113  
Galloway, Bell & Hamilton, 99, 138  
García, 267  
García Bacca, 70  
García Ferrando, 103, 104, 107, 108, 109, 111, 112, 191  
Geymonat, 112, 113  
Giner & Tábara, 73  
Giralt & López Jurao, 104, 111, 192  
Goleman, 119

Gruenberg, 127

Guallar Castellón, Santa-Olalla Peralta, Banegas Banegas, López García &  
Rodríguez Artalejo, 148, 185, 186, 205, 272, 278,

Gude Sampedro, Rey García, Tato, Beceiro, Fernández Merino, & Faraldo  
Vallés, 97, 98

Guyatt, Feeny & Patrick, 52, 150, 151, 152, 154, 155

H

Habermas, 113

Hayflick, 85, 98

Heidegger, 73, 89

Herdman, Badia & Berra, 216

House, Robbins & Metzner, 97

Humpel, Owen & Leslie, 163, 170

I

Imeroni, Troletti, & Vione, 40

J

Jacobson, 59

Jenkins, Pienta & Horgas, 97

Johnson, 312

Jostein, 65

Jung, 88, 263

K

Kane & Kane, 152

Kant, 68, 78

Karnofsky, 142

Kierkegaard, 113

King, Stokols, Talen, Brassington & Killingsworth, 82, 84, 156, 162, 163, 167,  
168

Kramer, 79, 127

Kuhn, 74

L

Laforge, Rossi, Prochaska, Velicer, Levesque & McHorney, 100, 272

Lee, 97, 99, 118

Lehr, 57, 87, 96, 97, 101, 119, 120, 301

Lipovetsky, 68, 71

Luhmann, 79, 80, 82

Lyotard, 67, 68

M

Macluhan, 131

Manidi, 110

Manton & Singer, 128

Marín, 48

Márquez, Izal, Montorio & Pérez, 140

Martínez del Castillo, Jiménez- Beatty, Graupera & Rodríguez, 298

Martinson, Crain, Pronk, O'Connar & Maciosek, 130

Maslow, 117

Mathers, Sadana, Salomon, Murray & Lopez, 123, 128

Maturana, 80, 81, 82

Maturana & Varela, 79, 81

McAuley, Blissmer, Marquez, Jerome, Kramer & Katula, 100

McKusker & Stoddard, 151

McLeroy, 83

McLeroy, Bibeau, Steckler & Glanz, 162

Morey, 75

Morin, 73, 74, 336

Mossey & Shapiro, 118, 144

Mosterín, 329

Myers & Wilks, 153, 218

N

Navarro, 101

Nietzsche, 76, 77

Nightingale, 117

O

- Oguma, Sesso, Paffenbarger & Lee, 99  
Ortega Sánchez- Pinilla, 131, 340, 343  
Ortega y Gasset, 76, 77  
Otero, Zunzunegui Pastor, Rodríguez Laso, Aguilar Conesa, & Lázaro, 128

P

- Perea Quesada, 114, 118  
Pérez, 223, 313  
Piaget, 86  
Plató, 76  
Popper, 77  
Powell & Longino, 38, 68  
Prados, 337  
Prieto & Badia, 79, 138, 143  
Prochaska & Di Clemente, 104, 158  
Prochaska, Di Clemente & Norcross, 158  
Prusak, 131  
Psyhountaki & Zervas, 276, 300  
Puga González, 127  
Putnam, 165

R

- Rejeski & Mihalko, 100, 133, 139, 145, 147, 185, 272, 293  
Rejeski, Brawley & Schumaker, 100, 138, 145, 146, 148, 149, 185, 272, 277  
Rodríguez Hernández, Jiménez-Beatty, Graupera Sanz & Martínez del Castillo,  
111  
Roman, 39  
Rosenfield, 75, 84  
Roset, Badia & Mayo, 216, 218  
Rull, 300

S

- Salleras, Tresserras i Gaju & Brugulat, 153  
Sartre, 113

Satariano & McAuley, 162, 164  
Schalock, 140, 141  
Schalock & Verdugo, 83, 121, 131, 132, 133, 134, 138, 143, 294  
Schultz, 59  
Schutzer & Graves, 166, 167  
Séculi, Fruste, Bugulat, Junca, Rué & Guillén, 144, 293, 295  
Sigerist, 114  
Simmel, 164  
Singer & Hanton, 130  
Sintes & Ramón, 106, 175, 324  
Skinner, 158  
Smith, 124, 125  
Soler, 39, 43, 56, 58, 60, 100, 148  
Sook Lee & Tanaka, 36, 37  
Spirdurso, 47, 48, 135  
Spirduso & Cronin, 99  
Stampar, 115  
Stewart, 79  
Stewart, King & William, 100, 149, 272  
Stokols, 84  
Susser & Susser, 83  
T  
Taylor, 312  
Timiras, 85  
Treserra, 42, 323  
Trias, 71  
U  
Uyl-de Groot, Rutten & Bonsel, 217  
V  
Van Agt, Essinck-Bot & Krabbe, 217  
Varo Cenarruzabeitia, 104, 105



Varo Cenarruzabeitia, Martínez González, Sánchez Villegas, Martínez  
Hernández, Irala Estévez & De Gibney, 158, 340

Vattimo, 72

Vaupel & Jeune, 92

Vázquez García, 160

Vázquez Montalbán, 307

Velarde-Jurado & Avila-Figueroa, 133, 143

Viedma, 132

Von Bertalunffy, 80, 117

W

Wulff, Pedersen & Rosenberg, 113, 114

Y

Yerkes, Wechsler-Bellevue, 86

Z

Zazzo, 121

Ziersch & Baum, 166

## **ANNEXOS**

Annex A: taules estadístiques corresponents a la verificació dels resultats	402
Annex B: variables de l'ESCA'02 que s'han fet servir en la present tesi	420
Annex C: qüestionari utilitzat	422

## Annex A: taules estadístiques corresponents a la verificació dels resultats

### Annex A.1.- Taules corresponents a la verificació de la hipòtesi 1: anàlisi de la QVRS de la població sedentària gran de Catalunya i els usuaris dels PEFCGGC's

Taula A.1. *Prova de mostres independents* corresponent a l'anàlisi de l'EVA de la població gran de Catalunya i dels usuaris dels PEFCGGC's.

