

LA DISMINUCIÓ PSÍQUICA
A L'ÀREA D'INFLUÈNCIA DE SABADELL
Apunts per a una planificació

Ramon Bonal
Joan Costa

Fundació Jaume Bofill
Setembre, 1986

LA DISMINUCIÓ PSÍQUICA A L'ÀREA D'INFLUÈNCIA DE SABADELL



Apunts per a una planificació

Pròleg

Introducció

1.- Àmbit de l'estudi	6
2.- El col·lectiu disminuït	7
3.- Els eixos de l'estudi	8
I.- ELS SERVEIS I EQUIPAMENTS EXISTENTS	10
1.- Nombre, nom i ubicació de les institucions i centres de serveis	10
2.- Any fundacional i dependència d'aquestes institucions	13
3.- Les persones acollides i les seves edats	19
4.- Tipus de disminucions ateses	24
5.- El personal cuidador	28
6.- El transport, el menjador i altres serveis que els centres ofereixen.	33
7.- Característiques socio-econòmiques de les famílies	37
7.1.- Origen i residència de les famílies	37
7.2.- Status socio-econòmic de les famílies	40
8.- Relacions i contactes de les institucions	42
9.- Punts a tenir en compte	44
II.- EL COL·LECTIU ATÈS	48
1.- Perspectiva global	48
1.1.- El nombre de persones ateses	49
1.2.- Sexe i edat	54
1.3.- Lloc de residència	55
1.4.- Quocient intel·lectual i grau d'autonomia	59
1.5.- Règim institucional dels acollits	62
1.6.- L'entorn familiar	63
1.6.1.- Composició familiar	63
1.6.2.- Edat dels pares	65

2.- Els aspectes més significatius de les institucions segons les persones acollides	66
2.1.- Les institucions al servei de la comarca	71
2.2.- Els nivells de disminució de les persones ateses	80
2.2.1.- Els profunds. Q.I. menys de 20	82
2.2.2.- Greus o severes. Q.I. de 20 a 35	82
2.2.3.- Els moderats. Q.I. de 36 a 50	84
2.2.4.- Deficients lleus. Q.I. de 51 a 70	85
2.2.5.- Deficients (?) amb Q.I. més de 70	85
2.2.6.- Altres tipologies	86
2.2.7.- Grau d'autonomia	87
3.- Les poblacions de l'àrea d'estudi i el seu col·lectiu disminuït	88
3.1.- Sexe i edat dels disminuïts segons el lloc de residència	89
3.2.- El Q.I. segons el municipi de residència	92
3.3.- El Q.I. i els diferents grups d'edat	94
3.4.- Una qüestió final	96
3.5.- Conclusions	98
 III.- L'ANÀLISI DE LES DADES DE L'INSS	 100
1.- L'anàlisi de la variable sexe	103
2.- L'anàlisi de la variable edat	104
3.- L'anàlisi de la variable etiològica	106
4.- L'anàlisi de la variable intel·ligència	108
5.- L'anàlisi del nivell d'autonomia	112
6.- Conclusions	114
 IV.- A MANERA DE PROPOSTA	 116
APÈNDIX: Les dades provinents dels Hospitals psiquiàtrics	120
ANNEX : Legislació essencial sobre persones amb disminució psíquica	124

LA DISMINUCIÓ PSÍQUICA A L'ÀREA D'INFLUÈNCIA DE SABADELL

Apunts per a una planificació

Pròleg

Aquesta aproximació a la disminució psíquica a Sabadell i la seva zona d'influència ve marcada per una doble originalitat. La primera és que la seva promoció hagi nascut de la voluntat mancomunada de la iniciativa pública i privada amb el propòsit explícit d'ordenar els recursos i els serveis que s'adrecen als disminuïts psíquics. La segona és la decisió ben evident de traduir l'ob_servació de la realitat i les conclusions operatives que se'n des_grenen, en una important labor sobre els disminuïts psíquics mentre no es posi en marxa el Mapa dels Serveis Socials de Catalunya, amb el decidit propòsit d'aprofitar els recursos tant com es pugui i amb la consciència plena que s'està duent a terme una funció substituïda de la Generalitat de Catalunya.

Ambdues, concentració d'esforços i aprofitament de recursos, van estretament lligades en la seva mateixa intencionalitat i tenen la virtut de respondre a una preocupació i a una inquietud que s'ha deixat sentir ben sovint en el camp concret de la intervenció social.

La data culminant que marca la fita concreta i la consagració definitiva d'aquestes intencions és la del 8 de febrer de 1985, convocatòria que es concretà en la reunió de la sala de plens de l'Ajuntament de Sabadell i que donà forma definitiva a la Comissió Organitzadora del Projecte d'Estudi sobre la Disminució Psíquica a l'àrea d'influència de Sabadell amb participació de tots els municipis de la zona i amb l'objectiu de, partint dels resultats de l'estudi, elaborar unes propostes que puguin ésser objecte de preses de decisions per part dels ens públics sobre futures inversions pressupostàries en una línia de coordinació i racionalització dels recursos i, per tant, fer tirar endavant les propostes.

En aquesta reunió hi eren presents, per part de l'Excm^a. Diputació de Barcelona, el diputat Sr. Ramon Manent, el coordinador de Serveis Socials Sr. Tomas Merin, l'assistent social Sra. Rosa Raga, el

tècnic sanitari Sr. Santos Hijos i el Cap de Serveis Socials Sra. Glòria Wilhelmi. Per part de l'Ajuntament de Sabadell, el tinent d'alcalde d'equipaments socials Sr. Ramon Álvarez, el cap de gestió de Serveis Socials Sra Montserrat Nebot i l'assistent social Sra. Amàlia Marquès. Per part de l'Ajuntament de Sant Cugat, l'assistent social Sra. Carme Llompart. Per part de l'Ajuntament de Barberà del Vallès, la Sra Elvira Palau. Per part de la Mancomunitat Ciutat Badia, la regidora Antònia Redondo i l'assistent social Sra M^a Dolors Elizasu. Per part de l'Ajuntament de Palau de Plegamans, la regidora Sra. Núria Montcada. Per part de l'Ajuntament de Santa Perpètua de Mogoda, la psicòloga Sra. Aurora Sánchez. Per part de l'Ajuntament de Sant Quirze del Vallès, l'assistent social Sra. Pilar Porcel. Per part de l'Ajuntament de Montcada i Reixac la regidora Sra. Zebina La Calle i l'assistent social Sra. Anna Oliver. Per part de l'Ajuntament de Castellar del Vallès, l'alcalde Sr. Miquel Pont i l'assistent social Sra. Àngels Vilanova. Per part de la Fundació Jaume Bofill, el sociòleg Ramon Bonal. Per part de l'Associació Pro-Disminuïts Psíquics de Sabadell i comarca, el gerent Sr. Jaume Rovira i l'assistent social Sra. Maria Piñol. Per part de l'Associació de Disminuïts de Sabadell, la vice-president Sra. Carme Serra. Va actuar de secretari el Sr. Josep Lluís Rodríguez, cap de secció d'equipaments socials de l'Ajuntament de Sabadell.

L'absència de representants dels Ajuntaments de Cerdanyola i Ripollet no suposa pas una dificultat major perquè, d'una banda constava la seva adhesió i, per l'altra se'ls va tenir al corrent del que s'havia tractat amb la tramesa de la documentació que feia al cas.

Aquell 8 de febrer, la comissió va quedar oficialitzada, malgrat que ja s'havia dut a terme un treball previ de la mateixa preparant l'estudi sobre la disminució psíquica.

L'objectiu fonamental d'aquesta tasca és l'intent de fer una labor positiva, encara que sigui de caràcter supletori i de definir els problemes per a poder organitzar millor els serveis corresponents. L'esforç conjunt de la iniciativa pública i privada és una garantia

d'eficàcia i de voluntat coordinadora amb una planificació conjunta del treball social en un àmbit tan necessitat de rendabilització de recursos com és el de la subnormalitat.

Els diversos Ajuntaments van prendre acords per designar representants a la comissió, la constitució de la qual quedà integrada definitivament per les persones següents:

- Barberà del Vallès.- Polític: Antonio Guzmán Porras
Tècnic : M^a Dolors Elizasu
- Castellar del Vallès.- Polític: Enric Mas i Tapuerca
Tècnic : Àngels Vilanova
- Cerdanyola del Vallès.- (encara pendent de designar representant)
- Ciutat Badia.- Polític: M^a Antònia Redondo
Tècnic : M^a Dolors Elizasu
- Montcada i Reixac.- Polític: Zebina La Calle Ortíz de Mendivil
Tècnic : Anna Oliver Pacheco
- Palau de Plegamans.- Polític: Joan Payola i Riera i
Núria Muntada i Pagès
Tècnic: Carmen Martos i Martínez
- Ripollet.- Polític: Victor Pascual Gascón
Tècnic : Montserrat Mas
- Sabadell.- Polític: Ramon Alvarez
Tècnic : Montserrat Nebot i Amàlia Marquès
- Sant Cugat del Vallès.- Polític: Jaume Assens Pasarin
Tècnic: Araceli Fernández
- Sant Llorenç Savall.- Polític: Maite Mañosa Morales
Tècnic : Àngels Vilanova
- Santa Perpètua de Mogoda.- Polític: Joan Díaz
Tècnic : Aurora Sánchez
- Sant Quirze del Vallès.- Polític: José V. Santafé Llopis
Tècnic : Pilar Forcel i Omar
- Sentmenat.- Polític: Luis Roas Martín

El marc geogràfic d'actuació serà, doncs, la subcomarca, no pas en sentit geogràfic ni polític, sinó la determinada per la prestació d'uns serveis. Encara que la Diputació Provincial n'assumeix la coordinació, el centre d'actuacions serà Sabadell, precisament per donar operativitat i viabilitat a l'empresa.

A part de les propostes concretes que la comissió elaborarà partint de la realitat existent, serà també missió seva establir els criteris d'admissió, funcionament i gestió dels serveis i equipaments que es posin en marxa. I una vegada realitzat l'estudi, és també funció de la comissió fer tirar endavant les propostes.

Aquesta voluntat col.lectiva àmplia i generosa és allò que explica la raó d'ésser de l'anàlisi que s'ha dut a terme.

Introducció

L'aproximació a la realitat de la deficiència mental és sempre una labor complicada, no solament per la dificultat d'accés a la informació que moltes vegades és considerada reservada, si nó també per la complicació àrdua de definir el mateix objecte de l'estudi.

La força poderosa de la definició clínica i psiquiàtrica de la deficiència mental complica extraordinàriament les coses, puix que sovint ens obliga a fer derivacions no expressament volgudes entorn de la visió simple i entenedora que ja fa temps fou formulada per Francesc Tosquelles (1):

"La deficiència mental constitueix una síndrome que es manifesta i que pot ésser catacterística de certes malalties ... La deficiència mental és un concepte que qualifica un conjunt de conductes de l'home".

Hi ha, per tant, uns determinants sociològics que influiran no solament en la causalitat sinó en la mateixa definició del problema. El retard mental no és una malaltia, sinó una síndrome de finida com un conjunt de símptomes i signes. La persona no té la intel·ligència que és habitual al conjunt de la població en què viu i, per tant, no s'adaptarà a les seves exigències culturals.

La ciència va abandonant la vella idea de determinar relacions de causa a efecte i tendeix cada vegada més a buscar relacions de correspondència entre diferents fenòmens. La deficiència mental neix d'una real disminució intel·lectual que, tant pel que es refereix a l'agreujament de la problemàtica com a la relació estreta amb el nivell de segregació social conseqüent, està estretament lligada a factors de tipus contextual que determinen els paràmetres de la seva veritable dimensió.

(1) Tosquelles, F., El maternatge terapèutic en els deficients mentals profunds, Barcelona, Nova Terra, Novembre 1973, Col·lecció Nadal.

De tot plegat en podem concloure que es poden cometre simplifications massa reductives a causa d'una doble limitació: ni es pot concentrar tot en uns elements psiquiàtrics ni es poden escamotejar les dades fonamentals del problema que parteixen d'una indefugible disminució. No es pot simplificar la realitat ni en els seus aspectes individuals ni en la seva dimensió col·lectiva; les dades de la clínica i les que ens aporten les ciències socials són absolutament inseparables.

Tota recerca va precedida d'una problemàtica i en el nostre cas és en certa manera determinada pel que ens proposem com a objectiu final: tenir uns elements de judici que permetin l'elaboració d'un disseny per a la planificació dels equipaments i serveis necessaris, indispensables i adients per tal de cobrir els requeriments bàsics de la població afectada.

L'objectiu final, doncs, vol tenir en compte la realitat existent pel que es refereix a la població afectada i és, per tant, una perspectiva amb voluntat clara de definir els contorns del problema en la globalitat de les seves dimensions, però el punt de partida ha de fer recurs a uns instruments que, almenys, plantegen dubtes raonables entorn de la seva fiabilitat: les dades de la clínica filtrades i garbellades per la gestió administrativa i, no pas poques vegades, per la beneficència. Ens preguntem justificadament si les nostres fonts són les més adequades per tal d'assolir l'objectiu final anteriorment esmentat.

Es coneix intuïtivament la realitat de la subnormalitat; però a l'hora de definir-ne l'etiologia o les determinants concretes d'una definició clínica hi ha una forta ambigüitat. La definició de la deficiència mental passa sovint pels elements que la determinen, la qualifiquen i la tipifiquen; concretament passa més aviat per l'element de la síndrome que és la lectura més aparent i manifesta i se'ns escapa de manera freqüent el veritable fons del problema. Com procedir, doncs, a una aproximació quantificada de la realitat?. Heus aquí el gran enigma.

Si els orígens genètics i orgànics són prou definits, els orígens socials tals com els accidents obstètrics i els medis socials poc estimulants tenen dificultat d'ésser concretats i, encara, hauríem de considerar les causes desconegudes que no són pas poc freqüents. Aquí hi radica la veritable confusió de les mateixes dades que repercuteix directament en la mateixa metodologia d'aproximació a la realitat. Mentre no es pugui arribar a una concepció globalitzadora hi haurà sempre la inseguretats a l'hora de pensar que es coneix exhaustivament tota la realitat que es vol captar.

Les fonts que componen la infraestructura d'aquesta informació són tanmateix ben diferents.

La primera, que ha estat l'objecte del primer capítol, ve constituïda pel cens exhaustiu dels equipaments i serveis existents en la comarca o àrea d'influència de Sabadell. És una recollida de dades a nivell institucional que permet una aproximació a la realitat assistencial existent pel que es refereix a la dotació actual per aquest col·lectiu. Com es veurà posteriorment, no fou fàcil prendre un acord comú entorn de les mateixes institucions que havien d'integrar el conjunt d'aquesta anàlisi.

El que, en principi, era una labor fàcil, es va complicar per la impossibilitat de traduir les informacions donades en indicadors clars i diferenciats que es prestessin fàcilment a la manipulació estadística i, per tant, a una inducció apta a fer generalitzacions definitives entorn del col·lectiu estudiat, sempre hi roman el dubte entorn del sentit veritable del mateix contingut del que se'ns ha confiat.

La segona font que compon el nostre segon gran capítol és la que, provenint de les mateixes institucions, fa referència a informacions concretes referides a cadascuna de les persones acollides. Les dades cobreixen tant els elements objectius com són ara les variables del sexe, l'edat, el lloc de residència i les referències al col·lectiu familiar, com les peculiaritats específiques del diagnòstic: el coeficient intel·lectual, el nivell d'autonomia.

Des de la nostra perspectiva d'anàlisi, el tema central de l'elaboració d'aquesta informació es centrava en la problemàtica de l'entorn familiar i sòcio-econòmic. Però la veritat és que el despul·lament de les dades ens donava una bona quantitat d'imprecisions. Per exemple: en la composició familiar pel nombre de membre de la família, ¿quines llars eren nuclears o eren més aviat famílies àmplies amb presència d'avis, d'oncles o de familiars pròxims?, ¿Quin lloc ocupa en l'escala de germans el deficient mental?, Quan es parla de les edats dels pares i hi ha absències informatives d'un dels cònjuges ¿és per defunció, per separació conjugal o simplement és que s'ignora la variable?. Per altra banda, sorprèn contemplar com en el col·lectiu de persones efectivament ateses a l'àrea d'influència de Sabadell, hi ha un relatiu percentatge de persones que, almenys pel que fa referència al coeficient intel·lectual, són definides com a "normals". La sorpresa s'intensifica quan aquestes persones no són pas les de les quatre institucions que ja sabem que no es dediquen específicament a la problemàtica que ens ocupa.

La tercera font informativa i que és l'objecte del nostre tercer capítol, és la que prové dels llistats de la Seguretat Social referents als qui cobren el subsidi mensual en concepte d'ajuda a l'educació de la persona afectada.

La gran dificultat d'aquestes dades radica en l'aspecte administratiu de les mateixes exclusivament adreçades a obtenir una ajuda econòmica periòdica. La confiabilitat dels diagnòstics practicats que contenen és clarament dubtosa malgrat que aquesta sigui l'única base estadística sòlida existent.

No és estrany, doncs, que, a partir de tot el que acabem de dir, un cens sobre la subnormalitat en una àrea concreta presenti ambigüitats i zones fosques; l'ajustament matemàtic és del tot impossible de portar a terme. Adhuc on acaba pensant si la pràctica concreta en la manera d'actuar no ha estat la d'anar improvisant solucions a mesura que la problemàtica s'anava presentant.

Les dificultats esmentades que, per altra banda, no ens són pas noves ni desconegudes, fan que l'informe que presentem estigui carregat de matisos que no autoritzen a fer afirmacions definitives; la

certesa, en aquest tema, no és, de cap manera, una constant.

Ens movem en uns paràmetres d'ambigüitat i de pures aproximacions i, per tant, les induccions que es desprenen d'aquesta anàlisi són acostaments vàlids a una realitat tremendament complexa. La lectura crítica d'aquest informe ha de fer forçosament la resta i ha de permetre a l'activitat dels planificadors fer un esboç o un programa que, prenent aquesta elaboració com a indicativa, accepti el risc de dibuixar uns camins possibles d'actuació i d'intervenció social vàlids per un futur més o menys pròxim o llunyà.

1.- Àmbit de l'estudi

L'àrea geogràfica que comprèn l'estudi constitueix un sub-sector determinat per la zona d'influència directa de la capital, Sabadell. Els municipis que s'han considerat implicats en aquest sub-sector són els següents:

SABADELL	189.775 habitants
SANT QUIRZE DEL VALLÈS	5.650 habitants
BARBERÀ DEL VALLÈS	29.051 habitants
CERDANYOLA DEL VALLÈS	52.337 habitants
RIPOLLET	25.896 habitants
SANT CUGAT DEL VALLÈS	33.073 habitants
MONTCADA I REIXAC	26.413 habitants
SANTA PERPÈTUA DE MOGODA	13.750 habitants
SENTMENAT	3.870 habitants
PALAU DE PLEGAMANS	5.007 habitants
CASTELLAR DEL VALLÈS	11.840 habitants
SANT LLORENÇ SAVALL	1.957 habitants
POLINYÀ	2.321 habitants

Total 400.940 habitants

Aquest col·lectiu està calculat segons els padrons municipals del desembre del 1984.

Totes les anàlisis que en el transcurs de l'estudi portarem a terme se situen dins aquest marc geogràfic. Quan parlem d'institucions, tindrem en compte únicament les ubicades en aquest sector geogràfic, i quan parlem del col·lectiu de persones ens referirem a les residents dins aquest àmbit geogràfic, malgrat que en l'actualitat siguin ateses en algun centre o institució ubicat fora d'aquest context.

2.- El col.lectiu disminuït

L'objectiu de l'estudi se centra en l'anàlisi de la població as sistida i de l'equipament existent per atendre el col.lectiu de dis minuïts.

Malgrat això, ens sembla oportú fer un intent per estimar, de ma nera mínimament fiable, l'embalum que presenta la deficiència mental en aquest àmbit geogràfic. Voler fer una estimació d'aquest tipus, vol dir intentar una qualificació del col.lectiu de disminuïts psí- quics en els seus diferents nivells.

Segons el DSM III, en l'actualitat, aproximadament un 1% de la població reuneix els criteris pel diagnòstic de retard mental.