EVA	Prova Levene igualtat variàncies		Prova T per a la igualtat de mitjanes						
	F	Sig.	t	gl	Sig. Bilat.	Dif. Mitjanes	Error típic dif.	95% Interval de confiança per a diferència	
								Inf.	Sup.
S'han assumit variàncies iguals	9,066	,003	16,420	2558	,000	12,595	,767	11,090	14,099
No s'han assumit variàncies iguals			15,728	1378,192	,000	12,595	,801	11,024	14,165

Taula A.2. *Prova de mostres independents* corresponent a l'anàlisi de l'EVA de la població gran de Catalunya i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció del gènere femení.

EVA	Prova Levene igualtat variàncies		Prova T per a la igualtat de mitjanes per a les dones						
	F	Sig.	t	Gl.	Sig. Bilat.	Dif	Error típic dif.	95% Interval de confiança per a diferència	
								Inf.	Sup.
S'han assumit variàncies iguals	2,738	,098	15,445	1971	,000	14,831	,960	12,948	16,714
No s'han assumit variàncies iguals			14,552	671,936	,000	14,831	1,019	12,830	16,832

Taula A.3. *Prova de mostres independents* corresponent a l'anàlisi de l'EVA de la població gran de Catalunya i dels usuaris dels PEFCGGC's en funció del gènere masculí.

EVA	Prova Levene igualtat variàncies		Prova T per a la igualtat de mitjanes homes						
	F	Sig.	t	gl	Sig. Bilat.	Dif. mitjanes	Error típic dif.	95% Interval de confiança per a diferència	
								Inf.	Sup.
S'han assumit variàncies iguals	11,194	,001	8,966	584	,000	13,171	1,469	10,286	16,056
No s'han assumit variàncies iguals			9,221	563,421	,000	13,171	1,428	10,365	15,977

Taula A.4. *ANOVA d'un factor* corresponent a l'anàlisi de l'EVA dels components de participants en programes de PEFCGGC's en funció de l'edat.

EVA PEFCGGC's	Suma de quadrats	gl	Mitjana quadràtica	F	Sig.
Inter- grups	3846,896	3	1282,299	4,322	,005
Intra- grups	523342,606	1764	296,679		
Total	527189,502	1767			

Taula A.5. *ANOVA d'un factor* corresponent a l'anàlisi de l'EVA dels components de l'ESCA'02 sedentaris en funció de l'edat.

EVA ESCA'02	Suma de quadrats	gl	Mitjana quadràtica	F	Sig.
Inter.-grupos	10086,361	3	3362,120	9,266	,000
Intra-grupos	285928,355	788	362,853		
Total	296014,716	791			

Taula A.6. Prova de comparacions múltiples corresponent a l'anàlisi de l'EVA dels participants en programes de PEFCGGC's en funció de l'edat (Scheffé).

Edat agrupada	Edat agrupada	Dif. Mitjanes	Error típic	Sig.	Interval de confiança 95%	
					Límit Inf.	Límit Sup.
60 a 64 anys	65 a 74 anys	2,323	1,134	,242	-,85	5,50
	75 a 84 anys	3,684	1,332	,054	-,04	7,41
	85 o més anys	11,847	4,297	,055	-,18	23,87
65 a 74 anys	60 a 64 anys	-2,323	1,134	,242	-5,50	,85
	75 a 84 anys	1,360	1,021	,620	-1,50	4,22
	85 o més anys	9,524	4,211	,164	-2,26	21,31
75 a 84 anys	60 a 64 anys	-3,684	1,332	,054	-7,41	,04
	65 a 74 anys	-1,360	1,021	,620	-4,22	1,50
	85 o més anys	8,164	4,268	,301	-3,78	20,11
85 o més anys	60 a 64 anys	-11,847	4,297	,055	-23,87	,18
	65 a 74 anys	-9,524	4,211	,164	-21,31	2,26
	75 a 84 anys	-8,164	4,268	,301	-20,11	3,78

Taula A.7. Prova de comparacions múltiples corresponent a l'anàlisi de l'EVA dels sedentaris de l'ESCA'02 en funció de l'edat (Scheffé).

Edat agrupada	Edat agrupada	Dif. Mitjanes	Error típic	Sig.	Interval de confiança 95%	
					Límit Inf.	Límit Sup.
60 a 64 anys	65 a 74 anys	5,619(*)	1,803	,022	,57	10,67
	75 a 84 anys	8,339(*)	1,916	,000	2,97	13,71
	85 o més anys	12,619(*)	2,843	,000	4,65	20,58
65 a 74 anys	60 a 64 anys	-5,619(*)	1,803	,022	-10,67	-,57
	75 a 84 anys	2,721	1,629	,426	-1,84	7,28
	85 o més anys	7,000	2,658	,075	-,45	14,45
75 a 84 anys	60 a 64 anys	-8,339(*)	1,916	,000	-13,71	-2,97
	65 a 74 anys	-2,721	1,629	,426	-7,28	1,84
	85 o més anys	4,280	2,736	,485	-3,39	11,94
85 o més anys	60 a 64 anys	-12,619(*)	2,843	,000	-20,58	-4,65
	65 a 74 anys	-7,000	2,658	,075	-14,45	,45
	75 a 84 anys	-4,280	2,736	,485	-11,94	3,39

\* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

## Annex A.2.- Taules corresponents a la verificació de la hipòtesi 2: QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's en funció del tipus de pràctica esportiva

Taula A.8. ANOVA d'un factor corresponent a l'anàlisi de l'EVA en funció del tipus d'instal·lació i la QVRS.

	Suma de quadrats	GI	Mitjana quadràtica	F	Sig.
Inter- grups	21739,947	4	5434,987	18,230	,000
Intra- grups	592706,923	1988	298,142		
Total	614446,870	1992			

Taula A.9. Prova de comparacions múltiples corresponent a l'anàlisi de l'EVA en funció del tipus d'instal·lació i la QVRS (Scheffé).

Tipus instal·lació	Tipus instal·lació	Diferència mitjanes	Error típic	Sig.	Interval de confiança al 95%	
					Límit Inf.	Límit Sup.
	Centre Cívica					
Casal o espai de gent gran	Centre Cívica	-,341	1,912	1,000	-6,24	5,55
	Aire lliure	-7,666(*)	1,506	0,000	-12,31	-3,02
	Instal. Esportiva	-1,840	,853	0,054	-5,24	0,03
	Fràgils	12,471(*)	2,096	0,000	5,45	18,37
Centre Cívica	Casal o espai de gent gran	,341	1,912	1,000	-5,55	6,24
	Aire lliure	-7,325(*)	2,305	0,039	-14,43	-0,22
	Instal. Esportiva	-2,264	1,942	0,851	-8,25	3,72
	Fràgils	12,252(*)	2,727	0,000	3,85	20,66
Aire lliure	Casal o espai de gent gran	7,666(*)	1,506	0,000	3,02	12,31
	Centre Cívica	7,325(*)	2,305	0,039	0,22	14,43
	Instal. Esportiva	5,061(*)	1,544	0,030	0,30	9,82
	Fràgils	19,577(*)	2,459	0,000	12,00	27,16
Instal. Esportiva	Casal o espai de gent gran	2,605	,853	0,054	-0,03	5,24
	Centre Cívica	2,264	1,942	0,851	-3,72	8,25
	Aire lliure	-5,061(*)	1,544	0,030	-9,82	-0,30
	Fràgils	14,515(*)	2,123	0,000	7,97	21,06
Fràgils	Casal o espai de gent gran	-11,910(*)	2,096	0,000	-18,37	-5,45
	Centre Cívica	-12,252(*)	2,727	0,000	-20,66	-3,85
	Aire lliure	-19,577(*)	2,459	0,000	-27,16	-12,00
	Instal. Esportiva	-14,515(*)	2,123	0,000	-21,06	-7,97

La diferència entre les mitjanes és significativa al nivell .05.

Taula A.10. ANOVA d'un factor corresponent a l'anàlisi de la EVA en funció del tipus de pràctica esportiva.

EVA	Suma de quadrats	gl	Mitjana quadràtica	F	Sig.
Inter- grups	20099,607	4	5024,902	16,808	,000
Intra- grups	594347,263	1988	298,967		
Total	614446,870	1992			

Taula A.11. Prova de comparacions múltiples corresponent a l'anàlisi de l'EVA en funció del tipus de pràctica i la QVRS (Scheffé).

Tipus activitat	Tipus activitat	Diferència mitjanes	Error típic	Sig.	Interval de confiança al 95%	
					Límit inf.	Límit sup.
Gimnàstica	Caminades	-9,434(*)	2,039	0,000	-15,72	-3,15
	Tai txi	,132	3,184	1,000	-9,68	9,95
	Petanca	-3,846	2,014	0,456	-10,05	2,36
	Estimulació psicomotriu	12,973(*)	2,066	0,000	6,60	19,34
Caminades	Gimnàstica	9,434(*)	2,039	0,000	3,15	15,72
	Tai txi	9,567	3,735	0,162	-1,95	21,08
	Petanca	5,558	2,805	0,411	-3,06	14,24
	Estimulació psicomotriu	22,407(*)	2,843	0,000	13,64	31,17
Tai txi	Gimnàstica	-,132	3,184	1,000	-9,95	9,68
	Caminades	-9,567	3,735	0,162	-21,08	1,95
	Petanca	-3,979	3,721	0,887	-15,45	7,49
	Estimulació psicomotriu	12,841(*)	3,750	0,020	1,28	24,40
Petanca	Gimnàstica	3,846	2,014	0,456	-2,36	10,05
	Caminades	-5,588	2,805	0,411	-14,24	3,06
	Tai txi	3,979	3,721	0,887	-7,49	15,45
	Estimulació psicomotriu	16,819(*)	2,825	0,000	8,11	25,53
Estimulació psicomotriu	Gimnàstica	-12,973(*)	2,066	0,000	-19,34	-6,60
	Caminades	-22,407(*)	2,843	0,000	-31,17	-13,64
	Tai txi	-12,841(*)	3,750	0,020	-24,40	-1,28
	Petanca	-16,819(*)	2,825	0,000	-25,53	-8,11

\* La diferència entre les mitjanes és significativa al nivell .05.

Taula A.12. ANOVA d'un factor corresponent a l'anàlisi de la EVA en funció del temps de pràctica esportiva. Valors agrupats.

EVA agrupats	Suma de quadrats	gl	Mitjana quadràtica	F	Sig.
Inter- grups	5755,136	3	1918,379	6,152	,000
Intra -grups	392618,721	1259	311,850		
Total	398373,857	1262			

Taula A.13. Prova de comparacions múltiples corresponent a l'anàlisi de la EVA en funció del temps de pràctica esportiva i la QVRS (Scheffé).