Dintre de la població afectada:

- el 80% de la mateixa compon el subtipus de retard men tal lleu
- el 12% és el subgrup de moderats
- el 7% el componen el grup dels severs
- un 1% de la població afectada són profunds

Apliquem aquests criteris al nostre subsector del Vallès Occiden tal, considerant el cens actual de les següents poblacions:

MUNICIPI	HABITANTS	Estimació Població disminuïda psíquica				M+G+P
		LLEUS	MODERATS	SEVERS	PROFUNDS	TOTALS
SABADELL	189.775	1.518	227	132	20	379
SANT QUIRZE	5.650	47	7	4	1	12
BARBERA (+)	29.051	233	33	21	3	57
CERDANYOLA (+)	52.337	419	64	36	6	108
RIPOLLET	25.896	206	31	18	2	51
SANT CUGAT	33.073	265	40	23	3	66
MONTCADA I R	26.413	212	32	18	3	53
STA PERPETUA	13.750	111	16	10	2	28
SENTMENAT	3.870	30	5	3	-	8
PALAU PLEG.	5.007	40	6	4	-	10
CASTELLAR V	11.840	95	14	8	1	23
SANT LLORENÇ	1.957	15	3	1	-	4
POLINYA	2.321	18	3	2	-	5
TOTAL	400.940	3.207	481	280	41	802

(+) Hi ha inclosa la part corresponent a Ciutat Badia

En el nostre sector hi ha d'haver, doncs,

3.207 persones disminuïdes de nivell lleu
481 persones disminuïdes de nivell moderat
280 persones disminuïdes de nivell sever
41 persones disminuïdes de nivell profund

TOTAL 4.009

3.- Els eixos de l'estudi

Tenint molt clar l'objectiu final de l'estudi -trobar elements que permetin un disseny de planificació d'equipaments- és obvi que els eixos determinats del nostre estudi seran, per una part els equi

pa

ments existents en l'àrea: quants són, a qui acullen, quines neces

si

titats cobreixen, quins estan realment al servei de la comarca ... i per altra part la informació anteriorment esmentada que ens facilitarà dades personals de la població afectada, tenint en compte no so

la

lament els trets i característiques referents a la disminució, sinó també les condicions familiars i sòcio-econòmiques que giren entorn del problema de la disminució.

Aquests eixos determinants i estructurats de l'estudi tindran present constantment un nivell de disminució que és en la base de to

tes

tes les preocupacions de la Comissió interessada en el present estu

di

di: els casos més greus de disminució, els profunds.

QUADRE ACTUAL DE LA DEFICIÈNCIA MENTAL SEGONS DSM-III I ALTRES

Q.I.	0 - 5 anys	6 - 16 anys	Adults
<p>50 - 70 LLEU Educatable</p>	<p>Poden desenvolupar habilitats socials i de comunicació en aquest període pre-escolar. Tenen un deteriorament mínim en les àrees senso-motors que no es distingeix del desenvolupament dels nens normals fins més endavant.</p>	<p>Poden aprendre habilitats escolars fins a nivell de 6è.</p>	<p>Poden adquirir fàcilment habilitats laborals i socials adequades, per una independència mínima. Fàcilment necessitaran orientació i assistència de tensió social o econòmica.</p>
<p>35 - 49 MODERAT Entrenable</p>	<p>Poden aprendre a comunicar-se i a parlar, però el seu grau d'atenció vers les normes socials es pobre.</p>	<p>Cal adaptar-los als nivells i difícilment passaran més enllà d'un 2on. curs. Poden aprendre a viatjar sols per llocs coneguts. Poden aprendre habilitats socials i ocupacionals.</p>	<p>Poden contribuir al propi sosteniment, fent treballs semi-especialitzats sota una forta supervisió, com pot ésser en tallers protegits. Necessiten orientació i supervisió en qualsevol situació de tensió social i econòmica lleu.</p>
<p>20 - 34 SEVER (Greu)</p>	<p>En el preescolar manifesten un desenvolupament motor pobre i una expressió mínima de llenguatge, per tant, desenvolupen poc o gens el llenguatge comunicacional.</p>	<p>En el període escolar, poden aprendre a parlar i poden adquirir hàbits bàsics d'higiene.</p>	<p>Generalment són incapaces d'aprofitar-se de l'entrenament laboral. Poden fer tasques simples sota una estreta supervisió.</p>
<p>Inferior a 20</p>	<p>Mínima capacitat pel funcionament sensorio-motor.</p>	<p>Algun desenvolupament motriu. Indicis de llenguatge. Seguiran limitadament instruccions.</p>	<p>Necessiten un entorn altament estructurat i de supervisió constant.</p>

I.- ELS SERVEIS I EQUIPAMENTS EXISTENTS

La recollida de dades i la informació referents als equipaments i serveis existents s'ha portat a terme durant els mesos de febrer, març i abril del 1985.

Tenim la quasi-certesa que hem arribat a totes les institucions que fins el maig de 1985 estaven ubicades en l'àmbit geogràfic que cobreix l'estudi. Si darrerament n'ha sorgit alguna altra, no figurarà lògicament en el nostre estudi.

1.- Nombre, nom i ubicació de les institucions i centres de serveis

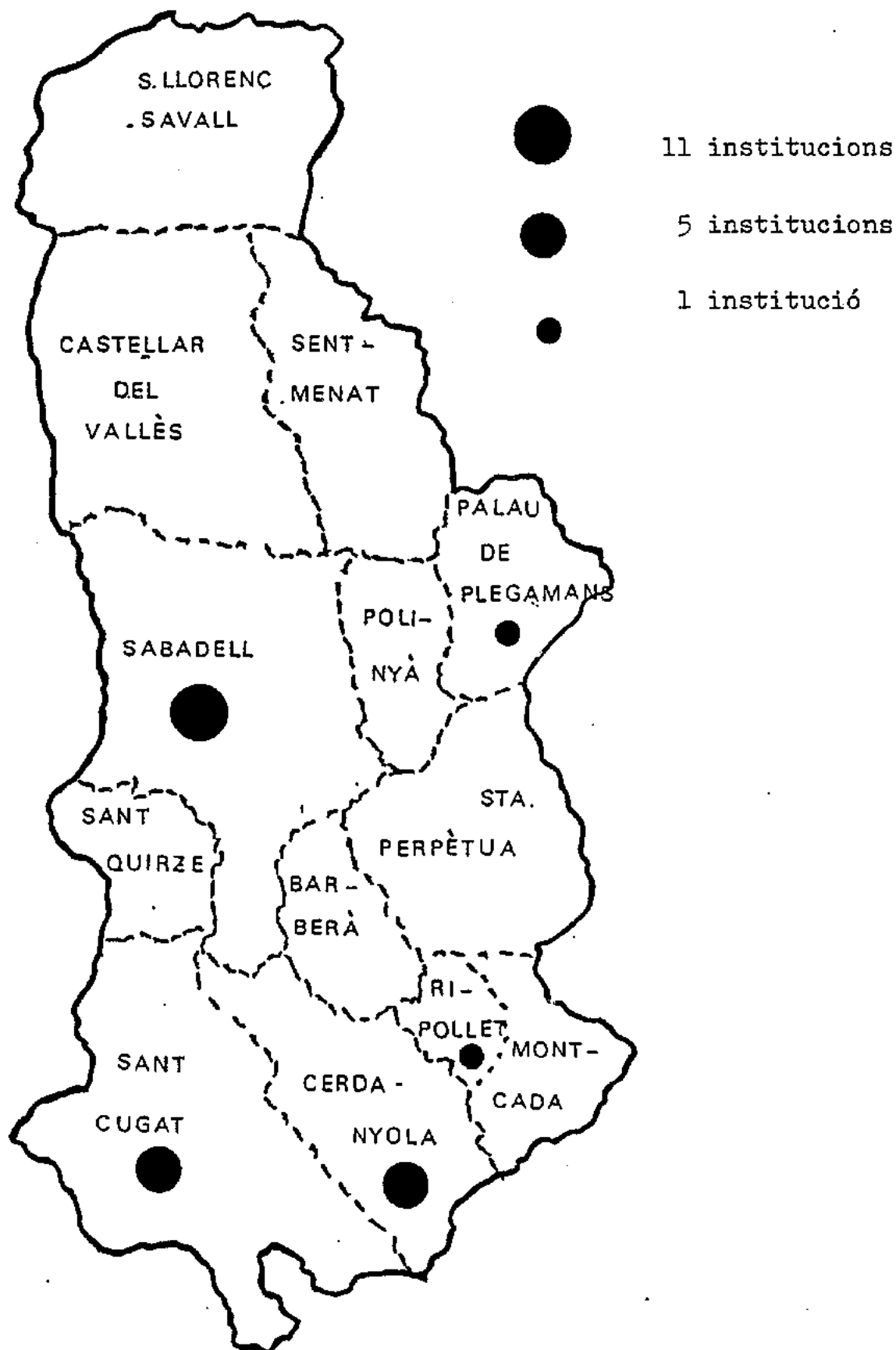
El nombre de les institucions visitades és de 23. En el quadre que donem a continuació, distribuïm aquestes institucions segons la seva ubicació geogràfica i el servei que presten.

	SABADELL	CERDANYOLA	SANT CUGAT	RIPOLLET	PALAU DE PLEGAMANS
Associacions	- Associació Pro-Diminuïts Psíquics de Sabadell i Comarca (1) - APDP -	- Associació de Pares de Subnormals de Ripolllet, Cerdanyola i Montcada - ASPASUR -	ASDI		
Diagnòstic Orientació Tractament Ambulatori	- Equip Asses- sament Psico- -Pedagògic de la Generalitat - Servei estimu- lació precoç Clínica Nen Jesús				
Esplai	- Club Estona				
Escola	- La Garrotxa - Xaloc - Clar Horitzó - Sta Gemma Bel- lpart	- E.E. de For- mació Profes- sional Flor de Maig - C.E. Bellaire (3)	- C.E. Especial Associació de Pares de Nens i Adolescents Subnormals - ASPANIAS -	- Escola Pública Jeroni de Mo- ragas (E.E.)	- Escola Josep Pedragosa (4)
Tallers	- Cooperativa Industrial Promoció Obre- ra - GIPO - - Xalest	- ASPASUR - Tallers ONA	- Taller Jeroni de Moragas		
Residències no assistides	- Jacquard		- Cooperativa Estel		
Residència Assistencial	- Centre Arimon	- Institució M. Montero	- C.S. Medir		

Notes del quadre de la pàgina anterior:

- (1) D'aquesta Associació en depenen el Centre Arimon i el Club Estona. Aquesta Associació compta també amb:
 - Residència
 - Casa de Colònies
 - Servei d'Orientació i Diagnòstic (Servei de Tutela, Assistència Social, ...)
 - Una revista "INFORMA" per als seus associats
- (2) L'Associació ASPASUR compta amb els tallers que porten també aquest nom.
- (3) Aquest Centre Bellaire és únicament per autistes i psicòtics
- (4) És una escola per nois de conducta difícil.

GRAFIC 1: UBICACIÓ DE LES INSTITUCIONS



Cal fer unes precisions en la lectura del quadre anterior. La primera és que la ubicació geogràfica d'aquests equipaments i serveis no vol dir que estiguin en funció i al servei de les comunitats dels llocs on estan ubicats; en anàlisis posteriors aquesta qüestió quedarà molt més clara.

La segona és més una constatació que una precisió. Aquestes institucions estan ubicades en unes àrees molt precises: la capital de comarca, Sabadell, n'aplega el 47,8%, un altre 47,7% l'apleguen els pobles límits amb la capital Barcelona. Només una institució queda despenjada de tot aquest entorn i la trobem situada a Palau de Plegamans.

És totalment lògic que aquest tipus d'equipaments siguin presents de manera rellevant en les aglomeracions urbanes, ja que, com més nombre d'habitants, més problema quantitatiu es presenta, però les poblacions de Sant Cugat, Cerdanyola i Ripollet, malgrat formar part del Vallès i tenir un bon nombre d'habitants, cal reconèixer que van molt a remolc de la gran conurbació barcelonina.

La darrera precisió és que en aquest col·lectiu hi hem inclòs institucions que en base a la informació que tenim no estan directament vinculades a la problemàtica del nostre estudi. Es tracta de Xalest, ubicada a Sabadell, i que aten principalment problemàtica de conducta i marginació, de la Gavina que atén principalment disminucions físiques, l'escola Josep Pedragosa de Palau de Plegamans, depenent de la Conselleria de Justícia, que atén problemàtica d'inadaptació social i el Centre Bellaire de Cerdanyola que es dedica específicament a problemes d'autisme i psicòtics. Malgrat això, hem cregut convenient incloure-les, tant perquè són uns equipaments existents a la zona, com perquè darrera d'aquesta problemàtica d'inadaptació social pot haver-hi algun element que interessi al planteig del nostre estudi.

2.- Any fundacional i dependència d'aquestes institucions

Aquests equipaments i serveis tenen el seu origen a partir de la dècada dels anys 60. No ens consta, a través de la nostra informació que alguna d'aquestes institucions tingui el seu origen en anys anteriors.

Però abans de situar-nos en el marc concret i definit de totes i cada una de les institucions tal com ens han quedat reflectides en la informació rebuda o recollida, creiem que és necessari puntualitzar alguns fets. Hem dit que quasi el 50% de les institucions de l'àrea d'estudi estan ubicades a Sabadell. La lògica de la concentració de la població podria explicar-nos sabradament el fet. Però hi ha un altre element en joc, que ha estat definitori i decisiu en tota aquesta qüestió dels equipaments i serveis per els disminuïts psíquics. Aquest element no és altre que "l'Associació Pro-disminuïts psíquics de Sabadell i comarca".

Aquest nom no surt a la llum pública i amb entitat jurídica pròpia fins l'any 1981. Darrera queden més de 20 anys de lluita i esforços realitzats amb altres denominacions. Les arrels les podem situar l'any 1959 quan a Sabadell es crea el "Patronato de Acción Social i ciudadana de la Industriade Sabadell". La junta d'aquest Patronat, per un acord pres el gener de 1963, crea l'Associació Pro-subnormals de Sabadell, formada bàsicament per 6 famílies i que comença a funcionar com una secció del Patronat sense entitat jurídica pròpia però amb plena autonomia d'acció.

Aquesta Associació és de les pioneres en la creació de la "Federación Española de Asociaciones Protectoras de Subnormales -FEAPS-", l'any 1964. És aquest any mateix que es crea el Consell Escolar Primari de l'Escola d'E.E. Santa Gemma. Ubicat en aquesta mateixa escola s'inaugura el Centre de Diagnòstic.

Les accions i projectes de l'Associació són constants, però no és l'objectiu d'aquest estudi fer una història de tota la tasca portada a terme. Però sí cal fer esment de tot això ja que és un punt de referència més necessari a l'hora d'entendre la situació actual.

L'any 1969, l'Associació en assemblea constituent crea la Cooperativa Industrial de Promoció Obrera (CIPO), que és la forma jurídica que adopten els tallers protegits ja existents anteriorment.

L'any 1972 l'Associació inaugura el Centre-Escola Arimon. L'any 1973 és presentat el Club Estona, promogut també per la mateixa Associació.

El president de l'Associació és un dels principals promotors de l'APPS. També trobem el president de l'Associació en la creació i di

recció de la Institució Montserrat Montero.

El llistat seria llarguíssim. Donem només algunes pinzellades del que ha suposat l'acció de l'actual Associació pro-disminuïts psíquics de Sabadell i comarca. La trobem present en tots i cada un dels moments en què s'intenta i es realitza alguna acció encarada a la problemàtica de la disminució psíquica. És per aquest motiu que hem volgut significar la seva importància.

Segurament que l'anàlisi que tot seguit farem, malgrat aparèixer com un col·lectiu d'institucions i entitats singulars i independents, tindrà molta més coherència si sabem que darrera la majoria d'elles hi ha un denominador comú: l'Associació pro-disminuïts psíquics de Sabadell i Comarca.

Tenint en compte tot aquest petit preàmbul històric, es poden marcar clarament les etapes següents:

- La dècada dels anys 60 apareix com la dècada de la capital de la comarca. Tots els equipaments i serveis que tenen origen durant aquests anys tenen la seva ubicació a Sabadell. Segurament que tot el petit preàmbul històric que hem fet pot explicar-nos molt bé aquesta primera constatació.

- La dècada dels anys 70, té una altra zona d'extensió, la més propera a la gran conurbació barcelonina però sense excloure la presència de nous equipaments a Sabadell. Per altra part, és la dècada en què hi trobem l'aparició del nombre d'equipaments més gran, en el marc geogràfic del nostre estudi.

- Els anys de la dècada dels 80, poques novetats ens aporten. La majoria d'equipaments ja funcionaven. Però cal esperar l'acabament d'aquesta dècada per fer una valoració del que ha passat.

Com en la majoria d'aquests equipaments i serveis, sempre trobem en els seus inicis uns pares afectats que s'agrupen, es constitueixen en entitat i posen en marxa i legalitzen l'escola, taller, ... etc., o bé un grup de professionals que s'associen per posar en marxa un centre per autistes, psicòtics ...

Normalment no és l'Administració qui estudia el problema, planifica i posa en marxa, si es dóna el cas que l'Administració hi és pre

sent, serà posteriorment, amb les ajudes o subvencions, o també assumint la total responsabilitat de la institució ja establerta. Però això es dona en el mínim dels casos.

La història d'aquests centres ve marcada normalment per uns trets molt definits: uns pares afectats, uns professionals, uns treballadors socials que són conscients del problema i es mouen per trobar-hi una solució. En segon lloc, la precarietat inicial del seu funcionament tant pel que fa referència a mitjans econòmics com al lloc i espai en què s'han d'ubicar, en tercer lloc, la situació obsoleta que presenten aquests centres al poc temps del seu funcionament, obligant a uns canvis de local o a millores i ampliacions de l'antic amb la problemàtica de tot ordre que això suposa; en darrer terme, la constant pressió dels pares, professionals i altres responsables dels Centres per aconseguir les subvencions de les diferents Administracions que permetin la subsistència i les millores del servei: adquisició de nous locals, cessió de locals per part de les administracions municipals, beques i diners de diferents ministeris...

Els centres que s'escapen d'aquesta tònica són els que des d'un bon començament neixen a l'ombra de l'Administració Provincial, com és Flor de Maig o Montserrat Montero, després de la seva creació per la APPS catalana s'acull al conveni amb la Diputació.

Per aquest motiu, la dependència institucional és normalment "privada". S'han legalitzat com Associacions, escoles, tallers, ... Aquesta és la tònica general. Les excepcions les constitueixen els equips que figuren com a públics. En el col·lectiu que nosaltres estem analitzant hi trobem:

- Santa Gemma, Bellapart, Sabadell, que depenen del Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Barcelona.
- Jeroni de Moragas, Ripollet, que depèn del Departament d'Ensenyament de la Generalitat.
- Josep Pedragosa, Palau de Plegamans, que depèn del Departament d'Ensenyament de la Generalitat.
- Flor de Maig, Cerdanyola, Patronat de la Diputació.

En aquest paquet podríem considerar-hi la Institució Montserrat Montere que té subscrit un conveni amb la Diputació i reb subvenció de l'ICASS.

Tota una altra qüestió són els equips Psico-Pedagògics i el Centre de Medicina Preventiva, tots dos de Sabadell, en els quals hi estan implicats diferents organismes: La Caixa de Sabadell, l'Ajuntament, la Generalitat, ...

Una cosa és la dependència institucional i una altra és la dependència econòmica. No pel fet que una institució sigui privada hem de suposar que pot assumir tota la dinàmica econòmica que suposa el funcionament de l'entitat, sobretot quan es tracta d'equipaments com els que nosaltres estem estudiant.

És impossible determinar, millor dit, concretar uns preus estàndards a partir de la informació de què disposem. Per altra part, les característiques d'aquests centres, la problemàtica que tracten i les disponibilitats de les famílies afectades són elements determinants a l'hora de pensar en els costos, les despeses, els ingressos, ...

Tenint en compte aquesta situació i amb la informació de què disposem farem una classificació de les diferents institucions respecte a la seva dinàmica econòmica.

Entitats totalment gratuïtes depenents de l'AdministracióESCOLES

E.E. especial Jeroni de Merigas
 Santa Gemma - Bellapart
 E.E. Formació Professional Flor de Maig

RESIDÈNCIES

Institut Montserrat Montero

SERVEI DE DIAGNÒSTIC - ORIENTACIÓ - TRACTAMENT AMBULATORI

Equip Assessorament Psico-Pedagògic (Departament d'Ense
 nyament de la Generalitat)
 Servei de Salut Escolar (Municipi de Sabadell)
 Centre d'Atenció al Disminuït (Departament de Sanitat i
 Seguretat Social de la Generalitat)

També és totalment gratuïta l'escola Josep Pedragosa, però donades les característiques d'aquesta institució, creiem que no ha de constar com un equipament gratuït per als deficients mentals.

Entitats no gratuïtes i amb ajuda de l'AdministracióSERVEIS DE DIAGNÒSTIC

Centre de Medicina Preventiva, Estimulació Precoç

ESCOLES

Escola Xaloc (9.600 Pts mensuals)
 Centre E.E. Aspanias
 Clar Horitzó

ASSISTENCIAL (Residències per a disminuïts psíquics profunds)

Centre Arimon (5.000 Pts mensuals)
 Centre Sant Medir (67.275 Pts mensuals- No és el cost real)

RESIDÈNCIES

Cooperativa Estel (1.000 Pts diàries)

TALLERS

Tallers Aspasur (2.500 Pts mensuals)
 Tallers CIPO
 Tallers Jeroni de Moragas (5.000 Pts mensuals)
 Tallers ONA

ESPLAI

Club Estona
 ASDI

Entrarien en aquesta tipologia el taller-escola Xalest, l'escuela la Gavina i el Centre Bellaire, que com s'ha dit ja no són equipaments al servei de la deficiència mental.