Temps Pràctica	Temps Pràctica	Dif. Mitjanes	Error típic	Sig.	Interval de confiança al 95%	
					Límit inf.	Límit sup.
	0 a 2 anys					
	3 a 5 anys	-2,934	1,379	0,210	-6,79	0,93
	6 a 10 anys	-2,963	1,399	0,214	-6,88	0,95
	Més de 10 anys	-5,966(*)	1,389	0,000	-9,86	-2,08
3 a 5 anys	0 a 2 anys	2,934	1,379	0,210	-0,93	6,79
	6 a 10 anys	-,029	1,425	1,000	-4,02	3,96
	Més de 10 anys	-3,032	1,415	0,205	-6,99	0,93
6 a 10 anys	0 a 2 anys	2,963	1,399	0,214	-0,95	6,88
	3 a 5 anys	,029	1,425	1,000	-3,96	4,02
	Més de 10 anys	-3,003	1,435	0,224	-7,02	1,01
Més de 10 anys	0 a 2 anys	5,966(*)	1,389	0,000	2,08	9,86
	3 a 5 anys	3,032	1,415	0,205	-0,93	6,99
	6 a 10 anys	3,003	1,435	0,224	-1,01	7,02

\* La diferència entre les mitjanes és significativa al nivell .05.

Taula A.14. ANOVA d'un factor corresponent a l'anàlisi de la EVA en funció del temps de pràctica esportiva dels PEFCGGC's.

PEFCGGC's	Suma de quadrats	gl	Mitjana quadràtica	F	Sig.
Inter-grupos	3046,143	3	1015,381	3,258	,021
Intra-grupos	344960,170	1107	311,617		
Total	348006,313	1110			



Taula A.15. Prova de comparacions múltiples corresponent a l'anàlisi de la EVA en funció del temps de pràctica esportiva i la QVRS (Scheffé).

Temps Pràctica	Temps Pràctica	Dif. Mitjanes	Error típic	Sig.	Interval de confiança al 95%	
					Límit inf.	Límit sup.
	0 a 2 anys					
	3 a 5 anys	-2,758	1,421	,288	-6,74	1,22
	6 a 10 anys	-2,143	1,455	,538	-6,22	1,93
	Més de 10 anys	-4,688(*)	1,535	,026	-8,99	-,39
3 a 5 anys	0 a 2	2,758	1,421	,288	-1,22	6,74
	6 a 10 anys	,615	1,489	,982	-3,56	4,78
	Més de 10 anys	-1,930	1,568	,679	-6,32	2,46
6 a 10 anys	0 a 2 anys	2,143	1,455	,538	-1,93	6,22
	3 a 5	-,615	1,489	,982	-4,78	3,56
	Més de 10 anys	-2,545	1,599	,469	-7,02	1,93
Més de 10 anys	0 a 2 anys	4,688(*)	1,535	,026	,39	8,99
	3 a 5 anys	1,930	1,568	,679	-2,46	6,32
	6 a 10 anys	2,545	1,599	,469	-1,93	7,02

\* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Taula A.16. ANOVA d'un factor corresponent a l'anàlisi de la EVA en funció del temps de pràctica esportiva a l'aire lliure.

Aire lliure	Suma de quadrats	gl	Mitjana quadràtica	F	Sig.
Inter-grupos	528,904	3	176,301	,640	,590
Intra-grupos	40749,175	148	275,332		
Total	41278,079	151			

**Annex A.3.- Taules corresponents a la verificació de la hipòtesi 3: anàlisi de la QVRS dels usuaris dels PEFCGGC's en funció de les seves característiques socials i demogràfiques**

Taula A.17. Coeficient de Correlació de Pearson corresponent a l'anàlisi dels valors de l'EVA en funció de l'edat dels enquestats.

		EVA	Edat enquestats
EVA	Correlació de Pearson	1	-,080(**)
	Sig. (bilateral)		,000
	N	1964	1906
Edat enquestats	Correlació de Pearson	-,080(**)	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	1906	2102

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Taula A.18. Prova de mostres independents corresponent a l'anàlisi de la EVA en funció del sexe dels enquestats.

EVA	Prova Levene per igualtat de variàncies		Prova T per a la igualtat de mitjanes homes						
	F	Sig.	t	gl	Sig. Bilat.	Dif. mitjanes	Error típic dif.	95% Interval de confiança per a diferència	
								Inf.	Sup.
S'han assumit variàncies iguals	5,127	,024	3,710	1960	,000	4,321	1,165	2,037	6,605
No s'han assumit variàncies iguals			3,952	354,100	,000	4,321	1,093	2,171	6,471

Taula A.19. *Prova de mostres independents* corresponents a l'anàlisi de la EVA en funció de l'estat civil. La variable estat civil es presenta agrupada en forma de viure.

EVA	Prova Levene igualtat de variàncies		Prova T per a la igualtat de mitjanes						
	F	Sig.	t	gl	Sig. Bilat.	Dif. Mitjanes	Error típ. de la Dif.	95% Intèrval de confiança per a diferència	
								Inf.	Sup.
S'han assumit variàncies iguals	1,764	,184	2,217	1952	,027	1,832	,826	,211	3,452
No s'han assumit variàncies iguals			2,197	1374,714	,028	1,832	,834	,196	3,467

Taula A.20. *ANOVA d'un factor* corresponent a l'anàlisi de la EVA en funció del nivell econòmic percebut.

EVA	Suma de quadrats	gl	Mitjana quadràtica	F	Sig.
Inter- grups	14113,465	2	7056,732	23,813	,000
Intra- grups	571939,723	1930	296,342		
Total	586053,188	1932			

Taula A.21. *Prova de comparacions múltiples* corresponent a l'anàlisi de l'EVA i nivell econòmic percebut (*Scheffé*).

Estat econòmic	Estat econòmic	Dif. mitjanes	Error típic	Sig.	Interval confiança al 95%	
					Límit inf.	Límit sup.
Nivell ec. Normal	Nivell ec. Alt	-4,711(*)	1,327	,002	-7,96	-1,46
	Nivell ec. Baix	4,785(*)	,931	,000	2,51	7,07
Nivell ec. Alt	Nivell ec. Normal	4,711(*)	1,327	,002	1,46	7,96
	Nivell ec. Baix	9,496(*)	1,470	,000	5,90	13,10
Nivell ec. Baix	Nivell ec. Normal	-4,785(*)	,931	,000	-7,07	-2,51
	Nivell ec. Alt	-9,496(*)	1,470	,000	-13,10	-5,90

\* La diferència entre les mitjanes és significativa al nivell .05.

Taula A.22. Prova de mostres independents corresponent a l'anàlisi de l'EVA i nivell d'estudis percebut.

	Prova Levene igualtat variàncies		Prova T per a la igualtat de mitjanes						
	F	Sig.	t	gl	Sig. Bilat.	Dif. Mitjanes	Error típic dif.	95% Interval confiança per a diferència	
								Inf.	Sup.
S'han assumit variàncies iguals	6,094	,014	5,959	1922	,000	-6,675	1,120	-8,872	4,479
No s'han assumit variàncies iguals			6,469	400,228	,000	-6,675	1,032	-8,704	4,647

Taula A.23. ANOVA d'un factor corresponent a l'anàlisi de l'EVA en funció del número d'habitants del lloc de pràctica.

	Suma de quadrats	gl	Mitjana quadràtica	F	Sig.
Inter-grupos	9843,627	3	3281,209	10,930	,000
Intra-grupos	588379,621	1960	300,194		
Total	598223,248	1963			

Taula A.24. Prova de comparacions múltiples corresponent a l'anàlisi del número d'habitants de la població del lloc de pràctica (Scheffé).

Població	Població	Dif. Mitjanes	Error típic	Sig.	Interval de confiança al 95%	
					Límit inf	Límit sup
Fins a 25000 h.	Entre 25.001 i 50.000	4,341(*)	1,189	,004	1,02	7,67
	Entre 50.001 i 75.000	6,960(*)	1,522	,000	2,70	11,22
	Més de 75.000	4,101(*)	,910	,000	1,55	6,65
Entre 25.001 i 50.000 h.	Fins a 25000	-4,341(*)	1,189	,004	-7,67	-1,02
	Entre 50.001 i 75.000	2,619	1,667	,481	-2,05	7,28
	Més de 75.000	-,240	1,137	,998	-3,42	2,94
Entre 50.001 i 75.000 h.	Fins a 25000	-6,960(*)	1,522	,000	-11,22	-2,70
	Entre 25.001 i 50.000	-2,619	1,667	,481	-7,28	2,05
	Més de 75.000	-2,859	1,482	,293	-7,00	1,29
Més de 75.000 h.	Fins a 25000	-4,101(*)	,910	,000	-6,65	-1,55
	Entre 25.001 i 50.000	,240	1,137	,998	-2,94	3,42
	Entre 50.001 i 75.000	2,859	1,482	,293	-1,29	7,00

\* La diferència entre les mitjanes és significativa al nivell .05.

**Annex A.4.- Taules corresponents a la verificació de la hipòtesi 4: anàlisi de la tipologia dels usuaris analitzats en funció de la forma de pràctica**

Taula A.25. Proves de  $\chi^2$  corresponent a l'anàlisi de les diferències entre tipus instal·lació i gènere.

	Valor	gl	Sig. asintòtica (bilateral)
Chi- quadrat de Pearson	138,280(a)	4	,000
Raó de verosimilitut	109,417	4	,000
Associació lineal per lineal	23,539	1	,000
N de casos vàlids	2191		

a 0 caselles (,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada es 13,47.

Taula A.26. ANOVA d'un factor corresponent a l'anàlisi de l'EVA en funció de l'edat i el tipus d'instal·lació de pràctica.

	Suma de quadrats	gl	Mitjana quadràtica	F	Sig.
Inter-grupos	4887,425	4	1221,856	35,000	,000
Intra-grupos	76384,467	2188	34,911		
Total	81271,891	2192			

Taula A.27. Prova de comparacions múltiples corresponent a l'anàlisi de l'edat en funció del tipus d'instal·lació (Scheffé).

Tipus instal·lació	Tipus instal·lació	Diferència mitjanes	Error típic	Sig.	Interval de confiança al 95%	
					Límit inf.	Límit sup.
	Centre cívic	-,463	,623	,968	-2,39	1,46
	Aire lliure	1,526	,512	,064	-,05	3,10
	Instal·lació esportiva	,469	,277	,581	-,39	1,32
	Fràgils	-7,320(*)	,681	,000	-9,42	-5,22
Aire lliure	Casal o espai de gent gran	,463	,623	,968	-1,46	2,39
	Centre cívic	1,990	,765	,150	-,37	4,35
	Instal·lació esportiva	,933	,633	,704	-1,02	2,88
	Fràgils	-6,857(*)	,887	,000	-9,59	-4,12
Instal·lació esportiva	Casal o espai de gent gran	-1,526	,512	,064	-3,10	,05
	Centre cívic	-1,990	,765	,150	-4,35	,37
	Aire lliure	-1,057	,524	,396	-2,67	,56
	Fràgils	-8,846(*)	,813	,000	-11,35	-6,34
Fràgils	Casal o espai de gent gran	-,469	,277	,581	-1,32	,39
	Centre cívic	-,933	,633	,704	-2,88	1,02
	Aire lliure	1,057	,524	,396	-,56	2,67
	Instal·lació esportiva	-7,789(*)	,690	,000	-9,91	-5,66

\* La diferència entre les mitjanes és significativa al nivell .05.