El ventall és prou ampli i les dificultats per establir uns barems queden clares. Una cosa és evident: la família que té algun membre del nucli familiar afectat de disminució psíquica, a més de la disminució, té greus problemes i dificultats per trobar l'equipament o el servei per atendre la situació, i algunes vegades, quan el troba, les condicions econòmiques exigides el fan inassequible.

Aquesta qüestió econòmica necessita, per situar-la realment al seu lloc, que la relacionem amb el tipus de problemàtica que acull cada centre, el nombre de persones acollides, el tipus de servei que presta ... Aquestes són qüestions que, amb més o menys profunditat, anirem tocant al llarg de l'estudi, amb la pretensió que la imatge final respongui el màxim possible a la realitat.

3.- Les persones acollides i les seves edats

Aquesta qüestió la tractarem de manera global, i n'explicarem el perquè. En el capítol proper analitzarem específicament les dades personals del col·lectiu que atenen aquestes institucions: sexe, edat, residència ... i això ens permetrà diversificar amb més exactitud els diferents grups d'edat i diferents nivells de dismi

nunció entre moltes altres variables.

En aquest capítol dedicat a les institucions, les dades referents al personal acollit són considerades en la seva globalitat, i això no ens permet apreciar i diferenciar situacions que, de no tenir-les en compte, poden falsejar la realitat, per exemple, el cas de les persones que formen part de dues institucions com poden ésser un taller, una escola i un esplai a la vegada.

Es per aquest motiu que cal posar un interrogant als nombres absoluts que tot seguit donarem. El que sí podem considerar de manera diferenciada són les persones ateses en els centres de diagnòstic o de medicina preventiva i les persones acollides en els tallers, escoles, residències i esplais.

En el cas dels centres d'orientació o diagnòstic trobem les dades següents:

- Equip d'Orientació Psico-Pedagògic:

Orientació i diagnòstic als nens de les escoles públiques. Depenent del Departament d'Ensenyament de la Generalitat.

..... 576 casos/any

- Centre de Medicina Preventiva:

Tractament i estimulació precoç en règim ambulatori. Subvencionat.

..... 100 casos/any

- Centre d'Atenció al Disminuït:

Valoració, diagnòstic (atenen totes les sol·licituds que se'ls hi presenten) i tractament ambulatori de nens disminuïts (no han realitzat cap a aquesta zona). Depenent de l'ICASS i ubicat a Terrassa.

..... 0 casos/any

TOTAL 676 casos atesos

No podem establir, perquè no ho tenim especificat, en quin període de temps cal emmarcar aquestes dades. No ens consten si corresponen a les atencions prestades des dels inicis del centre o a períodes de temps més curts. Suposem que és des dels inicis.

Les edats del col·lectiu atès per aquestes tres institucions oscil·len entre els 0-5 anys del Servei d'Estimulació Precoç i els 4-16 anys de les persones ateses per l'Equip d'Assessorament Psico-Pedagògic. Si tenim en compte la funció i dedicació d'aquestes institucions, és del tot normal que es dirigeixin principalment, o totalment, a aquests grups d'edat.

La resta dels centres que podem anomenar d'acollida sumen un total de 1.094 persones distribuïdes de la manera següent, tenint en compte la diversitat sexual:

Homes	459
Dones	285
N / G	350
<hr/>	
Total	1.094 (1)

Si prenem com a punt de referència les estimacions que fèiem al començament del capítol sobre la població afectada i amb necessitat d'atenció sense tenir en compte cap més anàlisi podem dir que les necessitats estan cobertes, ja que allà ens donava un col·lectiu de 802 persones entre disminuïts moderats, greus i profunds, ara ens trobem que els equipaments ubicats en aquest sector de la comarca atenen i acullen a 1.094 persones. Tots sabem que no podem caure en aquesta superficialitat pel fet que podem trobar les mateixes persones en dos llocs diferents (una escola i un esplai), com perquè alguns equipaments acullen moltes persones de fora de l'àrea del nostre estudi. Aquestes situacions quedaran clarificades en el proper capítol.

(1) En aquest total hi hem exclòs els centres següents: Josep Pedragosa, Bellarrie, Xalest i la G. vinya per no ésser dedicades específicament a la deficiència mental.

És evident, una altra vegada, que la diferència sexual és una variable que incideix molt directament: la noia, malgrat la seva disminució és útil per moltes feines i no cal preocupar-se tant per trobar un centre que l'aculli o la tracti. Aquest pot ésser un motiu de la gran diferència entre el nombre de nois i noies acollits en les institucions.

Una aproximació al dimensionat d'aquestes institucions segons el nombre de persones ateses ens dona la relació següent:

- Fins a 20 persones:

Taller Cooperativa ONA	10	persones
Clar Horitzó	10	"

- De 20 a 50 persones :

Aspasur	40	"
Aspanias	40	"
Club Estona	29	"
Asdi	33	"
Estel	25	"
Sant Medir	29	"

- De 50 a 100 persones :

Centre Arimon	60	"
Jeroni de Moragas	51	"
Taller J. de Moragas	58	"
F.P. Flor de Maig	98	"
Santa Gemma	56	"
Bellapart	74	"

- Més de 100 persones:

Gipo	151	"
Xaloc	110	"
Montserrat Montero	220	"

Les quatre institucions restants no específicament dedicades a la deficiència mental es defineixen per les dimensions següents: Xalest (20 persones), Bellaire (20), La Gavina (36), i Josep Pedragosa (25).

Quasi la meitat del col·lectiu, exactament el 40,2%, el trobem centralitzat en tres institucions: Cipo, Xaloc i Montserrat Montero, que són els tres centres amb un dimensionat superior a les 100 persones. Pensem que no podem parlar de minifundisme institucional, ja que un problema com és la disminució psíquica, pot plantejar moltes vegades unes exigències numèriques. Fan falta molts altres elements per dibuixar el tipus d'institució ideal.

Pel que fa referència a les edats de les persones acollides en aquestes institucions, ens movem també en una perspectiva de globalitat; no podem especificar quins són els grups d'edat més atesos per les institucions. La informació de què disposem ens dóna únicament l'edat límit de començament i acabament del col·lectiu atès, i no l'edat de cada una de les persones. Aquest aspecte l'analitzarem en el proper capítol.

Per fer una certa tipologia de les institucions a partir d'aquesta variable, prendrem com a mesura d'edat límit (d'acabament) de les persones acollides en les diferents institucions, posant com a pauta els 20 anys. Aquesta pauta és totalment aleatòria i no pretenem donar-li cap més valor que aquest. Ens ha semblat que, tractant-se del col·lectiu que es tracta, i vistes les dades de què disposem, no ens serà criteri vàlid ordenar aquest col·lectiu segons criteris d'escolarització normal.

- Tenen acollides persones només fins a 20 anys:

Xaloc	de 4 a 16 anys
Aspanias	de 4 a 16 anys
Jeroni de Moragas	de 4 a 16 anys
Santa Gemma	de 4 a 16 anys
Bellapart	de 4 a 16 anys
Flor de Maig	de 15 a 21 anys
Centre Arimon	de 5 a 19 anys

- Tenen acollides persones de més de 20 anys:

Cípo	de 16 a 53 anys
Aspasur	de 17 a 42 anys
Taller Ona	de 16 a 33 anys
Clar Horitzó	de 15 a 34 anys

Club Estona	de 15 a 36 anys
Asdi	de 3 a 41 anys
Taller Jeroni de M.	de 17 a 51 anys
Estel	de 20 a 35 anys
Sant Medir	de 6 a 55 anys
Montserrat Montero	de 8 a 53 anys

Les institucions no especialment dedicades a la deficiència mental acullen els intervals d'edat següents: Gavina, de 2 a 18 anys; Xalest, de 13 a 19 anys; Josep Pedragosa, de 10 a 14 anys, i Bellaire, de 6 a 22 anys.

Tant en un tipus com en l'altre, el ventall d'edats és molt ampli i permet fer qualsevol tipus d'elucubració. Per la nostra part no creiem que els quadres precedents permetin cap valoració de quin és realment el col·lectiu més atès, segons la seva edat. Fan falta més elements per fer una anàlisi valorativa i que permeti veure amb un mínim de fiabilitat la cobertura de les disminucions greus en les edats adultes. El que sí és cert, és que són moltes les institucions que semblen no posar límits d'edat.

4.- Tipus de disminucions ateses

Són poquíssimes les institucions que concreten i concentren un tipus i nivell únic de disminució. La majoria presenten un aigua-barreig. Això motiva que en una mateixa institució hi trobem disminuïts lleugers, profunds, afectats de paràlisi cerebral, sords-muts... No pretenem establir uns criteris determinants de les especialitzacions, apuntem únicament la dificultat de mesurar el nivell d'atenció que els diferents tipus i nivells de disminució reben per part de les institucions censades. En funció de les dades que tenim a mà, dona la sensació que l'important és trobar un lloc en que acullin la persona afectada i on ajudin a solucionar el problema que representa per a la família.

En base a la informació que les institucions ens han facilitat hem intentat una distribució de les mateixes tenint en compte el tipus i nivell de disminució que acullen:

Disminuïts Profunds (Q.I. menys de 20)

- Institució Montserrat Montero
- Centre Arimon
- C. Sant Medir
- C.E.E. Aspanias (2 aules de profunds)
- Santa Gemma - Bellapart, Taller Jeroni de Moragas i Tallers Cipo tenen també algun disminuït profund.

Disminuïts greus (Q.I. entre 20 i 35)

- Institució Montserrat Montero
- Aspasur
- Tallers Ona
- Santa Gemma - Bellapart
- Centre Sant Medir
- Asdi
- C.E.E. Aspanias
- Taller Jeroni de Moragas
- Cipo
- Escola Jeroni de Moragas
- Cooperativa Estel, Club Estona, Clar Horitzó i Flor de Maig tenen també algun disminuït greu.

Disminuïts Moderats (Q.I. entre 36 i 50)

- Club Estona
- Clar Horitzó
- Cooperativa Estel
- Aspasur
- Flor de Maig
- Tallers Ona
- Santa Gemma - Bellapart
- Xaloc
- Asdi
- C.E.E. Aspanias
- Taller Jeroni de Moragas

- Cipo
- Escola Jeroni de Moragas
- C. Arimon (té també algun disminuït moderat)

Disminuïts Lleus (Q.I. entre 51 i 70)

- Club Estona
- Clar Horitzó
- Flor de Maig
- Tallers Ona
- Santa Gemma-Bellapart
- Xaloc
- Asdi
- Taller Jeroni de Moragas
- Cooperativa Estel (té també algun disminuït lleu)

Q.I. més de 70

- Club Estona
- Clar Horitzó
- Flor de Maig
- Xaloc
- Asdi
- C.E.E. Aspanias
- Taller Jeroni de Moragas
- Cipo
- Escola Jeroni de Moragas

Autistes i Psicòtics

- Centre Bellaire

Normals

- Xalest
- Josep Pedragosa
- La Gavina (Disminuïts físics)

El quadre anterior vol posar sobre la taula la realitat de les institucions ubicades en la nostra àrea d'estudi. Quan se'ls ha preguntat quina era la problemàtica específica que tractaven, les seves respostes han estat un seguit de nivells diferents, i, a vegades, també diferents tipologies de disminució, totes incloses en la seva àrea d'atenció. Els punts suspensius com a signe que atenien a una gran pluralitat, eren normalment l'acabament de la seva resposta. No ens consten tampoc els criteris que han fet servir a l'hora d'acceptar un disminuït. Dóna la sensació que la majoria de les vegades el sol fet d'ésser disminuït i posseir un cert grau de subnormalitat que no li ha permès la integració ha estat motiu suficient per ser acollit.

5.- El personal cuidador

De la mateixa manera que quan analitzavem el personal que acullen aquestes institucions, hem situat fora per les seves peculiars característiques l'Equip d'Assessorament Psico-Pedagògic, el Centre de Medicina Preventiva i el Centre d'Atenció al Disminuït, també ara, quan parlem del personal cuidador, per les mateixes raons, les mantindrem al marge. Aquestes institucions tenen 22 professionals per portar la seva tasca endavant, i també hi han alguns estudiants en pràctiques.

Les 21 institucions restants tenen un col·lectiu de personal cuidador de 342 persones a jornada completa i 47 a jornada parcial. El total és de 389 persones.

Si tenim en compte que el nombre de disminuïts atesos per aquestes institucions és de 1.094, veurem que el promig matemàtic per cuidador és de 3,6 disminuïts. Aquest índex varia de mig punt si el promig matemàtic l'elaborem amb el resultat de la suma de tot el personal (en jornada completa i en jornada parcial). Tenint en compte aquest promig podem elaborar la relació següent, en què la ratio nens/cuidador que donem és molt global ja que ens manquen moltes dades per a poder arribar a una ratio real:

11

	Acol·lits	Personal		Promig	
		Jornada completa	Parcial	Completa	Total
Cipo	151	24	1	7,5	7
Aspasur	40	4	15	10	2,1
Ona	10	3	-	3	-
Centre Arimon	60	21	5	2,8	2
Xaloc	110	16	-	6,8	-
Aspanias	40	9	5	4,4	2,8
Clar Horitzó	10	3	-	3,3	-
Club Estona	29	7	-	4,1	-
Asdi	33	-	32	1	-
Jeroni de Moragas	51	10	4	5,1	3,6
Taller J.de Moragas	58	9	4	6,4	4,4
Santa Gemma	56	15	1	3,7	3,5
Bellapart	74	13	1	5,6	5,2
Estel	25	6	-	4,1	-
Centre Sant Medir	29	17	2	1,7	1,5
FP Flor de Maig	98	17	-	5,7	-
Montserrat Montero	220	104	1	2,1	2
Area estudiada	1.094	302	36	3,6	3,2

Pel que fa a les institucions no específicament dedicades a la deficiència mental, la relació és la següent:

	Acollits	Personal		Promig	
		J.completa	Parcial	Completa	Promig
La Gavina	36	9	3	4	7
Xalest	20	3	-	6,6	-
Bellaire	20	12	6	1,8	1
J. Pedragosa	25	16	2	1,5	1,3
	101	40	11	3,6	3,2

Com és de suposar, la tècnica que predomina és que en els centres on hi observem la presència de disminuïts psíquics amb un grau acusat de disminució hi trobem el promig més baix. Just amb aquesta característica caldria valorar també la dedicació específica de la institució (escola, taller, pre-taller, esplai,...) ja que aquesta funció també deu tenir les seves exigències referents al personal cuidador.

Sense ànims de fer valoracions superficials, ni d'establir uns criteris òptims a priori, sí que ens ha semblat important reflectir el panorama actual dels equipaments existents pel que fa referència a la relació entre disminuïts atesos i personal cuidador.

Un altre aspecte a tenir en compte del personal és la seva especialitat professional, els monitors, i el voluntariat. Les dades que donem tot seguit contenen totes les imprecisions que comporta titular una mateixa persona de pedagoga, mestre, terapeuta i psicòleg a la vegada. Malgrat aquestes confusions, creiem que el ventall que presenten tan els professionals com els monitors, respon del tot a la realitat existent. Hem defugit de relacionar les qualificacions professionals amb el temps de dedicació, ja que en molts dels casos és impossible saber qui fa jornada completa i qui la fa parcial.

El quadre de les especialitats professionals és el següent:

Mestres, Terapeutes, Pedagogs	47
Psicòlegs	27
Pedagogs	10
Fisioterapeutes	10
Pediatres-Psiquiatres	5
Psiquiatres infantils	2
Logopedes	5
Assistents Socials	9
Reeducadors	2
Gerents-Coordinadors	6

Total	123
-------	-----

Les especialitats dels monitors són:

Mestres de música i tallers	20
Monitors d'esplai i de temps lliure	31
Monitors d'esports	7
Monitors de tallers	13
Cuidadors a seques	95

Total	166
-------	-----

El voluntariat presenta la següent tipologia:

Estudiants (psicologia, pedagogia)	12
Monitors diversos	13

Total	25
-------	----

Fent un resum de tot el personal segons la seva professió tenim el quadre següent:

Professionals	123	31,6%
Monitors	166	42,7%
Voluntariat	25	6,4%
No consta	75	19,3%
	<hr/>	
	389	100,0

Aquestes dades poden ésser equívocues, principalment pel que fa referència al personal que hem classificat de voluntariat. Ens consta que de les persones que estan incloses en l'apartat de monitors, alguns ho fan totalment com a voluntariat. Els equívocs provenen del sentit que donem a la paraula "voluntariat"; segurament que si prenguéssim aquest concepte com a donació d'un treball gratuït en trobaríem més dels que ens consten en el quadre anterior. Però aquesta distinció és molt difícil de fer, ja que no ens consta quants dels monitors que van a jornada parcial, ho fan amb una actitud totalment voluntària i gratuïta com és el cas de ASDI, que les 32 persones que ho porten a jornada parcial són plenament voluntaris. Suposem que aquest pot ésser també el cas d'alguns professionals que dediquen alguna hora als centres esmentats.

El nostre objectiu bàsic en aquest apartat sobre el personal cuidador, era veure quin col·lectiu representava i què suposava aquest col·lectiu per respecte a la població disminuïda de l'àrea d'estudi atesa en els centres esmentats.

L'altra qüestió que pretenem clarificar mínimament és la dels diferents professionals que es troben exercint una tasca en el món dels disminuïts de l'àrea que estudiem. No valorem si en manquen o en sobren en alguna de les professions, les dades les hem exposat i són aquí. Segurament que sota un tipus de denominació professional determinada (mestres, terapeutes ...) pot haver-hi algun tipus de professional (logopeda) que no consti com a tal. Com que no tenim les dades suficients perquè això quedi clar, exposem la situació tal com

ens l'han informada. A mesura que l'anàlisi vagi aprofundint en la problemàtica, aquestes valoracions sobre possibles mancances seran més òbvies.

6.- El transport, el menjadors i altres serveis que els centres ofereixen

Tant la condició personal dels acollits en aquests centres, com també moltes vegades la ubicació dels centres o el lloc de residència dels afectats, demanen necessàriament un transport que solucioni el problema des trasllat.

Dels 23 centres de què tenim informació, 11 ens diuen que no tenen transport, ja sigui perquè no el necessiten, com pot ésser molt bé el cas dels centres ubicats en àrees urbanes i que acullen veïns de la mateixa ciutat amb un mínim de possibilitats de moure's, ja sigui perquè senzillament no en tenen, malgrat la seva urgent necessitat.

Aquests (que no en tenen) són:

- Aspasur
- Xalest (cada u hi va pels seus propis mitjans)
- Centre de Medicina Preventiva
- Clar Horitzó
- Club Estona
- Asdi
- Taller Jeroni de Moragas (viatgen en tren o en altres mitjans que ells busquen. La institució posa un acompanyant pels que van en tren)
- Estel (viatgen en tren. Actualment s'està miran la possibilitat d'un transport subvencionat)
- Montserrat Montero (és residència)
- Josep Pedragosa (és internat-col·legi)

No queden explicitats els motius pels quals aquests centres no tenen transport. Alguns diuen que el fet d'usar transport públic

(el tren) és menys discriminador.

Les altres institucions que tenen transport propi podem diferenciar-les segons el cost d'aquest transport.

1. Santa Gemma	Transport gratuït o subvencionat
Bellapart	"
Jeroni de Moragas	"
Centre Arimon	"
2. CIPO	500 Pts/setmanals - autocar
Ona	5.000 Pts/mensuals - furgoneta
La Gavina	7.000 Pts/mensuals - microbús
Xaloc	a càrrec dels pares - autocar
Aspanias	6.000 Pts/mensuals - autocar
Bellaire	7.200 Pts/mensuals - autocar
Sant Medir	transport propi (internat)
F.P. Flor de Maig	Res
	1.350, 2.700, 4.050 Pts/mensuals
	(segons possibilitats)

És evident que el transport propi no és patrimoni exclusiu dels centres ubicats en els llocs fora població. Hi ha altres factors que determinen també aquesta necessitat, com també és lògic que centres que fan la funció dels clubs d'esplai i d'ocupació del temps lliure no tinguin tanta necessitat d'aquest servei.

La situació ja és una altra si ens referim al menjador. Excepte els clubs d'esplai, tots els altres compten amb menjador organitzat d'una o altra manera.

1. Mengen en el centre però cada ú es porta el menjar de casa seva:
 - La Gavina
2. Porten el menjar de fora (l'escola no té cuina pròpia):
 - CIPO 250 Pts/diàries
 - Aspasur 4.500 Pts/mensuals
 - Clar Horitzó 7.000 Pts/mensuals

3. Tenen menjador propi:

- Ona	6.000 Pts/mensuals
- Xaloc	7.000 Pts/mensuals
- Aspanias	5.000 Pts/mensuals
- Bellaire	6.294 Pts/mensuals
- J. de Moragas	6.000 Pts/mensuals
- Taller J. de Moragas	260 Pts/diàries (possibilitat de beques)
- Santa Gemma	300 Pts/diàries
- Bellapart	300 Pts/diàries
- Estel	500 Pts/diàries
- Sant Medir	335 Pts/diàries

4. Menjador propi i gratuït:

- Centre Arimon	Subvencionat
- F.P. Flor de Maig	gratuït
- Montserrat Montero	gratuït
- Josep Pedragosa	gratuït

Podríem dir que el preu mitjà del menjador és de 6.222 Pts/mensuals per persona. Tot això són aproximacions que es fonamenten en les dades facilitades per les mateixes institucions.

No és possible trobar un criteri que ajudi a definir el perquè del menjador gratuït o no. Sembla que la via única, o millor dit, l'únic criteri vàlid és l'encert de trobar subvencions o tenir convenis amb l'administració.

No pel sol fet d'ésser públic, el menjador serà gratuït, si no és el cas que l'administració corri també amb les despeses corresponents. (Santa Gemma-Bellapart, són escoles dependents de la Generalitat i cobren una dieta de 300 Pts/diàries per persona).

Tot el que fa referència a "altres serveis" que es donen en aquestes institucions, és, en general, un tema difícil de parcelar. Aquesta tònica de "un petit calaix de sastre" és en general en quasi totes les institucions, tant quan tractàvem de la problemàtica, com ara, que tractem dels serveis que aquestes institucions donen. Les

dues coses tenen una relació molt forta. Per altra part, aquestes qüestions són les més reveladores, no sols de la complexa problemàtica que comporta el món de la disminució de les dificultats de tot ordre per trobar els criteris de clarificació, sinó també de què ens movem en uns terrenys en què les persones s'han hagut d'espavilar com han pogut, creant els equipaments i serveis que les possibilitats econòmiques els han permès.

Alguns dels serveis que ens diuen que presten, no cal especificar-los perquè es mouen en les generalitats que són comunes a qual sevol institució d'aquest tipus: activitats sense especificar, estimulació, creació i control d'hàbits, esports ... així com d'altres que diuen fer activitats de taller, ensenyament, esportives, etc.

Especificarem solament aquells serveis que, de manera directa, es dirigeixen al tractament i recuperació. En l'ofertament d'aquests serveis no incloïm les institucions del tipus de Josep Pedragosa, Escola F.P. Flor de Maig, Tallers Xalest i Santa Gemma-Bellapart, que ofereixen i desenvolupen una funció molt determinada de docència (E.G.B.) o de Formació Professional en els diferents rams.

Els serveis més oferts els podem concretar en:

- Diagnòstic, Assessorament i Seguiment
- Fisioteràpia
- Logopèdia

i amb no tanta intensitat també es mencionen, les reeducacions, tèrapias ocupacionals, psicomotricitat, pedagogia terapèutica. No és possible portar a terme una tipologia d'institucions a partir dels serveis que presten, no s'aprecien unes diferències notables entre una i altra institució. Tota una altra cosa seria que a partir d'una anàlisi més acurada i precisa de les disminucions ateses en cada institució, es fes també una revisió de quins són els serveis "terapèutics" emprats.

7.- Característiques socio-econòmiques de les famílies

Aquesta és una vessant que quan es parla o es fan estudis sobre la problemàtica dels disminuïts, moltes vegades queda oblidada. Els graus, nivells, Q.I. i altres elements són els que normalment predominen a l'hora d'afrontar la problemàtica. La dimensió social del problema pensem que, com a mínim, té la mateixa importància, almenys des de la nostra perspectiva professional d'anàlisi.

La informació de què disposem no permet portar a terme anàlisis que ens apropin a la possible relació entre les dues problemàtiques. Reduïm la nostra aportació a definir algunes característiques de l'entorn familiar dels disminuïts atesos en les institucions que estem analitzant.

7.1 Origen i residència de les famílies

No treballem amb dades estadístiques de totes i cada una de les famílies. És una estimació feta per la mateixa direcció de les institucions, i per tant creiem que és una estimació prou realista i fiable. Tant en una qüestió (origen dels pares) com en l'altra (residència familiar), tindrem en compte tres possibilitats que comprenen de manera força clara i definida les situacions reals que es poden donar.

1.- Pares d'origen majoritàriament no-català

Aspasur (95% no-català)
 La Gavina (95% no-català)
 C. Arimon (majoritàriament foranis)
 Xaloc (ídem)
 Xalest (75% no-catalans)
 Centre Medicina Preventiva (70% no-catalans)
 Asdi (majoria de foranis)
 Bellaire (ídem)
 Jeroni de Moragas (només 2 catalans)
 Santa Gemma-Bellapart (majoria de no-catalans)
 Montserrat Montero (ídem)

2.- Origen indistint

Cipo
Ona
Aspanias
Clar Horitzó
Club Estona
Josep Pedragosa

3.- Origen dels pares majoritàriament català

Sant Medir
Estel
Taller Jeroni de Moragas

Aquesta classificació feta segons la informació de què disposem val el que val, però sí que és reveladora d'unes situacions clares: la majoria d'institucions acullen disminuïts els pares dels quals són d'origen immigrant. La majoria d'institucions estan ubicades a Sabadell. Aquesta ciutat té un fort percentatge d'immigració, això pot explicar parcialment aquest fet; però cal també veure que, a mesura que creix la presència de les famílies d'origen català, ens trobem amb les institucions més cares, que corresponen normalment a centres que acullen a fills de professionals no residents a la zona.

L'altre variable fa referència al lloc de residència. A partir d'aquí podem intuir quina és la funcionalitat territorial de cada una d'aquestes institucions. Segurament que són molts els factors que determinen el que una família porti la persona disminuïda a un o altre centre: la capacitat de la institució, el cost, les possibilitats econòmiques de les famílies, etc. Saber on resideixen les famílies de les persones acollides en les institucions, ens porta, però, elements per valorar quines són realment les institucions que estan més al servei dels problemes de la comarca.

1.- Famílies residents a Sabadell i també en altres llocs de l'Àrea d'estudi (Centre i municipi d'ubicació)

Cipo - Sabadell
 La Gavina - Sabadell
 Equip Psico-Pedagògic - Sabadell
 Centre Arimon - Sabadell
 Xaloc - Sabadell
 Xalest - Sabadell
 Centre de Medicina Preventiva - Sabadell
 Clar Horitzó - Sabadell
 Club Estona - Sabadell
 Santa Gemma - Sabadell
 Bellapart - Sabadell

2.- Residents en els pobles de la comarca

Jeroni de Moragas - Ripollet
 Asdi - Sant Cugat
 Aspasur - Cerdanyola

3.- Residents a Barcelona-ciutat, altres llocs de Catalunya i fora de Catalunya

Ona - Cerdanyola
 Aspanias - Sant Cugat
 Bellaire - Cerdanyola
 Taller Jeroni de Moragas - Sant Cugat
 Estel - Sant Cugat
 Sant Medir - Sant Cugat
 Montserrat Montero - Cerdanyola
 Josep Pedragosa - Palau de Plegamans

(L'Escola de F.P. Flor de Maig acull persones de Barcelona-ciutat en un 50% i l'altre 50% és, segons ens diuen, del Vallès)

Aquests diferents grups no s'han d'entendre de manera taxativa i tancada. És molt possible que en el grup dels residents a Barcelona-ciutat s'hi puguin trobar alguns residents de Sabadell i altres pobles de l'àrea d'estudi. No tenim la informació de cada una de les famílies de totes i cada una de les institucions. Aquesta anàlisi la podrem portar a terme en la segona part de l'estudi, en què la base de l'anàlisi estarà conformada per les dades personals dels afectats.

Des de la perspectiva institucional és evident que la ubicació geogràfica d'aquestes institucions és força significativa pel que respecta a la residència de les famílies. Aquesta significació ve clarament delimitada per la zona situada darrera la carena de Collserola: Sant Cugat i Cerdanyola principalment. Aquí hi trobem ubicades les institucions que no estan al servei dels disminuïts residents en l'àrea d'estudi. Són institucions d'àmbit metropolità i fins i tot sobrepasant aquest àmbit, acullen persones de tot Catalunya i en alguns casos també de fora de Catalunya.

7.2 Status socio-econòmic de les famílies

Continuant en la línia de grans generalitzacions, definirem també les característiques socio-econòmiques de les famílies. Els criteris per definir aquestes característiques es basen purament en les dades que ens han facilitat els responsables de les diferents institucions.

Un dels elements que podria ésser determinant del status socio-econòmic seria saber amb un mínim d'exactitud les qualificacions professionals dels caps de casa. Però la dificultat és que aquesta variable ens consta de manera molt imprecisa; en la majoria de les situacions es parla de persones assalariades, però tant pot ésser assalariat un peó com un cap administratiu. Tampoc n'hi ha prou amb dir que dins el col·lectiu hi ha aturats, puix que aquests poden ésser professionals, peons, obrers qualificats o també administratius.

Curiosament, les institucions que destaquen per les qualificacions més elevades són les de Sant Medir i Estel on també hi hem trobat la majoria de pares d'origen català i que resideixen fora de la zona d'estudi.

Amb tot, malgrat les dificultats d'interpretar unes informacions tan imprecises, hem fet un intent d'aproximar-nos a aquesta dada amb el deliberat propòsit de defugir imprecisions que, pel fet d'ésser-ho, podrien donar peu a un famós equívoc que acabaria essent una imprecisió. La panoràmica general deixa entreveure uns elements d'estratificació social que permeten induir alguns aspectes de gran interès.

En primer lloc, cal assenyalar el gran pes dels estrats socials insolvents amb característiques de degradació evident en el conjunt de les institucions analitzades. Ens referim en concret a la forta rellevància que adquireixen les situacions dels caps de família que són pensionistes o jubilats, que es troben a l'atur o que realitzen treballs directament vinculats al servei domèstic. Sense voler fer dir a les dades allò que no poden dir, hom té la impressió que aquestes situacions familiars arriben a un percentatge que oscil·la entorn del 50%.

En segon lloc, també podem precisar que per l'altra meitat de caps de família que ingressen un sou, el pes fort d'aquests assalariats (sembla que entorn d'un 25%) el constitueix el peonatge especialitzat, quedant la resta distribuïda entre els autònoms, els administratius i els tècnics, constituint una veritable excepció els industrials, els dirigents i els professionals liberals.

A partir d'aquestes aproximacions tan difícils de classificar, tenim dret a sospitar si les atencions terapèutiques, educatives i assistencials de la població efectivament atesa per les institucions de referència abarquen la globalitat de la població afectada a la nostra àrea d'estudi. Sembla que les atencions i serveis distribuïts a la subcomarca de Sabadell operen com una mena de filtratge socioeconòmic semblant al que porten a terme en el terreny de la justícia les institucions que depenen del control social formal.

Com tot el que es fonamenta en apreciacions, la nostra distinció té la seva part de subjectivitat i més quan s'entra en terrenys de qualificació de "status" en què, a més, s'hi barregen els conceptes de mitjà, mitjà-alt, mitjà-baix, que mai ni se sap on comença un i acaba l'altre.

8.- Relacions i contactes de les institucions

Només tindrem en compte tres elements per analitzar aquest aspecte de les institucions. Tres elements que creiem són molt importants.

En primer lloc, la relació Institució-Família. Aquesta relació es fonamenta principalment, i en la majoria d'institucions que ens en parlen, en:

- Reunions periòdiques
- Assessorament als pares
- Assemblees

Aquests són els tres instruments més usats de manera habitual. Això no vol dir que siguin els únics o exclusius. En moltes institucions, el contacte directe o també el contacte puntual quan la circumstància ho precisa, o bé una reunió extraordinària per resoldre els problemes, són també instruments normals. Aquesta podríem dir que és l'actitud que presenta la institució. El que no sabem és l'actitud per part dels pares, l'assistència a les reunions i assemblees ... En molts casos, pel fet que la institució sigui fruit de les iniciatives particulars dels afectats, cal suposar una reciprocitat i en alguns casos potser una total identificació entre família i institució, ja que possiblement siguin una mateixa cosa.

Un altre aspecte que tenim en compte és la relació amb altres institucions. Si en qualsevol àmbit, sigui docent, cultural o social es creu sempre necessari i convenient obrir el contacte i l'intercanvi amb altres entitats similars, no hi ha dubte que en un terreny tan problemàtic com aquest, aquests contactes i intercanvis són encara molt més necessaris.

La situació al respecte, que presenten les institucions que estem analitzant, no és, ni de bon tros, falaguera i engrescadora.

De les 23 institucions, només 7 ens diuen que estan integrades en coordinadores o federacions. Una ens parla de la coordinadora de Sabadell i una altra ens diu que està integrada a la Comissió de Profunds d'APPS. Aquestes són les que presenten els vincles més sòlids de relació amb altres institucions similars. Altres institucions ens parlen d'intercanvis en sentit general, contactes burocràtics, però

sense reflectir un mínim de consistència en aquests intercanvis o relacions.

Un altre grup de 6 ens parla de relacions mínimes, i en algun cas ens especifiquen que desitjarien establir i mantenir intercanvis i relacions serioses, establertes i profitoses.

Pensem que en tota aquesta qüestió de relació i intercanvi no ens podem deixar guiar únicament pel sentit pessimista que l'anàlisi anterior ens dibuixa: l'Associació existent a Sabadell de la qual ja hem fet menció en els inicis de l'estudi, creiem que és una bona mostra de no voler fer la guerra cadascú pel seu compte. Tota una altra qüestió és que, en la tasca diària, es trobi a faltar el contacte amb altres persones que treballen en el mateix terreny i que poden ésser elements enriquidors.

El darrer aspecte que hem considerat significatiu és el que anomenem producte institucional. Amb això volem indicar aquell fet, aquell element que la institució produeix per vendre a l'exterior i que dona una mica de signe d'identitat.

El que més produeixen les institucions són Festes i Actes públics. Aquest darrers poden estar organitzats per altres entitats i el que fa la institució es participar-hi. Les festes tenen un ampli ventall que pot incloure des d'una tómbola fins a festes pròpiament dites, tot passant per les exposicions dels dies de Nadal.

Cal destacar una institució que participa en les olimpíades i jocs esportius de ACEL.

Només una institució, segons ens consta, té una revista pròpia que edita cada tres mesos. Pel que fa a l'ús dels mitjans de comunicació, premsa i ràdio, ens ho diuen dues altres institucions. Un petit grup d'institucions ens diu que no fa ni organitza res.

Segurament que la majoria d'aquestes institucions tenen molts problemes per solucionar, i moltes vegades per sobreviure, abans de pensar quina és l'obra que poden portar a terme i que els doni una imatge de cara a l'exterior, una identitat. Una qüestió a plantejar en el futur i pensant en el sector geogràfic de l'estudi, és la de que cal plantejar-se, si és cada institució que ha d'esforçar-se en

tenir el seu producte, o bé aquesta és una qüestió per plantejar-se-la conjuntament.

9.- Punts a tenir en compte

Voldriem assenyalar els punts que al llarg de l'anàlisi han so bresortit amb més claretat. Hem tingut sempre una visió de globali tat a nivell geogràfic -àmbit territorial de l'estudi- com a ní- vell institucional -les 23 institucions ubicades a la zona-.

1.- La problemàtica que l'estudi vol analitzar se centra princi- palment en els disminuïts psíquics moderats, profunds i servers, i aquest era sempre el punt de referència quan hem portat a terme l' anàlisi de totes les dades. Hem constatat una gran dificultat per determinar amb un mínim d'exactitud l'atenció que aquests nivells de disminució reben en les institucions analitzades. Les instituci- ons que acullen a disminuïts profunds són 11 en total. Però aquesta xifra és enganyadora, ja que la majoria no són institucions única- ment al servei de la comarca i dels profunds, sinó que entre totes les persones acollides al centre s'hi troba algun profund.

És això el que fa pensar que la majoria de les institucions so lucionen un problema, prescindint una mica del nivell de gravetat d'aquest problema. Amb això no pretenem dir que no existeixin diferen- cies entre una i altra institució a partir de la problemàtica de les persones acollides, però no podem precisar amb exactitud fins a quin punt el profund adult té uns espais institucionals ben definits. La impressió és que s'està molt més de cara a la persona disminuïda que no pas al nivell i tipus de disminució.

2.- La ubicació geogràfica de les 23 institucions defineix molt clarament la seva funció d'un equipament al servei de l'àrea estu- diada. En aquest aspecte apareixen dues zones molt clares i diferen- ciades. Per una part, els equipaments ubicats a la capital, Sabadell i una mica també els de la zona urbana de Ripollet, i per altra part els ubicats en les àrees de Sant Cugat i Cerdanyola.

Els primers els podem identificar com equipaments quasi-exclusivament al servei de la problemàtica del sector, els altres són equipaments al servei de la problemàtica sigui d'on sigui, però principalment atenen i acullen personal de fora de la comarca i per la senzilla raó que s'han ubicat en el lloc actual portant ja la problemàtica d'altres llocs. Això és constatable en analitzar el lloc de residència de les famílies.

3.- Es tracta d'institucions no velles, però algunes sí que ja les podem qualificar d'adultes. Les institucions ubicades a Sabadell tenen majoritàriament el seu origen en la dècada dels anys 60, però l'impacte fort per tota la zona és la dècada dels anys 70.

Els inicis de la majoria de totes aquestes institucions no són altres que l'esforç i la iniciativa d'uns pares afectats que s'han d'espavilar, ja que oficialment la problemàtica dels disminuïts continua oblidada. Aquestes institucions des dels seus inicis mantenen el joc constant amb l'administració a fi de garantir mínimament la marxa econòmica; moltes no podrien subsistir sense aquesta dependència econòmica de l'Administració pública. La situació de les grans institucions com Montserrat Montero o Flor de Maig és realment l'excepció, igual que les escoles o centres que darrerament han passat a dependre directament de la Generalitat.

4.- Les persones ateses són 1.094. Això ens podria enganyar fàcilment sinó fos que moltes d'aquestes institucions atenen a persones d'altres llocs. Cal parar esment en què un percentatge molt elevat de persones ateses pertany al sexe masculí.

Les edats de les persones acollides omple un ventall molt ampli que oscil·la dels 2 fins als 65 anys. En quina proporció estan distribuïdes pels diferents grups d'edat, no podem encara descifrar-ho. Ens podem trobar que malgrat aquest ventall tan ampli, la majoria quedi concentrada en edats inferiors a 25 anys i que els més grans siguin realment la minoria.

5.- El grup més nombrós de treballadors és sens dubte el d'aquells que hem anomenat "cuidadors a seques", i després els monitors. Són aquests que assumeixen normalment la tasca quotidiana. Això no obsta perquè la presència de diferents professionals, psicòlegs i principalment mestres-pedagogs, sigui també molt notòria.

És sobradament conegut que l'atenció als disminuïts no pot ésser massiva i quan més greu és la disminució menys és aquesta mas-sificació. L'àrea globalment considerada té un promig de tres disminuïts per persona cuidadora. Aquest promig s'eleva segons quin si-gui el centre i en funció sempre del tipus i nivell de disminució que atén.

6.- Quant als serveis de menjador i transport, no tots els centres mantenen el mateix criteri, principalment referent al transport. Alguns centres deixen aquesta qüestió perquè cada família la resolgui pel seu compte. El servei més comú a tot arreu és el del menjador. És molt possible que aquí hi entri en joc l'element econòmic i de beques de menjador. El cost d'aquests serveis no hi ha dubte que encareix molt el ja molt car preu d'atenció, acolliment i tractament del disminuït.

7.- Per tipificar les famílies segons les seves característiques sòcio-econòmiques, les dades de què disposem són molt poc precises, però si que ens poden assenyalar uns trets molt significatius. Als equipaments situats a la capital i àrees urbanes ens trobem amb famílies majoritàriament immigrades i de status sòcio-econòmic baix o mitjà, tirant a baix.

Podríem dir que aquestes característiques s'apunten a molts altres centres no ubicats precisament en la capital. Però ens trobem unes excepcions en centres que atenen i acullen persones no residents a la comarca, són els centres d'un cost més alt, on trobem la presència molt més significativa de famílies autòctones.

8.- És molt difícil valorar amb les dades que tenim, el funcionament d'aquests centres o equipaments. Una cosa queda molt clara,

la seva feina és funcionar i trobar els mitjans per poder funcionar. Si això estigués garantit, hi hauria la capacitat per qualificar aquest funcionament. La majoria, d'una manera o altra, més o menys encertada, mantenen un contacte amb la família.