Taula A.28. Proves de  $\chi^2$  corresponent a les diferències de tipus instal·lació i estat civil/ forma de viure.

Estat civil	Valor	gl	Sig. asintòtica (bilateral)
Chi- quadrat de Pearson	41,196(a)	16	,001
Razón de verosimilitut	40,140	16	,001
Asociación lineal por lineal	,688	1	,407
N de casos válidos	2184		

a 8 caselles (32,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada es 1,82.

Forma de viure	Valor	gl	Sig. asintòtica (bilateral)
Chi- quadrat de Pearson	24,725(a)	4	,000
Razón de verosimilitut	23,744	4	,000
Asociación lineal por lineal	,932	1	,334
N de casos válidos	2184		

a 0 caselles (,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada es 30,23.

Taula A.29. Proves de  $\chi^2$  corresponent a les diferències de tipus instal·lació i nivell estudis percebut.

	Valor	gl	Sig. asintòtica (bilateral)
Chi- quadrat de Pearson	32,822(a)	4	,000
Raó de verosimilitut	29,553	4	,000
Associació lineal per lineal	7,625	1	,006
N de casos vàlids	2139		

a 0 caselles (,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada es 9,95.

Taula A.30. Proves de  $\chi^2$  corresponent a les diferències de tipus instal·lació i nivell econòmic percebut.

	Valor	gl	Sig. asintòtica (bilateral)
Chi- quadrat de Pearson	50,739(a)	8	,000
Raó de verosimilitut	46,007	8	,000
Associació lineal per lineal	,770	1	,380
N de casos vàlids	2149		

a 0 caselles (,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada es 30,26.

Taula A.31. Anàlisi de les diferències entre tipus instal·lació i temps de desplaçament. S'ha aplicat l'ANOVA d'un factor.

	Suma de quadrats	gl	Mitjana quadràtica	F	Sig.
Inter-grupos	3440,311	3	1146,770	12,496	,000
Intra-grupos	170416,970	1857	91,770		
Total	173857,281	1860			

Taula A.32. Prova de comparacions múltiples corresponent a l'anàlisi del temps de desplaçament i el tipus d'instal·lació (Scheffé).

Tipus instal·lació	Tipus instal·lació	Diferència mitjanes	Error típic	Sig.	Interval de confiança al 95%	
					Límit inf.	Límit sup.
Casal o espai de gent gran	Centre cívic	,007	1,050	1,000	-2,93	2,94
	Aire lliure	-2,478	1,134	,189	-5,65	,69
	Instal·lació esportiva	-2,779(*)	,472	,000	-4,10	-1,46
	Fràgils	-,007	1,050	1,000	-2,94	2,93
Aire lliure	Casal o espai de gent gran	-2,485	1,483	,423	-6,63	1,67
	Centre cívic	-2,785	1,067	,078	-5,77	,20
	Instal·lació esportiva	2,478	1,134	,189	-,69	5,65
	Fràgils	2,485	1,483	,423	-1,67	6,63
Instal·lació esportiva	Casal o espai de gent gran	-,301	1,149	,995	-3,52	2,92
	Centre cívic	2,779(*)	,472	,000	1,46	4,10
	Aire lliure	2,785	1,067	,078	-,20	5,77
	Fràgils	,301	1,149	,995	-2,92	3,52
Fràgils	Casal o espai de gent gran	,007	1,050	1,000	-2,93	2,94
	Centre cívic	-2,478	1,134	,189	-5,65	,69
	Aire lliure	-2,779(*)	,472	,000	-4,10	-1,46
	Instal·lació esportiva	-,007	1,050	1,000	-2,94	2,93

\* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Taula A.33. Tipus instal·lació i forma desplaçament.

	Valor	gl	Sig. asintòtica (bilateral)
Chi- quadrat de Pearson	39,931(a)	3	,000
Raó de verosimilitut	39,627	3	,000
Associació lineal per lineal	33,827	1	,000
N de casos vàlids	1914		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,63.



Taula A.34 Proves de  $\chi^2$  corresponent a les diferències de tipus de pràctica i gènere.

	Valor	gl	Sig. asintòtica (bilateral)
Chi- quadrat de Pearson	184,721(a)	4	,000
Razón de verosimilitut	131,107	4	,000
Asociación lineal por lineal	91,535	1	,000
N de casos vàlidos	2191		

a 0 caselles (,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada es 6,54.

Taula A.35. ANOVA d'un factor corresponent a l'anàlisi del tipus de pràctica esportiva i edat.

	Suma de quadrats	gl	Mitjana quadràtica	F	Sig.
Inter-grups	5124,794	4	1281,198	36,814	,000
Intra-grups	76147,098	2188	34,802		
Total	81271,891	2192			

Taula A.36. Anàlisi del tipus de pràctica esportiva i edat (Scheffé).