La projecció exterior està basada majoritàriament en les festes de tot tipus, que alguna mena de suport deuen portar a la institució. El que no és ni molt menys clar, és el contacte entre les diferents institucions. Totes deuen tenir els mateixos problemes i de tot ordre, però cadascuna necessita trobar també la seva manera de subsistir.

Tota l'anàlisi que hem portat a terme en aquest capítol, queda una mica desajustada. Hi ha una constant dificultat per ajustar les dades, són molt difícils d'homologar. Això no obstant, creiem que la realitat és aquesta i no una altra. La sensació de desgavell és una constant que es palpa. Segons com es miri, aquesta sensació és plenament lògica, ja que s'intenta afrontar una problemàtica que és un autèntic caos. La societat s'estructura i es planifica per a les "persones normals". Els disminuïts psíquics no són la normalitat. Quan parlem de desgavell, no ens referim a un desordre intern del centre. Tots ells tenen unes normes clares de funcionament. És un desordre que ve provocat per la globalitat de la situació d'aquest problema, legal, administratiu, social ...

Tot el que existeix al respecte, forma part d'un apèndix que fa esforços per no perdre els lligams que el mantenen unit al cos social. Voler incidir, voler estructurar i planificar en aquest terreny, vol dir assumir tot el desgavell que s'ha engendrat i tenir mol present que gràcies a aquest desordre s'ha tingut cura i atenció d'unes persones i d'uns problemes.

II.- EL COL.LECTIU ATÈS

1.- Perspectiva global

En el primer capítol hem portat a terme l'anàlisi institucional dels equipaments i serveis existents en aquest sector del Vallès Occidental. Això ens ha permès una primera aproximació a la realitat de la deficiència psíquica en aquest àmbit geogràfic.

En aquest segon capítol, el centre d'interès, no és tant la institució en ella mateixa, com el col·lectiu de disminuïts que aquestes institucions acullen. El nostre objectiu és arribar al màxim nombre possible de persones ateses, que tenen el seu domicili en alguns dels pobles de l'àrea. Això ens ha mogut a tenir en compte no solament les institucions ubicades dins el terme geogràfic del nostre estudi, sino també altres institucions que tot i estar ubicades en altres llocs de la geografia catalana, atenen a persones amb residència a l'àrea d'estudi.

Tenim la certesa que no arribem de manera exhaustiva a tots i cada un dels disminuïts que viuen en aquest sector del Vallès Occidental, però són poques les persones ateses en alguna institució que quedin fora de les nostres anàlisis. Això ens permet per una part conèixer amb més exactitud que en el primer capítol les característiques d'edat, sexe, grau de disminució... de les persones ateses, i per altra part, valorar també fins a quin punt l'atenció i cura dels disminuïts psíquics d'aquest sector cobreix les necessitats i exigències que presenta, o també fins a quin punt els equipaments existents en els sectors estan en funció de les necessitats i problemes de les persones residents a la zona.

Els punts que centraran les nostres anàlisis seran els següents:

- Una visió global del col·lectiu a partir de les dades que fan referència a sexe, edat, lloc de residència, nivell d'autonomia, Q.I. i dades referents al nucli familiar.

- En segon lloc la interrelació de les diferents variables facilitarà i ens ajudarà a la valoració més qualitativa del col·lectiu de persones disminuïdes.

En el primer capítol, hem estat molt explícits a l'hora de re marcar les diferents dificultats que tota aproximació a la realitat de la disminució psíquica, comporta per ella mateixa. Malgrat això, pensem que l'anàlisi que tot seguit fem del col·lectiu, aportarà ele ments prou vàlids, no solament per a un coneixement més seriós de la realitat, sinó també per generar principis o criteris inspiradors d'una política més eficient.

1.1.- El nombre de persones ateses (+)

Recalquem la condició de persones ateses, perquè quedi molt clar que no parlem d'un col·lectiu general. No fem un cens de persones de ficients del sector que en una o altra institució reben les atenci - ons que la seva situació demana,

Quan parlem d'aquest col·lectiu fem referència a 1.312 persones distribuïdes institucionalment de la següent manera:

DIAGNÒSTIC - ORIENTACIÓ - TRACTAMENT

1. Estimulació precoç-Centre Medicina Preventiva	100	7,8
--	-----	-----

ESCOLES

2. Santa Gemma - Bellapart	114	8,8
3. Xaloc	109	8,4
4. C.E. Especial Aspanias	35	2,7
5. Escola Jeroni de Moragas	52	4,-
6. Escola Especial F.P. Flor de Maig	96	7,4
7. Centre Educatiu Clar Horitzó	11	0,9

TALLERS

8. Aspasur	34	2,6
9. Tallers Ona	10	0,8
10. Taller Jeroni de Moragas	58	4,5
11. Tallers Cipo	152	11,8

(+) Som coneixedors de les llistes d'espera, és a dir, de les perso nes aspirants a ingressar en alguna de les institucions de la comar - ca a les quals tindran accés quan es produeixi alguna baixa o, sen - zillament, quan s'esdevingui la matriculació del curs vinent.

ASSISTENCIAL: Atenció Especialitzada

12. Centre Arimon	60	4,7
13. Institució Montserrat Montero	217	16,8
14. C. Sant Medir	30	2,3

RESIDÈNCIES

15. Cooperativa Estel	23	1,8
-----------------------	----	-----

ESPLAIS

16. Club Estona	30	2,3
17. Asdi	35	2,7

INSTITUCIONS (fora comarca que atenen persones de la comarca)

18. Hospital Psiquiàtric Ntra Sra de Montserrat	6	0,5
19. Hospital Psiquiàtric Ntra Sra dels Dolors	6	0,5
20. Institució Pere Mata	12	0,9
21. Villablanca	27	2,-

INSTITUCIONS (de la comarca però no específicament per disminuïts psíquics)

22. Escola La Gavina	34	2,6
23. Centre Bellaire	20	1,6
24. Taller Xalest	17	1,3
25. C. Josep Pedragosa	24	1,9

Total 1.312 100,7

Cal fer uns aclariments arran del llistat anterior. En primer lloc, sobre la suma total del col·lectiu, 1.312 persones, quan anteriorment havíem ja establert la xifra de 1.195. Queda molt clar a través de la distribució que fem en el llistat, que 117 persones

no formen part del nostre col·lectiu malgrat que en la recollida de dades i en el posterior procés informàtic de les mateixes dades, formen part de la globalitat.

En el transcurs de les anàlisis que segueixen, cal tenir sempre en compte aquest aclariment, tot i que dels casos més pertinents en farem menció expresament.

L'altre aclariment es refereix a les possibles repeticions de les persones inscrites en més d'una institució. Si les repeticions haguessin estat molt reiteratives, s'hagués fet necessari refer les dades, ja que les anàlisis es recolzarien en una xifra que no correspondria a la realitat. De fet, aquestes repeticions només afecten a 22 persones que representen un 1,8%, de cada 100 persones, una apareix en dues institucions. No creiem que aquest percentatge desvirtui o modifiqui les anàlisis o valoracions que portem a terme. A més aquestes repeticions es donen quan la persona que assisteix al taller o a l'escola està també inscrita a algun dels esplais: persones del taller Cipo que a la vegada van al Club Estona, o del Jeroni de Moragas que van a Asdi ... Si descomptem aquestes repeticions, la xifra exacta d'aquest col·lectiu és de 1.173 persones.

Aquesta informació verificada directament, no solament ens ha donat alguns elements quantitius referits al nombre de persones, sinó que també ens aporta algunes precisions qualitatives que són de gran interès.

I.- El nombre global de persones en llistes d'espera sense fer consideracions de matisos pel que fa a la qualitat de les mateixes (sexes, edat, quocient intel·lectual, etc), és el següent:

- de la comarca:	entre 157 i 160 persones
- de fora de la comarca:	35 persones
- total	<u>entre 192 i 195 persones</u>

Dintre de l'exposició de dades es pot observar que no totes són coincidents, això troba el seu origen en que les institucions han omplert dos qüestionaris diferents en el procés de recollida de dades.

No seria correcte ni vàlid atribuir una exactitud matemàtica a aquestes dades, puix que no necessàriament les persones que ens consten es troben efectivament al carrer, moltes d'elles poden provenir d'altres institucions de la comarca, però aquesta és una dada que se'ns escapa.

II.- En la consideració d'aquest col·lectiu en demanda d'accès, hi han estat incloses les persones que estan pendents de la inauguració del futur centre de profunds adults (34 de la comarca i 7 de fora de la comarca, susceptibles aquests encara d'un dictamen posterior). Evidentment, no s'hi han comptat els 14 casos que són atesos al Centre Arimon i que passaran a adults el curs vinent.

III.- El Centre d'Estimulació Precoç procura deliberadament que no hi hagi llistes d'espera, altrament s'arribaria tard en la mateixa precocitat del tractament.

IV.- El Taller Ona, el Club Estona i els Esplais Asdi, donades les característiques i funcionalitat dels mateixos centres, permeten una certa elasticitat i, per tant, no poden parlar de llistes d'espera.

V.- Al Centre Jeroni de Moragas i al Clar Horitzó disposen encara d'algunes places no ocupades. Al primer, concretament, se'ls comunicà que els hi enviaven dues persones provinents del Centre d'Estimulació Precoç i encara els esperen.

VI.- Al Taller Jeroni de Moragas, tot i tractar-se també d'una institució no rígida, confessen que no han fet cap enquesta directament encaminada a fer deteccions per tal d'anar-los a buscar, però intuïtivament creuen que hi poden haver dos o tres casos que serien propis de la seva institució.

VII.- Els Tallers Cipo i el Centre de Formació Professional Flor de Maig (IPSA) accentuen la gran varietat i oscil·lació de les mateixes llistes d'espera, aquestes s'eixemplen fins quasi a triplicar-se.

Pel que respecta concretament a IPSA és el qui ostenta la llista

d'espera més àmplia (més de 60 persones), però pel fet que atenen a deficients ambientals, és a dir, nois i noies marcats pel fracàs escolar o per deficiències mentals molt lleus, saben per experiència que encara n'hi haurà molts més. És per això que acostumen a fer una selecció prèvia a l'admissió, derivant els casos impropis cap a d'altres centres.

VIII.- Els Tallers Aspasur, independentment d'altres casos, tenen en llista d'espera 6 casos greus profunds als qui no poden donar viabilitat per manca de recursos.

IX.- La Cooperativa Estel és una institució tancada que agrupa els interns en mòduls de 8 persones. A més del mòdul residencial disposen del taller al costat.

Tant els socis com els no socis no volen internar definitivament el deficient, puix que el problema no és tant la problemàtica present com l'angoixa del futur quan manqui la família.

En cadascun dels mòduls, de les vuit persones n'hi ha quatre de fixes i fan torns rotatoris de permanència a les famílies durant vuit dies cada cinc setmanes.

Amb aquest procediment s'intenta no trencar el ritme de llar-residència per tal que el dia que falti la família, no es generin problemàtiques sobreafegides a la permanència definitiva a la institució. El curiós és que només dos casos es quedarien a la institució i no voldrien anar amb la família.

X.- Aquesta és una informació referida al desembre del 1985 i, per tant, subjecte a imponderables que poden fer variar-la de manera considerable

1.2.- Sexe i edat

En el capítol sobre equipaments i serveis, també hem parlat d'aquestes variables però sense poder concretar gaire, ja que es teni en més en compte els aspectes globals d'aquests equipaments i serveis que no pas les característiques concretes del col·lectiu atès.

La diversitat sexual presenta els índexs següents:

Homes	725	60,7%
Dones	470	39,3%
<hr/>		
Total	1.195	100,-

Es repeteix la constant que els nois quasi dupliquen el nombre de noies.

Quant a les edats, hem agrupat el col·lectiu en diferents grups d'edat, tenint com a criteri els grups d'edat escolar, i els adults els hem situat en dos grups tenint com a pauta els 20 i els 40 anys.

El resultat és el següent:

1. Menys de 5 anys	124	10,4%
2. De 6 a 14 anys	341	28,5%
3. De 15 a 18 anys	222	18,6%
4. De 19 a 40 anys	462	38,7%
5. Més de 40 anys	35	2,9%
6. No consta	10	0,8%
TOTAL	1.195	100,-

La primera constatació que reflecteix el quadre precedent és que el 57,5% dels disminuïts atesos té menys de 18 anys. Aquesta constatació pot suscitar moltes relexions: la manca de serveis per persona disminuïdes adultes, la possibilitat que l'índex de mortalitat en aquestes persones sigui més elevat i que no arribin a adults

Però tot això són suggeriments que no expliquen el perquè d'aquesta situació. Aquesta dada sola ja permet en fonament de causa, qüestion-nar-se quina és la situació dels disminuïts adults un cop han passat les etapes d'escolaritat. Estem encara plantejant el problema sense especificar nivells i graus de disminució.

Si parem atenció en tots i cada un dels grups d'edat, ens trobem que:

- grup de 0 a 5 anys: és rellevant la presència i per aquest ordre dels que tenen 4, 3 i 2 anys.

- grup de 6 a 14 anys: sobresurten els de 14 i 12 anys, i per alltra part els menys rellevants són els de 7, 6 i 13 anys.

- grup de 15 a 18 anys: només els de 16 anys sobresurten per respecte als altres.

- grup de 19 a 40 anys: en aquest grup totes les edats presenten una mateixa tònica fins arribar als 27 anys, on hi trobem una agulla que sobresurt i es destaca per damunt de totes les altres edats. A partir dels 32, s'inicia una devallada que es manté constant fins arrribar als 65 anys.

Repetim les reflexions anteriorment esmentades, és que a partir d'una certa edat ja no existeixen equipaments i serveis per als disminuïts? es pot fixar una edat mitjana de supervivència, i a partir d'ella, és normal el descens numèric de les persones disminuïdes?

En definitiva, podriem preguntar-nos que se'n fa dels disminuïts adults?

1.3.- Lloc de residència

Entrem en un aspecte que té un interès especial en el nostre estudi. Fins a quin punt són atesos els disminuïts del sector que estem estudiant?. Els centres acullen majoritàriament persones de fora del sector?.

La distribució geogràfica dels disminuïts atesos per aquestes institucions la donem junt amb la relació de les estimacions porta-

des a terme en el primer capítol. No és tant l'exactitud matemàtica de les dades el que ens interessa, com el tenir elements de comparació entre dues situacions.

La lectura del quadre següent és molt indicativa de quina és la situació pel que fa referència a la utilització dels equipaments i serveis de la comarca pels deficientes residents a la mateixa. De tot el col·lectiu atès, el 64,3% són veïns d'algun municipi del sector. Cal tenir present que 51 persones deficientes del sector estan internades en hospitals psiquiàtrics no ubicats en l'àrea d'estudi. Es tracta de les 6 persones internades a l'H.P. Nostra Senyora de Montserrat, les 6 de l'H.P. Nostra Senyora dels Dolors i els 12 internats a Pere Mata, i els 27 de Villablanca.

LOCALITAT	Total població disminuïda	Distribució població disminuïda psíquica				Població atesa M+S+P
		Lleus	Moderats	Severs	Profunds	
1.Sabadell	1.897	1.518	227	132	20	423
2.St Quirze	57	45	7	4	1	8
3.Barberà	290	233	33	21	3	39
4.Cerdanyola	525	419	64	36	6	91
5.Ripollet	257	206	31	18	2	33
6.Sant Cugat	331	265	40	23	3	62
7.Montcada R.	265	212	32	18	3	27
8.Sta Perpètua	139	111	16	10	2	16
9.Sentmenat	38	30	5	3	-	6
10.Palau Plegamans	50	40	6	4	-	2
11.Castellar V.	118	95	14	8	1	23
12.S Llorenç Savall	19	15	3	1	-	6
13.Polinyà	23	18	3	2	-	4
14.Ciutat Badia	(inclosos amb els de Barberà-Cerdanyola)					28
T O T A L	4.009	3.207	481	280	41	768 (64,3%)
15.Regia del Vallès Occidental						31
16.Barcelona ciutat						243
17.Barcelonès						53
18.Baix Llobregat						11
19.Vallès Oriental						31
20.Regia de Catalunya						44
21.Força de Catalunya						7
No consta						7
T O T A L						427 (35,7%)
T O T A L						1.195 (100,-)

Descomptant aquestes persones, l'índex d'utilització dels equipaments del sector per la gent ubicada en el mateix se situa a l'ordre del 61,2%, en definitiva, podem dir que, en les dues terceres parts, aquests equipaments i serveis estan en funció de les necessitats del sector.

L'altra tercera part, la formen les persones procedents d'altres indrets de Catalunya, majoritàriament Barcelona-ciutat (55,2%), del Barcelonès (12,8%), de la resta del Vallès Occidental i de la comarca veïna, el Vallès Oriental.

De tot el col·lectiu atès, només un 4% és resident en d'altres parts del territori català. Les persones de fora de Catalunya tenen una presència insignificant.

L'altra lectura seria veure fins a quin punt cada un dels municipis del sector té les seves necessitats cobertes. Si cenyim la necessitat d'atenció a disminuïts moderats, severos i profunds (aquests darrers, moltes vegades necessiten atenció purament assistencial), ens trobem que el col·lectiu globalment considerat, no està cobert amb els equipaments existents. Mentre les estimacions ens donen una demanda potencial de 802 places, la realitat és que hi ha 768 persones deficientes ateses de la subcomarca. Aquí cal descomptar les 24 que estan internades en institucions de fora de la comarca. Aquestes valoracions les hem portat a terme tenint en compte els criteris establerts pel DSM III, que adjuntem (+).

(+) Deficiència mental. Definició segons O.I. S/OMS.

La deficiència mental és un desenvolupament general incomplet i insuficient de les facultats mentals en diferents àrees: intel·lectives, socials, afectives, etc.

Segons DSM III, els símptomes essencials són: Incapacitat intel·lectual general molt per sota del promig, conduïnt o anant associada a un dèficit o deteriorament de la conducta adaptativa, començant abans dels divuit anys. La capacitat intel·lectual general es defineix com a quocient intel·lectual o Q.I. obtingut mitjançant l'avaluació d'un subjecte per l'aplicació d'un test general d'intel·ligència administrat individualment.

La prova posseeix un error de cim punts aproximadament. Un Q.I. de 70 és aquell que es troba significativament per sota del promig. El seu interval serà 65-75, això permet incloure en la categoria de retard mental aquells subjectes que necessiten educació especial, i, també permet excloure de tal diagnòstic aquells altres amb un Q.I. més baix però que el judici clínic valora sense dèficit significatiu en el funcionament adaptatiu.

Si distribuïm totes les persones deficients ateses, segons el seu municipi de residència, amb l'intent d'estimar fins a quin punt cada municipi té cobertes les seves demandes, el resultat fruit d'aquesta estimació és la següent:

LOCALITAT	Persones ateses	Demanda	Saldo
Sabadell	423	379	+ 44
Sant Quirze	8	12	- 4
Barberà	39	57	- 18
Cerdanyola	91	106	- 15
Ripollet	33	51	- 18
Sant Cugat	62	66	- 4
Montcada i Reixac	27	53	- 26
Santa Perpetua	16	28	- 12
Sentmenat	6	8	- 2
Palau de Plegamans	2	10	- 8
Castellar del Vallès	23	23	--
S. Llorenç Savall	6	4	+ 2
Polinyà	4	5	- 1
Ciutat Badia	28	--	
TOTAL	768	802	

La capital de la comarca presenta un notable excedent de places que sens dubte estan ocupades per persones deficients d'altres municipis del sector. En totes aquestes estimacions valoratives del dèficit queda sempre l'interrogant de Ciutat Badia que pel que fa a les possibles demandes que pot presentar, sempre les hem d'incloure a les possibles demandes que presenten Barberà i Cerdanyola, municipis dels qual forma part Ciutat Badia.

En canvi, ens consten els 28 deficients atesos en alguna de les institucions censades. Malgrat que sigui una anàlisi descriptiva, creiem que són dades que poden ajudar molt al coneixement de quina és la situació present i de com pot ésser la del futur, quan actualment tots els indicis són que la demanda supera a l'oferta.

El plantejament varia radicalment, si considerem com a demanda potencial, fins i tot les persones classificades com a deficients lleus. Aquests sols, sumen segons les estimacions portades a terme, la xifra de 3.207 persones en tot el sector del nostre estudi. Les anàlisis que posteriorment portarem a terme mitjançant les correlacions entre les diferents variables, ens apropiaran al coneixement de quins són els nivells de deficiència més atesos per les institucions i quins són els més oblidats. A partir d'aquí tindrem més elements per valorar les mancances i els dèficits.