Tipus activitat	Ttipus activitat	Diferència mitjanes	Error típic	Sig.	Interval de confiança al 95%	
					Límit inf.	Límit sup.
Gimnàstica	Caminades	,414	,694	,986	-1,73	2,56
	Tai- txi	-2,574	,942	,114	-5,48	,33
	Petanca	2,180(*)	,686	,039	,07	4,29
	E. Psicomotriu	-7,537(*)	,669	,000	-9,60	-5,47
Caminades	Gimnàstica	-,414	,694	,986	-2,56	1,73
	Tai- txi	-2,988	1,155	,153	-6,55	,57
	Petanca	1,766	,957	,493	-1,18	4,72
	E. Psicomotriu	-7,952(*)	,945	,000	-10,87	-5,04
Tai txi	Gimnàstica	2,574	,942	,114	-,33	5,48
	Caminades	2,988	1,155	,153	-,57	6,55
	Petanca	4,754(*)	1,150	,002	1,21	8,30
	E. Psicomotriu	-4,963(*)	1,140	,001	-8,48	-1,45
Petanca	Gimnàstica	-2,180(*)	,686	,039	-4,29	-,07
	Caminades	-1,766	,957	,493	-4,72	1,18
	Tai- txi	-4,754(*)	1,150	,002	-8,30	-1,21
	E. Psicomotriu	-9,717(*)	,939	,000	-12,61	-6,82
E. Psicomotriu	Gimnàstica	7,537(*)	,669	,000	5,47	9,60
	Caminades	7,952(*)	,945	,000	5,04	10,87
	Tai- txi	4,963(*)	1,140	,001	1,45	8,48
	Petanca	9,717(*)	,939	,000	6,82	12,61

\* La diferència entre les mitjanes és significativa al nivell .05.

Taula A.37. Proves de  $\chi^2$  corresponent a les diferències de tipus de pràctica i estat civil.

	Valor	gl	Sig. asintòtica (bilateral)
Chi- quadrat de Pearson	99,098(a)	16	,000
Raó de verosimilitut	93,632	16	,000
Associación lineal por lineal	1,034	1	,309
N de casos vàlids	2184		

a 12 caselles (48,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada es 1,14.

Taula A.38. Proves de  $\chi^2$  corresponent a les diferències de tipus de pràctica i nivell econòmic percebut.

	Valor	gl	Sig. asintòtica (bilateral)
Chi- quadrat de Pearson	77,062(a)	8	,000
Raó de verosimilitut	74,667	8	,000
Associación lineal por lineal	,730	1	,393
N de casos vàlids	2149		

a 1 caselles (6,7%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 4,61.

Taula A.39. Proves de  $\chi^2$  corresponent a l'anàlisi del temps de pràctica i gènere dels usuaris analitzats.

	Valor	gl	Sig. asintòtica (bilateral)
Chi- quadrat de Pearson	17,636(a)	3	,001
Raó de verosimilitut	16,695	3	,001
Associación lineal por lineal	13,841	1	,000
N de casos vàlids	1368		

a 0 caselles (,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 56,84.

Taula A.40. ANOVA d'un factor corresponent a l'anàlisi del tipus de pràctica esportiva i edat.

	Suma de quadrats	gl	Mitjana quadràtica	F	Sig.
Inter-grups	1199,246	3	399,749	11,045	,000
Intra-grups	49365,695	1364	36,192		
Total	50564,941	1367			

Taula A.41. Prova de comparacions múltiples corresponent a l'anàlisi del temps de pràctica esportiva i edat (Scheffé).

Temps de pràctica	Temps de pràctica	Diferència de mitjanes	Error típic	Sig.	Interval de confiança al 95%	
					Límit Inf.	Límit sup.
	0 a 2 anys					
	3 a 5 anys	-,601	,450	,618	-1,86	,66
	6 a 10 anys	-1,828(*)	,457	,001	-3,11	-,55
	Més de 10 anys	-2,327(*)	,455	,000	-3,60	-1,05
3 a 5 anys	0 a 2 anys	,601	,450	,618	-,66	1,86
	6 a 10 anys	-1,226	,466	,075	-2,53	,08
	Més de 10 anys	-1,725(*)	,465	,003	-3,03	-,42
6 a 10 anys	0 a 2 anys	1,828(*)	,457	,001	,55	3,11
	3 a 5 anys	1,226	,466	,075	-,08	2,53
	Més de 10 anys	-,499	,472	,772	-1,82	,82
Més de 10 anys	0 a 2 anys	2,327(*)	,455	,000	1,05	3,60
	3 a 5 anys	1,725(*)	,465	,003	,42	3,03
	6 a 10 anys	,499	,472	,772	-,82	1,82

\* La diferència de mitjanes és significativa a .05.

Taula A.42. Proves de  $\chi^2$  corresponent a l'anàlisi de les diferències entre forma de desplaçament i nivell d'estudis percebut.

	Valor	gl	Sig. asintòtica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi- quadrat de Pearson	6,499(b)	1	,011		
Correcció per continuïtat(a)	6,073	1	,014		
Raó de verosimilitut	6,127	1	,013		
Éstadístic exacte de Fisher				,013	,008
Associació lineal per lineal	6,495	1	,011		
N de casos vàlids	1940				

a Calculat només per a una taula de 2x2.

b 0 caselles (,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 48,42.

Taula A.43. Proves de  $\chi^2$  corresponent a l'anàlisi de les diferències entre forma de desplaçament i nivell econòmic percebut.

	Valor	gl	Sig. asintòtica (bilateral)
Chi- quadrat de Pearson	31,997(a)	2	,000
Raó de verosimilitud	27,993	2	,000
Associació lineal per lineal	10,783	1	,001
N de casos vàlids	1941		

a 0 caselles (,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 35,07.

Taula A.44. Coeficient de Correlació de Pearson corresponent a l'anàlisi del temps de desplaçament en funció de l'edat dels enquestats.

		Edat	Temps desplaçament
Edat enquestats	Correlació de Pearson	1	,067(**)
	Sig. (bilateral)		,004
	N	2193	1867
Temps desplaçament	Correlació de Pearson	,067(**)	1
	Sig. (bilateral)	,004	
	N	1867	1867

\*\* La correlació és significativa al nivell 0,01 (bilateral).

Taula A.45. ANOVA corresponent a l'anàlisi del temps de desplaçament i nivell econòmic percebut.