1.4.- Quocient Intel.lectual i grau d'autonomia

Una primera aproximació a les característiques d'aquest col·lectiu si tenim en compte el coeficient intel·lectual ens ve donada en el quadre següent:

- Q.I. de menys de 20 (profunds)	286 persones	22,2 %
- Q.I. entre 20 i 34 (severs)	191 persones	14,8 %
- Q.I. entre 35 i 49 (moderats)	289 persones	22,4 %
- Q.I. entre 50 i 70 (lleus)	299 persones	23,2 %
- Q.I. de més de 70	85 persones	6,6 %
- Normal	75 persones	5,8 %
- Normal + D. Física	34 persones	2,6 %
- Autistes	20 persones	1,6 %
- No consta	11 persones	0,9 %

T O T A L

1.290 persones 100,- %
ateses

La distribució que fem en el quadre pot causar sorpresa, quan en ella hi fem constar persones amb Q.I. normal, malgrat que algunes d'elles ens facin constar disminucions físiques. Això és expli cable, perquè entre les institucions que formen part de l'estudi n'hi ha al unes d'incloses que la seva atenció la dediquen a proble mes de conducta i adaptació social i no a problemes de deficiència, prescindint si aquesta darrera qüestió pot, o no, incidir en la de més problemàtica. En aquesta tipologia de "normalitat de Q.I." s'in clouen les 95 persones de les institucions anteriorment esmentades, i que no desvirtuen en absolut les anàlisis que portem a terme. Les dades en les que basem la nostra anàlisi ens han estat facilitades per les mateixes institucions i les reflectim de la mateixa manera en què ens han estat facilitades.

El nivell de profunds, amb Q.I. inferior a 20, era el grup menys nombrós en les estimacions que anteriorment portàvem a terme, i en canvi és dels nivells més atesos en les institucions del sector. Al guna àrea geogràfica d'aquest sector en què s'hi han ubicat equipa ments i serveis per deficients, s'ha constituït en lloc d'acolliment per als disminuïts profunds de molts altres indrets. Pensem princi palment en la gran conurbació barcelonina. En canvi si comparem els altres nivells de disminució tenint en compte el Q.I. ens trobem da vant d'unes dades que causen perplexitat:

- Q.I. entre 20 i 34	191 atesos	280 estimats
- Q.I. entre 35 i 49	289 atesos	481 estimats
- Q.I. entre 50 i 70	299 atesos	3.207 estimats

La perplexitat encara és més palesa en tant que la globalitat de places existents en el sector cobria quasi la totalitat de la de manda de disminuïts, severs, moderats i profunds. No ens és possible esbrinar exactament el perquè d'aquesta distorsió. Segurament que la manca d'una uniformitat de criteris a l'hora de qualificar els diferents nivells de deficiència, pot ésser, entre moltes altres cau ses el motiu d'aquesta situació.

El que sí reflecteix el quadre és que els equipaments i serveis existents, en les seves dues terceres parts, ofereixen places per a disminuïts profunds, severos i moderats. És important també el 22,2% de places dels diferents equipaments que tenen cura de deficients qualificats de lleus. Aquí es podria tornar a plantejar la qüestió dels 3.207 deficients lleus estimats en el sector geogràfic que es tem estudiant.

Per detectar mínimament els nivells d'autonomia hem tingut en compte aspectes físics molt bàsics com són caminar, menjar, control d'esfínters, llenguatge, vista, oïda. No podem determinar amb dades el nombre de deficients que acumulen més d'una situació d'aquestes, segur que això es dona en molts casos. Nosaltres oferim els índex d'aquest col·lectiu que es troba afectat per alguna d'aquestes situa-cions, sense tenir en compte l'aspecte acumulatiu de més d'una d' aquestes situacions en una sola persona:

NIVELLS D'AUTONOMIA:

- No caminen sols	175	13,6
- Van en cadira de rodes	130	10,1
- No menja sol	182	14,1
- No controla esfínters	244	18,9
- Absència total de llenguatge	123	9,5
- Sord - Cec	11	0,9

Pels motius anteriorment exposats no seria vàlid donar la suma, tant l'absoluta com la relativa de les xifres del quadre anterior, pensem que ja és molt important constatar aquest dèficit en un bon nombre de deficients. Aquestes pautes per detectar el grau o nivell d'autonomia haurien d'ésser més generalitzades a l'hora de qualifi-car o classificar les persones deficients, ja que en molta part són més operatives i "objectives" que el Q.I.. No pretenem dir que aquest no sigui vàlid, però sí que pot ésser de mal ús o aplicació per moltes i diverses causes. Un exemple d'això que estem dient el tenim en les dades anteriorment analitzades.

1.5.- Règim institucional dels atesos

No és que volguem donar importància desmesurada a la manera, o al règim, amb què els deficients són atesos. Ens fa falta disposar d'unes pautes objectives per a determinar quins són els que necessiten residència, quins internat, i quins en tenen prou amb un règim d'externat o simplement un tractament ambulatori. En el conjunt d'aquestes pautes no solament s'haurien de tenir en compte el nivell i grau de deficiència i d'autonomia, sinó també les circumstàncies socials i familiars que poden ajudar a definir la necessitat d'un o altre tipus d'atenció.

Ens limitarem a expressar quina és la situació al respecte dels 1.195 deficients que estem analitzant:

Externat	769	64,3 %
Internat	291	24,4
Residència	35	2,9
Ambulatori	99	8,3
No consta	1	0,1

T O T A L 1.195 100,- %

És molt possible que a l'hora de facilitar les dades que són la base de la nostra anàlisi, hagi tingut lloc alguna confusió de conceptes, com per exemple, internat amb residència. El nostre intent era que l'internat respongués a una estada a l'escola o a la institució de dilluns a divendres, i que la residència respongués a l'estada permanent. Fem aquesta advertència perquè ens sembla sorprenent que només el 2,9% de tot el col·lectiu, 35 persones, estiguin en règim de residència, quan és de tothom conegut un certs tipus d'equipaments que acull a quasi-perpetuïtat la majoria dels deficients atesos.

Quant a la qüestió de les beques, omitem qualsevol anàlisi ja que de les dades què disposem no responen a la realitat que nosaltres volíem analitzar. Se'ls ha demanat quants tenien beca amb l'in

tent que responguessin quants eren beneficiaris de les 3.000 Pts en canvi, moltes de les institucions han entès per "becaris" els que rebien, o no rebien, ajudes per menjador, transport, ...

1.6.- L'entorn familiar

No disposem de dades sòcio-econòmiques que permetin dibuixar el perfil dels nuclis familiars en aquest aspecte, que creiem seria molt important poder precisar. Però elements del tot necessaris per portar a terme aquesta anàlisi com són professió i treball dels pares, ingressos mensuals, règim de tinença i tipologia de la vivenda ... no ha estat possible obtenir-les a partir de les fitxes personals que ens han facilitat les diferents institucions. Ens limitarem a una descripció de l'entorn familiar, edat dels pares, lloc que el deficient ocupa dins el conjunt dels germans i l'existència o no d'altres disminuïts a la família.

1.6.1.- Composició familiar

Tenint en compte que el nombre de membres per família, els nuclis dels quals formen part els 1.195 deficients del col·lectiu que estem analitzant presenten la següent distribució:

- Sols	11	0,9 %
- 2 M/Família	62	5,2
- 3 M/Família	208	17,4
- 4 M/Família	337	28,2
- 5 M/Família	235	19,7
- 6 M/Família	145	12,1
- 7 M/Família	57	4,8
- 8 M/Família	24	2,-
- 9 M/Família i més	38	6,5

T O T A L

1.195

100,- %

Les persones soles responen a deficients que no tenen cap familiar directe i passen la seva vida en residències.

Els que són dos germans per família, responen a la situació creada per l'existència del pare o de la mare, o un germà, i la persona deficient. Aquesta situació la trobem majoritàriament en persones deficients adultes, que o bé ja no tenen pares i contenen únicament amb un germà, o bé només queda el pare i en el major nombre de vegades és la mare vella la que es queda.

El gruix fort dels nuclis familiars ens ve donat pels constituents per 4, 5 i 6 membres, que normalment vol dir el matrimoni i dos tres o quatre fills; aquesta és la situació que presenten el 60% de les famílies. Els nuclis familiars amb 5 i més fills representen el 10 % de tot el col·lectiu que estem analitzant.

S'ha intentat obtenir les dades que ens poguessin ajudar a situar al deficient en el context familiar, a saber quin lloc ocupa entre els germans. Les dades obtingudes no permeten oferir resultats científicament fiables. En el 8,9 % dels casos no ens consta cap dada referent a la situació, i en el 46 % és impossible situar el deficient en el context dels altres germans, perquè les dades, o bé són incompletes o bé són inconnexes. Resumint, en el 54,9 % dels casos ens trobem amb manca de dades.

El que sí creiem interessant, a nivell purament indicatiu, és fer esment que en el 16,7 % dels casos en què ha estat possible efectuar l'anàlisi, el deficient és el germà petit. Tenint present la composició dels nuclis familiars on hem pogut constatar una presència important de famílies nombroses, no seria extravagant pensar en pares ja més o menys grans, l'edats dels quals afavorís el fet de la presència de la Síndrome de Down.

La presència d'altres persones deficients en la família, solament s'ha pogut constatar en 29 casos; d'aquestes famílies són 26 les que tenen un altre deficient i tres les que en tenen dos. La majoria de vegades és un altre germà, però altres vegades no ens consta si és el pare, mare o bé algun altre familiar.

1.6.2.- Edat dels pares

Tothom sap la importància que es dóna a l'edat de la mare, quan es tracta de la prevenció de la subnormalitat. Aquest és el motiu principal que ens ha portat a l'anàlisi de quina era la situació al respecte dels pares d'aquests 1.195 deficientes.

En primer lloc, a partir d'uns grups d'edat, donarem una visió general, aprofundint tot seguit en la situació de la mare en particular. Aquesta dada ens manca en un bon nombre de famílies, però la dificultat de saber si els "no consta" responien a què els qui van omplir les fitxes no sabien les edats dels pares, o bé a què els pares (un dels dos) era difunt, ens ha obligat a donar els percentatges tenint en compte únicament els qui ens han facilitat les dades.

Aquesta absència de les dades referents a les edats dels pares és molt més notòria quan es tracta del pare (244 casos) que quan es tracta de la mare (134 casos). No tenim elements que ens permetin una explicació raonable d'aquest fet. Es tracta de mares soles, sigui per abandó, solteria o viduitat ?.

El quadre global a partir de les dades que ens consten és com segueix:

	Pare		Mare	
- Menys de 30 anys	42	4,-%	85	7,3%
- de 31 a 50 anys	568	54,3	652	56,4
- de 51 a 65 anys	349	33,4	338	29,2
- més de 65 anys	87	8,3	81	7,-

Aquestes dades reflecteixen una visió normal de la parella des de la perspectiva socialment acceptada. La dona més jove que l'home, això queda reflectit en què en les edats joves els índex de les mares són més elevats i en les dades madures s'inverteix aquest ordre. Aquesta és una visió global que en absolut invalida l'existència de situacions diferents.

L'edat de la mare és la que juga un paper més important en la qüestió d'un risc cada vegada més notable a partir dels 35 anys.

Fins que correlacionem les edats de les mares amb les edats dels seus fills deficientes no podrem fer una aproximació valorativa de la possible incidència que aquest fet ha tingut en la presència d'un deficient a la família. Parlem d'una possible incidència, ja que són altres professionals els que en cada cas han de diagnosticar. Nosaltres constatem un fet i les circumstàncies que es donen en aquest fet.

El que sí podem dir és que el 69,5% de les mares tenen més de 40 anys. D'aquestes el 47,8% té entre 40 i 50 anys, el 23,3% té entre 51 i 60 anys, el 9,9% entre 61 i 70, i, finalment, el 3% té més de 70 anys.

En certa mesura podem estimar que la presència de mares en edat una mica madura a l'hora de concebre el fill és una situació possible en aquest col·lectiu, més si tenim present les edats dels fills. Aquests presenten una mitjana d'edat de 17 anys. Totes aquestes estimacions les haurem de confirmar o desmentir en les anàlisis posteriors.

Fins aquí la visió global a partir de les dades que ens han estat facilitades. Malgrat les deficiències, i a vegades també incoherències, hem avançat en el coneixement de les característiques de les persones deficientes d'aquest sector del Vallès Occidental. Una valoració més qualitativa d'aquest col·lectiu és la que intentarem portar a terme tot seguit a partir de les correlacions de les diferents variables.

2.- Els aspectes més significatius de les institucions segons les persones acollides

L'anàlisi descriptiu i general que hem fet en l'anterior capítol ens pot servir com a punt de referència, per veure quins són els aspectes més significatius de cada una de les institucions del sector que acullen disminuïts.

Les dades fins ara tingudes en compte ens han marcat els patrons per dibuixar la imatge del col·lectiu, cal veure com aquesta globalitat queda emmarcada en cada una de les institucions, accentuant els trets que més les signifiquen en relació amb la globalitat.

Malgrat que podriem incloure aquests aspectes singulars en el marc de l'anàlisi global, ens ha semblat molt més clarificador aquest tractament per separat. La manera més expressiva de mostrar-los, creiem que és amb els quadres sintetitzadors de les dades que facilitaran una lectura ràpida i diàfana de la realitat que es pretén donar a conèixer.

En el quadre signifiquem els índexs dels centres que sobresurten en les variables indicades i en els aspectes concrets de cada una d'aquestes variables. Això no obsta perquè alguns dels altres aspectes també hi siguin presents. Tenim en compte únicament els índexs de cada centre que se situen per sobre dels índexs global del col·lectiu. Quan no donem constància d'aquests índexs, és o bé perquè segueixen la tònica general o bé perquè són inferiors a la mateixa. En els quadre núm. 1 tenim en compte les variables de sexe i l'edat en els seus diferents grups.

La lectura del quadre núm. 1, en que es fa referència al sexe, i sense perdre mai de vista la perspectiva de la globalitat, ens indica clarament quines són les institucions en les quals les noies hi tenen una presència més rellevant. Són pocs els centres en què les noies constitueixen majoria: a la Cooperativa Estel, 56,5% són noies, als Tallers Jeroni de Moragas, el 51,9%. Són els únics centres en què hi observem una presència majoritària de noies. Els altres centres, malgrat que alguns superin l'índex global, sempre acullen a més nois que noies.

Aquesta situació era molt esperable donats els índexs que l'anàlisi global ens mostrava. No hem fet cap menció especial dels Hospitals Psiquiàtrics, entre altres raons perquè tenen dedicacions molt determinades per un o altre sexe.

Dels diferents grups d'edat, també el quadre ens tipifica les institucions a partir dels grups que hi són més presents. Algunes,

poques, queden molt ben definides. El Centre d'Estimulació Precoç de la Clínica Infantil del Nen Jesús està clarament en funció de les edats pre-escolars; en les edats escolars cal situar en primer lloc el Xaloc amb el 93,6% en edat escolar, l'escola Jeroni de Moragas amb el 86,5%, i entre el 70% i 75%, Santa Gemma - Bellapart i Centre Arimon.

Les dificultats d'establir uns criteris rígids, donades les característiques del col·lectiu que tractem, fa que encara sigui més difícil delimitar amb precisió uns espais d'edat per a cada institució malgrat que la seva activitat sigui docent. Per això, a més d'un centre, les persones assistides de 15 - 18 anys, hi tenen una presència rellevant: Santa Gemma - Bellapart, Xalest, etc. Aquest grup d'edat pot cavalcar tant amb el grup de 6 - 14 com amb el grup de 19 - 40.

No serà tant l'edat l'element a tenir en compte com les possibilitats del deficient de cara a un aprenentatge.

De les edats que podríem dir-ne adultes, 19 - 40 anys, hi trobem per una part els centres tallers, Cooperativa Estel, Taller Jeroni de Moragas, Aspasur, Cipo, Ona, ... o també els centres d'esplai com el Club Estona ... Estem assenyalant tendències que l'anàlisi de les dades ens indiquen i que és molt important de tenir-les presents a l'hora de pensar en planificacions.

Amb les dades que tenim a la mà, sembla molt evident que els majors de 40 anys només tenen els recursos dels Hospitals Psiquiàtrics, els que popularment en diem "els manicomis o Hospital de bogos", o les residències com Montserrat Montero. Més il·lustratiu de tot el comentari que acabem de fer, és el quadre de les mitjanes d'edat de cada una de les institucions i centres del sector. Aquesta dada específica la tendència de l'escola, taller, esplai, ... pel que fa referència a les edats de les persones acollides.

QUADRE NÚM. 1

Institucions	Sexe		Grups d'edat					
	H	D	-5	6-14	15-18	19-40	- 40	
Es. Precoç N.J.		42,-	96,-					
Sta Gemma - B.	69,3			73,3	24,6			
Xaloc		40,4		93,6				
C.E.E. Aspanias	70,-		37,5	62,5				
E.J. de Moragas		51,9		86,5				
Flor de Maig	76,-				93,7			
Clar Horitzó					27,3	54,5		
Aspasur	70,6					85,3		
Tallers Ona		40,-			30,-	70,-		
Tallers J. Moragas		51,7				89,3		
Cipo						82,8	4,6	
Centre Arimon	46,7		75,-					
Inst. M. Montero		40,1				63,6	6,9	
Coop. Estel		56,5				100,-		
C. Sant Medir	66,7					53,3		
Club Estona		46,7				80,-		
Asdi		48,6		37,1	22,9			
H.P.N. Sra Monts.	100,-							66,7
H.P.N. Sra Dolors		100,-						66,7
Inst. Pere Mata						75,-		25,-
G L O B A L	60,7	39,3	10,4	28,5	18,6	38,7		2,9
Xalest	88,2			41,2	58,8			
La Gavina	73,5			79,4				
C. Bellaire		40,-		75,-				
J. Pedragosa	100,-			87,5				

CENTRE	MITJANA D'EDAT
1. Es. Precoç N.J.	3 anys d'edat mitjana
2. Santa Gemma-Bellapart	11 anys d'edat mitjana
3. Xaloc	10 anys d'edat mitjana
4. C.E.E. Aspanias	6 anys d'edat mitjana
5. Escola J. de Moragas	11 anys d'edat mitjana
6. Flor de Maig	16 anys d'edat mitjana
7. Tallers Ona	23 anys d'edat mitjana
8. Clar Horitzó	22 anys d'edat mitjana
9. Aspasur	22 anys d'edat mitjana
10. Taller J.Moragas	26 anys d'edat mitjana
11. Cipo	25 anys d'edat mitjana
12. Centre Arimon	11 anys d'edat mitjana
13. Institució M. Montero	24 anys d'edat mitjana
14. Cooperativa Estel	26 anys d'edat mitjana
15. Centre Sant Medir	20 anys d'edat mitjana
16. Club Estona	25 anys d'edat mitjana
17. Asdi	15 anys d'edat mitjana
18. H.P. N.S.Montserrat	54 anys d'edat mitjana
19. H.P. N.S.Dolors	43 anys d'edat mitjana
20. Inst. Pere Mata	35 anys d'edat mitjana
21. Xalest	15 anys d'edat mitjana
22. La Gavina	10 anys d'edat mitjana
23. C. Bellaire	12 anys d'edat mitjana
24. J. Pedragosa	12 anys d'edat mitjana
EDAT MITJANA GLOBAL	17 ANYS

La tendència de les institucions existents queda molt clara a partir del llistat anterior. El pes fort està en els grups d'edat compresos abans dels 18 anys, el que significa una dedicació forta a l'ensenyament i formació al nivell que sigui, malgrat que els esforços per cobrir una part de les edats, que hem classificat com adultes, també hi són presents. Segons les dades anteriors els que més han assumit la qüestió del deficient adult són sens cap mena de dubte, la Cooperativa Estel i el Taller Jeroni de Moragas, seguits per Cipo, Tallers Ona i en l'aspecte d'esplai i temps lliure el Club Estona. Queda penjada a l'aire la perspectiva de futur de la gran majoria de deficients atesos en les institucions del sector.

2.1.- Les institucions al servei de la comarca

Aquesta és una de les qüestions importants que es volien analitzar, i que es van proposar a l'hora de projectar l'estudi.

Els resultats obtinguts són fruit d'una correlació de les dues variables que fan referència, per una part, al col·lectiu atès per cada una de les institucions, i per altra, el lloc de residència de cada una de les persones d'aquestes institucions. Aquesta correlació ens permet una doble lectura de la situació. Si tenim en compte els municipis del sector, veurem quins són els recursos que han trobat per solucionar el seu problema i quins d'aquests recursos són els més utilitzats; si tenim en compte els equipaments veurem en quina proporció hi són presents, dins del col·lectiu, els diferents municipis del sector que els utilitzen. Els quadres expressen a nivell de municipis (quadre núm 2) i a nivell d'institucions (quadre núm 3), tot això. Com sempre, ho expressem en nombres relatius ja que a nivell d'anàlisi són molt més valoratius que no pas els nombres absoluts.