	Suma de quadrats	gl	Mitjana quadràtica	F	Sig.
Inter- grups	1976,080	2	988,040	9,953	,000
Intra- grups	187522,053	1889	99,271		
Total	189498,133	1891			

Taula A.46. Prova de comparacions múltiples corresponent a l'anàlisi del temps de desplaçament i nivell econòmic (Scheffé).

Temps de desplaçament	Temps de pràctica	Dif. Mitjanes	Error típic	Sig.	Interval de confiança al 95%	
					Límit Inf.	Límit sup.
Nivell ec. Alt	Nivell ec. Normal	3,122(*)	,763	,000	1,25	4,99
	Nivell ec. Baix	1,752	,836	,112	-,30	3,80
Nivell ec. Normal	Nivell ec. Alt	-3,122(*)	,763	,000	-4,99	-1,25
	Nivell ec. Baix	-1,370(*)	,532	,037	-2,67	-,07
Nivell ec. Baix	Nivell ec. Alt	-1,752	,836	,112	-3,80	,30
	Nivell ec. Normal	1,370(*)	,532	,037	,07	2,67

\*La diferència de mitjanes és significativa al nivell .05.

## **Annex B: variables de l'ESCA'02 que s'han fet servir en la present tesi**

**Annex B.1.- Relació de variables codificades com "física", que són el resultat d'agrupar els valors de les variables v112, v113 i v114, que figuren a l'ESCA'02 com a sedentaris o mínimament actius, agrupant-se en el valor "sedentaris"**

111. De les possibilitats que ara li llegiré, indiqui quina descriu millor l'activitat física que desenvolupa habitualment. *Enquestador:*

**LLEGIU-LES**

1. Està assegut durant la major part de la jornada (432)
2. Està dret la major part de la jornada, sense desplaçar-se
3. La seva activitat no requereix un esforç físic important, però es desplaça a peu freqüentment
4. Fa una activitat que requereix un esforç físic important
5. Una altra possibilitat. *Especifiqueu-*

112. Durant la setmana passada, quantes vegades va fer en el seu temps lliure una activitat física lleugera durant més de 20 minuts cada vegada? Serien activitats com ara caminar, jugar a la petanca, vela, muntar a cavall, ioga o similars.

\_\_\_\_\_vegades(433,434)

113. Durant la setmana passada, quantes vegades va fer en el seu temps lliure una activitat física moderada durant més de 20 minuts cada vegada? Serien

activitats com ara bicicleta, gimnàstica, aeròbic, córrer, tennis, natació o similars.

\_\_\_\_\_vegades(435,436)

114. Durant la setmana passada, quantes vegades va fer en el seu temps lliure una activitat física intensa durant més de 20 minuts cada vegada? Serien activitats com ara futbol, bàsquet, hoquei, ciclisme (de competició), natació (de competició), esquaix, arts marcial o similars.

### **Annex B.2.- Relació de variables recollides de l'ESCA'02 i que han servit per comparar amb la nostra tesi per a la verificació de la primera hipòtesi**

S'han seleccionat els següents camps:

- Sexe (v3\_1).
- Edat mostral.
- Els ítems del sistema descriptiu de l'Euroqol (v40\_1, v40\_2,v40\_3, v40\_4,v40\_5).
- Els ítems de l'Escala de Valoració Analògica (v41).
- Els ítems referents a la intensitat d'esforç durant la setmana passada (v112, v113, v114).

S'han seleccionat els valors corresponents a la variable "física", que són el resultat d'agrupar els valors de les variables v112, v113 i v114, que figuren a l'ESCA'02 com a sedentaris o mínimament actius, agrupant-se en el valor "sedentaris".

## Annex C: qüestionari utilitzat

### Annex C.1.- Dades socials i demogràfiques

¿Cuántos años tiene? .....

¿ Es usted?

1.- Hombre .....

2.- Mujer .....

Estado civil actual

1.- Soltero/ a (nunca casado/ a) .....

2.- Casado/ a .....

3.- En pareja (pero no casado/ a) .....

4.- Separado/ a- Divorciado/ a (actualmente sin pareja)...

5.- Viudo/ a .....

En comparación a otras personas de su edad, ¿cómo puntuaría su situación económica y sus posesiones?

1.- Bastante por encima de la media .....

2.- Ligeramente por encima de la media .....

3.- Normal/ promedio .....

4.- Ligeramente por debajo de la media .....

5.- Bastante por debajo de la media .....

---

Nivel de estudios que posee

- 1.- Educación no formal.....
- 2.- Primaria .....
- 3.- Secundaria.....
- 4.- Universidad .....

Tiempo de desplazamiento habitual desde su casa hasta el lugar de práctica .....

¿Cuánto tiempo hace que practica deporte de manera asidua? .....

Forma de desplazamiento desde su casa hasta el lugar de práctica

- 1.- Caminando .....
- 2.- Transporte público.....
- 3.- Coche.....
- 4.- A veces caminando y otras en transporte público .....
- 5.- A veces en transporte público y otras en coche.....



## Annex C.2.- EQ-5D

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud el día de HOY.

### Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

### Cuidado Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

**Actividades Cotidianas** (*ej, trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre*)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

### Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

### Ansiedad/Depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

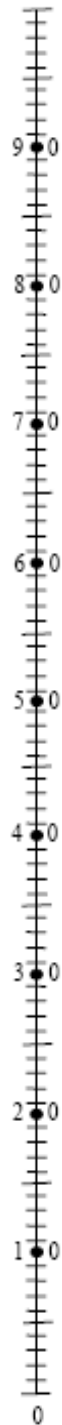
Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy" hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

**Su estado  
de salud  
hoy**

El mejor estado  
de salud  
imaginable

100



90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

El peor estado  
de salud  
imaginable