Hem separat expressament els municipis que configuren el sector, de les altres àrees geogràfiques. D'aquesta manera, queda molt més clara gràficament la funcionalitat dels equipaments tant en un sentit com en un altre.

MUNICIPIS	Sabadell	St. Quirze	Barberà	Cerdanyola	Ripollet	St. Cugat	Montcada	Sta Perpètua	Sentmenat	Palau Plegamans	Castellar V.	St. Llorenç S.	Polinyà	Ciutat Badia	Resta V. Occ.	Barna ciutat	Barcelonès	Baix Llobregat	Valles Or.	Resta Catalunya	Pora Catalunya
Centre M. Prev.	10,6	12,5	11,9	11,7	11,8	3,1	-	10,5	33,3	-	13	50	-	125	13,9	-	-	-	12,5	11,5	-
Sta Gemma	17,4	-	26,2	4,3	-	1,6	3,7	26,3	16,7	-	17,4	-	50	18,7	-	-	-	-	-	-	-
Xaloc	12,8	11,5	23,8	8,5	17,6	3,1	-	5,3	-	-	17,4	-	-	21,9	2,8	-	10,6	-	34,4	-	-
CEE Aspanias	0,7	-	-	-	-	4,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9,8	-	-	-	-
E. J. Moragas	0,2	-	9,5	21,3	23,4	-	51,9	-	-	-	-	-	-	15,6	-	-	-	-	-	-	-
Flor de Maig	3,3	-	7,1	18,1	-	4,7	11	-	-	-	-	-	-	3,1	-	-	-	-	-	-	-
Clar Horitzó	2,2	-	-	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8,3	17,9	1,6	-	6,3	1,9	-
Aspasur	-	-	2,4	14,9	23,5	-	38,3	-	-	-	-	-	-	6,3	-	-	-	-	-	-	-
Tallers Ona	-	-	-	1,1	2,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
T. J. Moragas	-	-	-	-	-	17,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17,5	-	5,9	-	-	-
Cipo	27,7	25	4,8	1,1	2,9	-	-	26,3	33,3	-	30,4	33,3	25	6,3	5,6	-	-	-	3,1	-	-
C. Arimon	6,2	-	9,5	4,3	11,8	4,7	-	5,3	-	-	8,7	-	-	-	16,7	1,1	-	-	3,1	-	-
I. M. Montero	3,3	-	-	6,4	2,9	4,7	-	5,3	-	-	8,7	-	-	-	27,8	24,7	70,5	76,5	37,5	67	50
C. Estel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8,7	-	-	-	-	-
C. S. Medir	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,6	8,4	4,9	-	-	-	37,5
C. Estona	5,7	12,5	-	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-	25	-	5,6	8,4	4,9	-	-	-	37,5
Asdi	-	-	-	-	-	51,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HPNS Monts.	0,2	-	2,4	2,1	-	1,6	-	-	50	-	-	-	-	-	5,6	-	-	-	-	-	-
HPNS Dolors	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
I. Pere Mata	2	-	2,4	-	-	-	-	5,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Xalest	3,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	-	-	-	-	-
La Gavina	3,1	37,5	-	3,2	2,9	3,1	-	15,8	-	-	-	-	-	9,4	1,1	-	-	-	3,1	-	-
C. Bellaire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,8	4,2	9,2	5,9	-	1,9	12,5
J. Pedragosa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,1	-	3,4	4,9	11,3	-	17,3	-

Les tres institucions hospitalàries ubicades fora de l'àrea d'estudi només les fem constar quan es tracta dels municipis del sector, ja que solament ens han interessat els internats veïns d'aquests municipis.

Si analitzem la realitat des de l'òptica del municipi, ens trobem amb el següent panorama:

SABADELL : Té el seu col·lectiu de deficients distribuïts en 16 institucions i per aquest ordre d'importància:

- Tallers Cipo	27,7%
- Santa Gemma-Bellapart	17,4
- Xaloc	12,8
- Estimulació Precoç	10,6
- Centre Arimon	6,2
- Club Estona	5,7
- Clar Horitzó	1,5
- Int. M. Montero	1,5
- Flor de Maig	1,5
- Xalest	1,5
- La Gavina	1,5
- H.P.Ntra Sra dels Dolors	1,5
- Inst. Pere Mata	1,5
- C.E.E. Aspanias	menys de 1,1
- Escola J. de Moragas	menys de 1,1
- H.P. Ntra Sra de Montserrat	menys de 1,1

SANT QUIRZE DEL VALLES : Té deficients en 5 centres:

- La Gavina	37,5
- Cipo	25,-
- Club Estona	12,5
- Xaloc	12,5
- Estimulació Precoç	12,5

BARBERÀ : Són 10 les institucions que reben o acullen els deficients de Barberà:

- Santa Gemma-Bellapart	26,2%
- Xaloc	23,8
- Estimulació Precoç	11,9
- Centre Arimon	9,5
- Es. Jeroni de Moragas	9,5
- Flor de Maig	7,1
- Cipo	4,8
- Aspasur	2,4
- H.P.Ntra Sra Montserrat	2,4
- Inst. Pere Mata	2,4

CERDANYOLA : Després de Sabadell, és el municipi amb el ventall més ampli d'institucions que acullen els seus deficients. Un total de 14.

- Escola J. de Moragas	21,3%
- Flor de Maig	18,1
- Aspasur	14,9
- Estimulació Precoç	11,7
- Xaloc	8,5
- Inst. M. Montero	6,4
- Santa Gemma-Bellapart	4,3
- Centre Arimon	4,3
- La Gavina	de 1,1 al 4,-
- Club Estona	de 1,1 al 4,-
- H.P. Ntra Sra Montserrat	de 1,1 al 4,-
- Clar Horitzó	de 1,1 al 4,-
- Tallers Ona	de 1,1 al 4,-
- Cipo	de 1,1 al 4,-

RIPOLLET : També en aquest municipi són nombrosos els centres que s'han buscat: 9 en total.

- Aspasur	28,9%
- Esc. Jeroni de Moragas	23,5
- Xaloc	17,6
- G. Arimon	11,8
- Estimulació Precoç	11,8
- Inst. Montserrat Montero	2,9
- Tallers Ona	2,9
- Cipo	2,9
- La Gavina	2,9

SANT CUGAT : Els 11 centres que atenen les necessitats d'aquest municipi es distribueixen de la següent manera:

- Asdi	51,6%
- Taller J. de Moragas	17,2
- Inst. M. Montero	4,7
- Flor de Maig	4,7
- Centre Arimon	4,7
- C.E.E. Aspanias	4,7
- Santa Gemma-Bellapart	menys del 4,-
- Xaloc	menys del 4,-
- La Gavina	menys del 4,-
- Estimulació Precoç	menys del 4,-
- H.P. Ntra Sra Montserrat	menys del 4,-

MONTCADA : Són 4 els centres on s'hi acullen els deficients de la població:

- Escola J. de Moragas	51,9%
- Aspasur	33,3
- Flor de Maig	11,1
- Santa Gemma - Bellapart	3,7

SANTA PERPETUA : Tot i que té la meitat de població que Montcada, ha necessitat el doble d'institucions, 8 en total.

- Santa Gemma-Bellapart	26,3%
- Cipo	15,8
- La Gavina	10,5
- Estimulació Precoç	5,3
- Inst. Montserrat Montero	5,3
- Centre Arimon	5,3
- Xaloc	5,3
- Inst. Pere Mata	5,3

SENTMENAT : Són 4 els centres que acullen els deficients d'aquest municipi.

- Cipo	33,3%
- Estimulació Precoç	33,3
- Santa Gemma-Bellapart	16,7
- Centre Arimon	16,7

PALAU DE PLEGAMANS : Els dos únics centres en què s'hi acullen els deficients de la població són:

- H.P. Ntra Sra de Montserrat	50,-
- Inst. Pere Mata	50,-

CASTELLAR DEL VALLÈS : Els 6 centres són els següents :

- Cipo	30,4%
- Xaloc	17,4
- Santa Gemma - Bellapart	17,4

SANT LLORENÇ SAVALL : Són tres els centres que atenen les necessitats :

- Estimulació Precoç	50,-
- Cipo	33,3
- Centre Arimon	16,7

POLINYA : També són 3 i amb aquest ordre d'importància :

- Santa Gemma-Bellapart	50,-%
- Club Estona	25,-
- Cipo	25,-

CIUTAT BADIA : Malgrat que no consti com a municipi, les institucions i centres ens han fet constar els deficients que els acollien i que eren residents de Ciutat Badia. És possible que alguns constin com a veïns de Barberà o Cerdanyola, però els que se'ns confirmen de Ciutat Badia estan acollits en les 10 institucions següents:

- Xaloc	21,9%
- Santa Gemma-Bellapart	18,7
- Estimulació Precoç	12,5
- Escola J. de Moragas	15,6
- La Gavina	9,4
- Aspasur	6,3
- Cipo	6,3
- Flor de Maig	3,1
- Centre Arimon	3,1
- Josep Pedragosa	3,1

Fins aquí els municipis que formen el sector geogràfic de l'estudi. Els centres que més quantitat de municipis atenen són: Estimulació Precoç, Cipo, Santa Gemma-Bellapart, Centre Arimon, i després Xaloc i la Gavina. Això no vol dir que aquests centres atenguin únicament a deficients del sector. El que es pot apreciar en llistat anterior, és la importància que per cada municipi tenen els diferents centres.

A continuació fem relació de les altres àrees geogràfiques que utilitzen els serveis existents en el sector que estem estudiant.

RESTA VALLES OCCIDENTAL : Aquesta àrea utilitza els equipaments del sector en l'ordre següent:

- Inst. Montserrat Montero	27,8
- Centre Arimon	16,7
- Estimulació Precoç	13,9
- La Gavina	11,1
- C.E. Especial Aspanias	10,6
- Flor de Maig	8,3
- C. Sant Medir	5,6
- Asdi	5,6
- Cipo	5,6
- Bellaire	2,8
- Xaloc	2,8

BARCELONA-CIUTAT : Té el col·lectiu repartit de la següent manera:

- Cooperativa Estel	8,7%
- Inst. Montserrat Montero	24,7
- Flor de Maig	17,9
- Tallers J. de Moragas	17,5
- C.E. Especial Aspanias	9,8
- C. Sant Medir	8,4
- Tallers Ona	menys del 5,-
- Centre Arimon	menys del 5,-
- Xalest	menys del 5,-
- C. Bellaire	menys del 5,-
- Josep Pedragosa	menys del 5,-

BARCELONÈS : Els municipis que configuren aquesta comarca utilitzen els serveis del sector per aquest ordre:

- Inst. Montserrat Montero	70,5%
- C. Bellaire	8,2
- C. Sant Medir	4,9
- Josep Pedragosa	4,9
- Flor de Maig	1,6

BAIX LLOBREGAT : També aquesta comarca cobreix part de les seves necessitats d'atenció als deficients amb els equipaments del sector.

- Inst. Montserrat Montero	70,5%
- C. Bellaire	8,2
- C. Sant Medir	4,9
- Josep Pedragosa	4,9
- Flor de Maig	1,6

VALLÈS ORIENTAL : És la comarca veïna del sector que estudiem i no és estrany que utilitzi els seus equipaments i serveis.

- Xaloc	34,4
- Inst. Montserrat Montero	37,5
- Estimulació Precoç	12,5
- Flor de Maig	6,3
- Centre Arimon	3,1
- Cipo	3,1
- La Gavina	3,1

RESTA DE CATALUNYA : Els deficients ubicats en la resta del país i que utilitzen els serveis del sector ho fan per aquest ordre:

- Inst. Montserrat Montero	67,3%
- Josep Pedragosa	17,3
- Estimulació Precoç	11,5
- C. Bellaire	1,9
- Flor de Maig	1,9

FORA DE CATALUNYA : El petit grup de la resta de l'Estat que s'ha acollit en centres del sector presenta aquest ordre:

- Inst. Montserrat Montero	50,-
- C. Sant Medir	37,5
- C. Bellaire	12,5

Ens apareixen uns centres als quals hi són totalment absents les persones procedents d'aquestes àrees geogràfiques: Club Estona, Clar Horitzó, Aspasur, Santa Gemma-Bellapart, Escola Jeroni de Moragas.

Uns altres centres en què sí que hi són, però de manera molt minsa i poc rellevant; Cooperativa Estel, Tallers Ona, Xaloc, Asdi, C.E.E. Aspanias, Tallers J. de Moragas, Cipo i Centre Arimon. I en darrer lloc, uns altres centres en què hi són presents de manera notòria i quasi massiva, Inst. Montserrat Montero, Flor de Maig, C. Sant Medir.

Tot això són elements a tenir en compte per fer una valoració d'aquests equipaments i serveis pel que fa a la seva funcionalitat respecte al sector geogràfic que estem estudiant. En tota aquesta anàlisi anterior hem partit del municipi, i de com aquest ha anat col·locant les persones deficientes, i amb quines mesures els ha anat col·locant en cada una de les institucions. Però això no vol dir, pel fet que un municipi tingui, per exemple, el 60% dels seus deficientes en una institució, que els acullits en aquesta institució siguin majoritàriament d'aquest municipi. Pot molt ben ésser aquest 60% respongui a 2 o 3 persones i en canvi el 20% d'un altre municipi respongui a 30 o 40 persones.

Els quadres que oferim a continuació fan possible aquesta altra lectura de les dades. Quin és el pes, dins de cada una de les institucions dels diferents municipis, queda molt ben reflectit en els índexs i pensem que no cal un nou llistat per entendre quin és el pes quantitatiu, dins de cada institució, dels deficientes provinents dels diferents municipis i àrees geogràfiques foranes.

El traçat funcional dels equipaments i serveis, que potser de bon començament intuïem, queda molt més delimitat a partir d'aquestes dades.

2.2.- Els nivells de disminució de les persones ateses

Aquest és un dels aspectes més confusos que hem trobat en el capítol primer, quan portàvem a terme l'anàlisi institucional. L'aigua barreig que allà descobríem feia totalment impossible una clarificació mínimament ordenada i coherent dels equipaments i serveis en funció de la seva dedicació a uns nivells o graus de disminució.

L'anàlisi de les dades personals ens permet un aclariment i ens facilita un coneixement més realista de quina és la situació.

MUNICIPIIS	Sabadell	St. Quirze	Barberà	Cerdanyola	Ripollet	St. Cugat	Montcada	Sta Perpètua	Sentmenat	Pelau Plegamans	Castellar V.	St. Llorenç S.	Polinyà	Ciutat Badia	Resta V. Occ.	Barna ciutat	Barcelonès	Baix Llobregat	Vallès Or.	Resta Catalunya	Fora Catalunya
Centre M.Prev.	48	1	5	11	4	2		2	2		3	3		4	5				4	6	
Sta Gemma	69,3		9,6	3,5		0,9	0,9	4,4	0,9		3,5		1,8	5,3					10,1		
Xaloc	53,2	0,9	9,2	7,3	5,5	1,8		0,9			3,7			6,4	0,9	70	15				
CEE Aspanias	7,5					7,5															
E.J.Moragas	1,7		7,7	38,5	15,4		26,9							9,6		49	1		2,1	1	
Flor de Maig	15,6		3,1	17,7		3,1	3,1							1	3,1						
Cler Horitzó	90,9			9,1																	
Aspesur			2,9	41,2	23,5		26,5							5,9		80					
Tallers Ona				10	10													1,7			
T.J.Moragas	1,9		7,7	38,5	15,4		26,9							9,6		79,3					
Cipo	81,6	1,3	1,3	0,7	0,7			3,3	1,3		4,6	1,3	0,7	1,3	1,3	5			0,7		
C.Arimon	46,7		6,7	6,7	6,7	5		1,7	1,7		5	1,7	1,7	1,7	10	5			1,7		
I.M.Montero	7,1		2,9	0,5	1,4			0,5			1				4,8	31	20,5	6,2	5,7	16,7	1,9
C.Estel																100					
C.S.Medir															6,7	73,3	10				
C.Estona	86,7	3,3		6,7									3,3								
Asdi				33,3		94,3															
HPNS Monts.	16,7		16,7			16,7			16,7												
HPNS Dolors	100																				
I.Pere Mata	75																				
Xalest	94,1									16,7											
La Gavina	41,2	8,8	8,8	2,9	5,9			8,3						8,8	11,8	5,9			2,9		
C.Bellaire															5	55	25	5		5	5
J.Pedragosa																37,5	12,5	8,3		37,5	8,3

2.2.1.- Els profunds. Q.I. menys de 20

Aquest nivell de disminució, els profunds, que segons el DSM III necessita una atenció constant i permanent, ja que les seves possibilitats en qualsevol edat són limitadíssimes o bé nul·les, el trobem en les següents institucions:

- Inst. Montserrat Montero: que acull el 17% del col·lectiu que analitzem i té el 66,1% dels profunds.

- Centre Arimon: que acull el 4,7% del col·lectiu i té el 19,5% dels profunds

- Centre Sant Medir: que acull el 2,3% del col·lectiu i té el 2,5% dels profunds.

- C.E. Especial Aspanias: que acull el 3% del col·lectiu i té el 5,9% dels profunds.

Aquests quatre centres són els que despunten i es tipifiquen per l'atenció als disminuïts profunds. És clar que d'aquests quatre centres el que està realment al servei de l'àrea d'estudi és el centre Arimon, els altres tres tenen una funció més àmplia i en alguns casos cap incidència en la comarca. De manera puntual trobem també profunds a Tallers Cipo, Santa Gemma-Bellapart, Tallers Jeroni de Moragas i per suposat en els H. Psiquiàtrics de fora de l'àrea d'estudi.

2.2.2.- Greus o severs. Q.I. de 20 a 35

Segons l'informe anteriorment esmentat, aquest tipus de deficients poden aprendre a parlar i adquirir hàbits bàsics d'higiene en les edats escolars, i en les edats madures poden portar a terme algunes tasques simples sota una estreta supervisió.

Les institucions en què aquests tipus de deficients hi tenen una incidència relativa més significant són:

- Tallers Cipo: que acull el 11,3% dels disminuïts i té el 22,5% dels deficients greus o severs.

- Tallers Jeroni de Moragas: amb un 4,5% de tot el col·lectiu acull el 11,5% dels greus o severs.

- C. Sant Medir: aqull el 2,3% del col.lectiu i el 7,9% de greus.
- Aspasur: el 2,7% del col.lectiu i el 7,9% dels greus.
- Tallers Ona: el 0,8% del col.lectiu i el 3,1% dels greus o severs.
- Escola J. de Moragas: el 4,1% del col.lectiu i el 15,8% dels severs o greus.
- Asdi: el 2,7% dels disminuïts i el 3,7% dels greus o severs.
- Centre E.E. Aspanias: el 3% i el 3,7% respectivament.

Aquests vuit centres queden significats per la presència relativament important dels deficients greus o severs. La majoria d'aquestes institucions, concretament les 5 primeres, són tallers o centres per adults, la mitjana d'edat d'aquests centres és sempre superior als 20 anys. Els altres tres centres, els darrers, són específicament per edats escolars, si exceptuem Asdi que té una mitjana d'edat de 15 anys.

La funcionalitat de cada un d'aquests equipaments de cara a cobrir les necessitats del sector, han estat analitzades ja en l'apartat anterior.

També altres institucions acullen i tracten deficients greus o severs, però el pes relatiu no és tan important com en les anteriorment esmentades. Així tenim que el Centre Montserrat Montero, tot i tenir un índex important de greus i severs, és molt més important respecte als profunds. Les altres institucions en què també hi trobem aquesta tipologia de deficients, són per ordre d'importància: Santa Gemma-Bellapart, Cooperativa Estel, Clar Horitzó, Club Estona, Centre Arimon, Estimulació Precoç i Flor de Maig.

De les institucions ubicades fora del sector de l'estudi, és en l'Inst. Pere Mata on hi trobem la presència més significativa, seguida de l'H. Ntra Sra dels Dolors.

2.2.3.- Els moderats. Q.I. de 36 a 50

Aquest és el nivell que el DSM III qualifica com entrenable i amb unes possibilitats, encara que molt minses, en cada un dels grups d'edat. Entrem en un nivell de disminució psíquica que estadísticament es presumeix ja més nombros. Les institucions, equipaments i serveis que més es signifiquen per la presència relativa d'aquests deficients són:

- Santa Gemma-Bellapart: acull un 8,9% del col·lectiu i té el 24,6% dels moderats.
- Cooperativa Estel: 1,8% del col·lectiu i el 6,6% dels moderats.
- Aspasur: el 2,7% del col·lectiu i el 6,6% dels moderats
- Taller J. de Moragas: el 4,5% del col·lectiu i el 8% dels moderats.
- Tallers Cipo: el 11,3% del col·lectiu i el 13,8% dels moderats.
- Club Estona: el 2,3% i el 14,2% respectivament.
- Clar Horitzó: el 0,9% i el 1,7% respectivament.
- C.E.E. Aspanias: el 3% i el 4,2% respectivament.
- Asdi: el 2,7% i el 3,1% respectivament.

També en aquest grup, priven les institucions que tenen les edats mitjanes, pròpies d'adults, malgrat que la institució que té l'índex relatiu més elevat sigui l'escola Santa Gemma-Bellapart.

Altres equipaments i serveis que atenen o acullen deficients d'aquests Q.I., són per ordre d'importància: Flor de Maig, Tallers Ona, Xaloc, Estimulació Precoç i Centre Arimon.

En les institucions ubicades fora del sector, en totes hi trobem deficients d'aquests nivells, en primer lloc l'Ins. Pere Mata, seguit de l'H.P. Ntra Sra de Montserrat, i en darrer lloc l'H.P. Ntra Sra dels Dolors.

2.2.4.- Deficients lleus. Q.I. de 51 a 70

Aquest és el nivell dels educables i el grup estadísticament més nombrós. Tant en les primeres edats, com en les edats escolars o també a nivell d'adults, tenen possibilitats d'integració o adaptació molt notables.

La presència d'aquesta tipologia té una rellevància significativa en les següents institucions:

- Xaloc: acull el 8,5% del col·lectiu i el 22,4% dels deficients lleus.
- Flor de Maig: el 7,5% del col·lectiu i el 20,1% dels deficients.
- Estimulació Precoç: el 7,7% i el 14,7% respectivament.
- Tallers Cipo: el 11,3% i el 13% respectivament.
- Es. J. de Moragas: el 4,1% del col·lectiu i el 5,4% dels deficients lleus.
- Asdi: el 2,7% i el 5,4% respectivament.
- Club Estona: el 2,3% del col·lectiu i el 4% dels deficients lleus.

No podem dir que hi hagi un predomini clar d'equipaments per adults deficients lleus. El llistat precedent indica potser més clarament una tendència cap a les edats educacionals que possibiliten una major capacitació d'adaptació a la normalitat de la vida adulta, potser això explica la manca de serveis per adults deficients lleus. També trobem la presència d'aquests deficients lleus en les següents institucions i per ordre d'importància: Santa Gemma-Bellapart, Tallers Jeroni de Moragas, Tallers Ona, Clar Horitzó i la Cooperativa Estel.

2.2.5.- Deficients (?) amb Q.I. de més de 70

Malgrat que dins el col·lectiu que estem analitzant és un grup poc nombrós, cal veure quins són els equipaments que acullen aquesta tipologia.

- Xaloc: acull un 8,5% de la totalitat del col·lectiu i el 20% d'aquest grup.
- Flor de Maig: el 7,5% de la totalitat i el 20% d'aquest grup.
- Cipo: un 11,3% i un 20% respectivament.
- Club Estona: un 2,3% i un 5,9% respectivament.
- Clar Horitzó: Un 0,9% i un 3,5% respectivament.
- Asdi: un 2,7% i un 3,5% respectivament.
- Escola J. de Moragas: un 4,1% i un 4,7% respectivament.

En totes les institucions esmentades hi trobem, per una part escoles (Xaloc, Jeroni de Moragas) i per altra part centres d'aprenentatge laboral (Flor de Maig) i tallers ocupacionals (Cipo). Caldria veure fins a quin punt l'adaptació o integració d'aquestes persones és possible en altres llocs normalitzats, i si no es fa, quines en són les causes. La resta d'institucions que també acullen deficientes d'aquest grup, però amb la notorietat de les anteriors, són: C.E.E. Aspanias, Taller Jeroni de Moragas i Estimulació Precoç.

2.2.6.- Altres tipologies

Incloem en aquest apartat diferents nuclis, que per les seves pròpies característiques, no podien contemplar-se juntament amb els grups anteriorment analitzats.

- Les 129 persones classificades com a normals per les mateixes institucions i en referència al Q.I., aquestes institucions són, Xaloc i Josep Pedragosa que elles mateixes s'autodefineixen com equips i serveis per problemes de conducta o inadaptació social. El centre d'Estimulació Precoç també ens ha classificat un bon nombre de les seves persones ateses dins aquesta categoria de normals, encara que la major part d'elles són nens d'alt risc.

- Dins aquest apartat podem considerar-hi també les 34 persones acollides a l'escola La Gavina, amb Q.I. normal però amb diverses deficiències físiques.

- En darrer lloc, hi situem el Centre Bellaire, que acull a 20 autistes, i que constitueix un centre "únic" en el sector.

2.2.7.- Grau d'autonomia

El Q.I. és l'element universalment utilitzat a l'hora de classificar, tipificar i analitzar la realitat del món de la deficiència mental. Malgrat els seus pros i contres és l'instrument més idoni per l'homologació de dades. Hi ha, però, molts altres aspectes que queden al marge i que no es poden oblidar a l'hora de pensar i planificar serveis i equipaments per aquest col·lectiu de població. Pensem concretament en aquells aspectes molt primaris, però essencials per al desenvolupament normal de la vida quotidiana. Ens hem fixat concretament en aspectes tan vitals com són:

- Caminar sol
- Tenir necessitat de cadira de rodes
- Menjar sol
- Control d'esfínters

La manca de qualsevol d'aquestes capacitats exigeix una atenció molt individualitzada i per tant demana més personal que tingui cura dels afectats.

En el col·lectiu que nosaltres estem analitzant, hem trobat un 14% de persones que en algun dels aspectes esmentats, o també en més d'un a la vegada, no es valen per elles mateixes. És un índex aplicable únicament i exclusivament en el nostre cas concret. En absolut podem pensar en extrapolacions que permetin diagnosticar altres realitats. Les característiques més notòries d'aquest nucli amb manca d'un mínim grau d'autonomia les podem explicitar de la següent manera:

- Els més afectats els trobem, lògicament, en les institucions i centres que tenen els índexs més elevats de profunds i severs.

L'aspecte del nivell o grau d'autonomia més afectat és el que fa referència al control d'esfínters, seguit dels que no mengen sols.

- La immobilitat, no caminar sol, no implica necessàriament l'ús de cadira de rodes. Aquests darrers presenten índexs més baixos respecte als que no poden caminar sols.

Dels centres que es troben més afectats per la presència de persones amb aquestes deficiències, el que presenta la situació més deteriorada relativament parlant, no quantitativament, és el Centre Arimon, seguit del C. Sant Medir, C.E.E. Aspanias i Montserrat Montero.

- Aquesta mateixa situació es dona, encara que amb menys incidència, en centres com Santa Gemma-Bellapart i Asdi.

- Tota una altra qüestió és la que presenta la institució La Gavina -disminuïts físics- i el Centre Bellaire, per autistes. Aquest darrer presenta uns índexs notables de persones que no mengen soles i que no controlen esfínters.

Anteriorment apuntàvem la necessitat de pensar en aquest aspecte del grau d'autonomia, per tot el que comporta d'exigència en la planificació. Cal pensar també en les coincidències que agreugen notablement les situacions, com poden ésser, manca d'autonomia, Q.I. baix, possibles circumstàncies socials deteriorades, que totes juntes poden configurar unes realitats extremes, en el context ja problemàtic de la deficiència mental.

3.- Les poblacions de l'àrea d'estudi i el seu col·lectiu disminuït

La visió global del col·lectiu, els trets més significatius de les institucions, són aspectes que han estat objecte de les anàlisis anteriors. Però hi ha un altre centre d'interès i que no podem oblidar: les característiques d'aquesta població disminuïda, tenint en compte el seu lloc de residència, o bé tenint en compte també les edats, Q.I. i nivell d'autonomia; o també veure quina és la relació entre les edats dels disminuïts i les edats dels pares. Aspectes tots ells que creiem importants de conèixer en la perspectiva d'una planificació de serveis.

3.1.- Sexe i edat dels disminuïts segons el lloc de residència

Una de les constatacions més clares i evidents és l'índex baix de persones del sexe femení que hem trobat en l'anàlisi d'aquest col·lectiu. No sabem el perquè es dona aquesta situació, intuïm algunes raons de tipus social que poden provocar-la però res més.

Si ho recordem, de les 1.290 persones disminuïdes, el 62,1% són nois i el 37,9% són noies. Aquests són els índexs globals que afecten a tot el col·lectiu, però en algunes poblacions del sector geogràfic aquests índexs varien ostensiblement:

- Sant Cugat	48,4% de noies
- Santa Perpètua	52,6
- Sentmenat	50,-
- Castellar del Vallès	43,5
- Polinyà	50,-
- Ciutat Badia	50,-

Ens atenem únicament a l'àrea geogràfica que comprèn el nostre estudi i parlem dels disminuïts que conformen aquesta àrea. Al costat d'aquests municipis on hi trobem una presència més notable de noies, podem citar el municipi de Montcada, en què la presència femenina dins el col·lectiu de disminuïts presenta un índex baixíssim, el 29,6%.

Aquesta situació, ¿és deguda a una pura qüestió biològica o hi ha realment algun altre element que juga en el fet que la presència femenina en el món de la disminució psíquica sigui sempre minoritària?

Les edats del col·lectiu en la perspectiva global presentaven el següent quadre:

- de 0 a 5 anys	9,7%
- de 6 a 14 anys	32,9
- de 15 a 18 anys	19,-
- de 19 a 40 anys	35,8
- més de 40 anys	2,7

Mantenint aquests índexs com a punt de referència, exposem quins són els llocs que tenen una significació relativament més important

en cada un dels grups d'edat:

- de 0 a 5 anys: presenten uns índexs per damunt del global d'aquest grup:

Sabadell
 Sant Quirze
 Barberà
 Ripollet
 Sentmenat
 Castellar del Vallès
 Sant Llorenç
 Ciutat Badia

Aquestes localitats, no és que totes elles tinguin els nombres absoluts d'aquest grup d'edat més elevat, sinó que en el conjunt de la seva població disminuïda, i atesa, els d'aquestes edats tenen una notòria rellevància. Són les edats en què un cop descoberta qualsevol anomalia es pot pensar en unes teràpies que possibilitin un retrocés de la mateixa, i una normalització de la persona. Montcada i Reixac i Polinyà, són totalment absents d'aquest grup d'edat.

- de 6 a 14 anys: en aquestes edats, moltes vegades, certs tipus de disminucions que en els primers anys de vida, o bé no es van veure o potser també s'intentaven dissimular segons el grau i tipus de disminució es fan més evidents. Els llocs en què els índexs d'aquest grup d'edat són relativament més importants són:

Barberà
 Cerdanyola
 Ripollet
 Ciutat Badia

Són àrees totes elles que han sofert de manera sobtada i galopant uns processos d'urbanització-suburbialització molt grans, i les persones que s'hi han trobat provinent d'altres contextos culturals n'acusen les conseqüències. Amb no tanta rellevància podem situar-hi també Montcada i Reixac i Santa Perpètua.

- de 15 a 18 anys: en aquest grup d'edat hi trobem solament dues localitats que despuntin, Barberà i Cerdanyola.

- els majors de 19 anys: hem fet un sol grup a partir dels 19 anys, ja que no trobem cap aspecte, ni cap municipi en particular que presenti unes peculiaritats dignes d'ésser tingudes en compte. Únicament el municipi de Sabadell i Sant Quirze presenten una significació en el grup a partir dels 40 anys.

Aquestes són les característiques pel que fa a sexe i edat que presenten els disminuïts de cada un dels llocs o municipis que configuren l'àrea d'estudi. Sembla que la tendència la marquen molt prioritàriament les edats de menys de 16 anys. Això contrasta amb les persones d'altres llocs i que són ateses per institucions ubicades en el sector, on hi trobem una incidència relativament important de les edats a partir dels 16 anys. Per clarificar més aquesta constatació és important veure quina és l'edat mitjana que presenten cada un dels municipis i àrees geogràfiques en què hem sectoritzat l'estudi. Aquesta és la relació:

. Sabadell	17,2 anys de mitjana d'edat
. Sant Quirze	18,7
. Barberà	12,7
. Cerdanyola	15,1
. Ripollet	12,4
. Sant Cugat	16,9
. Montcada	16,6
. Santa Perpètua	12,6
. Palau de Plegamans	51,-
. Castellar del Vallès	15,6
. Polinyà	25,2
. Ciutat Badia	11,4
. Resta Vallès Occ.	15,4
. Barcelona-ciutat	20,7
. Barcelonès	19,2
. Baix Llobregat	20,1
. Vallès Oriental	15,8
. Resta de Catalunya	20,7
. Fora de Catalunya	23,8

- EDAT MITJANA DEL COL.LECTIU: 17,5 anys

Aquest llistat confirma plenament les estimacions que hem fet. Les institucions que atenen els disminuïts de la subcomarca del Vallès Occidental, atenen majoritàriament les edats escolars i d'aprenentatge, si exceptuem els casos aïllats de Palua de Plegamans i Polinyà (Hospital Psiquiàtric). En canvi les persones no ubicades en el sector geogràfic de l'estudi, però ateses per les institucions ubicades en el mateix, tenen ja una mitjana d'edat adulta (Sant Medir, Montserrat Montero, Flor de Maig). Podem induir en certa manera que les places existents per disminuïts adults són ocupades per persones de fora de la comarca.

3.2.- El Q.I. segons el municipi de residència

Quan fèiem l'anàlisi de la globalitat del col·lectiu i teníem en compte les estimacions del DSM III, ens trobàvem amb unes confusions que impossibilitaven qualsevol valoració crítica al respecte.

Aquestes confusions continuen quan intentem una anàlisi tipològica dels disminuïts de cada un dels municipis segons el Q.I. L'evidència d'aquest confusionisme és el que intentem plasmar en el quadre següent, en què reproduïm, per una part, les estimacions per cada un dels nivells de Q.I., i per l'altra la realitat que ens ha donat el cens personal de cada una de les institucions. Volem remarcar que aquesta relació es basa en unes estimacions (DSM III), i com totes les estimacions, tenen la validesa que tenen i prou.

MUNICIPI	PROFUNDS		GREUS		MODERATS		LLEUS		MÉS DE 70	
	E.	C.	E.	C.	E.	C.	E.	C.	E.	C.
Sabadell	20	45	132	58	227	127	1.518	132	-	43
Sant Quirze	1	-	4	1	7	2	45	1	-	-
Barberà	4	3	21	6	33	11	233	16	-	3
Cerdanyola	6	10	36	11	64	24	419	37	-	5
Ripollet	2	5	18	7	31	10	206	9	-	-
Sant Cugat	3	5	23	11	40	21	265	18	-	6
Montcada	3	-	18	7	32	10	212	7	-	-
S. Perpètua	2	3	10	4	16	5	111	4	-	-
Sentmenat	-	1	3	1	5	1	30	2	-	-
Palau P.	-	-	3	-	5	2	30	-	-	-
Castellar	1	5	8	4	14	6	95	4	-	1
S. Llorenç	-	1	2	1	3	-	15	1	-	-
Polinyà	-	-	2	-	3	3	18	1	-	-
Ciutat Badia	-	1	-	5	-	10	-	5	-	5

(La E. correspon a "estimacions" del DSM III, la C. correspon als disminuïts censats a través de les institucions)

Aquests números valen el que valen, i no intentem donar-los cap més valor ni funcionalitat que la de fer evident la impossibilitat d'induir conclusions o valoracions a partir de la realitat que ens mostren. És possible que molta de la població que el DSM III, en les seves estimacions, inclou en la tipologia de lleus i fins potser també en la de moderats, en la realitat passin desapercebuts i visquin immersos en un context social on tinguin una certa acceptació de normalitat.

Per altra part, en els nivells estimats de greus i profunds, les inexactituds poden provenir d'un diagnòstic fet sinó a la lleugera, sí una mica inconscientment. Això ho diem com a pura especulació, però no deixa de tenir certs graus de probabilitat. Per altra part, i centrant-nos en els casos de greus i moderats, aquest desnivell numèric pot evidenciar la gran manca de places escolars o de tallers i d'altres centres per atendre aquest col·lectiu que presenta unes xifres respectables.

L'afrontament aquesta problemàtica no recau tant en saber la quantitat, com en la seriositat realista, i no tant teòrica, del diagnòstic, que assenyalarà les pautes que calguin per cobrir les necessitats reals d'aquesta problemàtica.

Establint un ordre de prioritats i a partir de les dades que tenim podem fer les següents constatacions:

- El nivell relativament més atès en els pobles que configuren l'àrea d'estudi és el que correspon als lleus, amb un Q.I. entre 51-70. Aquesta significació relativa adquireix rellevància en les poblacions de Sabadell, Barberà i Cerdanyola.

En segon lloc i quasi al mateix nivell que els anteriors podem situar el grup dels moderats, amb Q.I. entre 36 i 50. Els municipis en què aquesta significació relativa és més important són: Sabadell, Cerdanyola, Sant Cugat, Montcada, Castellar del Vallès i Ciutat Badia.

En tercer lloc, cal situar-hi els greus, i els municipis relativament més significats són Ripollet, Montcada i Santa Perpètua.

El nivell de profunds té una importància relativament forta quan tractem les àrees geogràfiques que no formen part del sector del nostre estudi. Sembla talment com si els equipaments i serveis que acu-

llen als profunds estiguin més al servei dels no residents en la zona d'estudi. Aquesta situació també es constata quan es tracta del grau de mobilitat, la majoria relativa de persones que no es valen per elles mateixes són de fora de la comarca: Barcelonès, Baix Llobregat, Resta de Catalunya.

3.3.- El Q.I. i els diferents grups d'edat

La correlació d'aquestes dues variables pot il·lustrar i refermar els resultats obtinguts fins ara en les anàlisis, així com també aportar nous elements que ajudin a conèixer una de les situacions que constitueixen un dels objectius de l'estudi: l'atenció als deficients greus i profunds.

Cal tenir present que les dades que són la base de la nostra anàlisi són les obtingudes a través de les institucions, i que responen a les persones acollides en aquestes institucions. Un col·lectiu molt concret i definit, amb tots els pros i contres que en el transcurs de l'estudi hem anat observant: els equipaments i serveis més en funció d'altres llocs que no pas del sector, els nivells de deficients més atesos per aquests serveis, etc.

Fetes aquestes observacions, les característiques més notables que podem induir de la correlació de les dues dades anteriorment esmentades són les següents:

- en el grup de 0 a 5 anys: (recordem que aquest grup representa el 9,5% del total del col·lectiu) Hi destaca de manera important el nivell dels lleus, com el nucli més notable d'aquestes edats. No tenim en compte els classificats com anormals ja que aquests responen als diagnòstics portats a terme pels centres dedicats a la prevenció i que segons el criteri de Q.I. quedarien exclosos de la tessitura de l'estudi. Tant en aquest grup com en els que seguiran, el fet que remarcuem els nivells de Q.I. més destacats, no vol dir que no hi hagi també d'altres nivells.

Una atenció el més extensa possible i seriosa en aquestes edats pot ésser una eina molt important de cara a les previsions de futur.

- el grup de 6 a 14 anys: lògicament aquest grup constitueix un nucli important dins la globalitat del col·lectiu, presenta un índex del 32,9%. Si deixem a part els que representen un Q.I. de més de 70 i els classificats normals, solament els lleus (51-70) tenen un pes relatiu important. Però a diferència del grup anterior, aquí hi trobem una certa incidència dels diagnosticats entre 36-50, (mitjos).

- grup de 15-18 anys: aquestes edats que podríem qualificar d'aprenentatge, i que comprenen el 18,8% del col·lectiu analitzat, continua la tònica dels grups anteriors, presentant els del Q. I. entre 51-70 (lleus), com els que tenen el pes relatiu més important. S'observa de manera clara, en aquest grup, i per aquest ordre, un augment de la presència dels moderats, profunds i greus.

- grup de 19 a 40 anys: iniciem aquí les edats pròpiament adultes, en les quals teòricament s'ha acabat el període d'aprenentatge. Aquest grup és el més important, quantitativament parlant, de tot el col·lectiu. El seu índex és del 36%. Prenent com a punt de referència aquest índex, els nivells amb un pes relatiu més important, són ordenats de la següent manera: els greus, els profunds, i en darrer terme els moderats.

Del grup de més de 40 anys, cal esmentar únicament que segueix la mateixa tònica, accentuant-la, del grup anterior. No oblidem que en aquest grup hi comptabilitzem tots els assistits en hospitals geriàtrics.

Aquestes constatacions ens assenyalen unes característiques que s'han de tenir present a l'hora de valorar aquestes dades:

- És evident que en les edats de pre-escolar i escolar, els grups realment importants són els que tenen un Q.I. entre 51-70 i que correspon als qualificats com a lleus. Quan s'acaben les edats escolars, aquesta rellevància correspon als nivells de moderats, greus i profunds. Com més progressen en edat, més progressa la importància relativa dels Q.I. baixos.

¿ Es tracta d'un procés selectiu i integrador a la vegada, que a mesura que passen els anys va escollint les persones més afectades i totalment irrecuperables i que són les que constitueixen aquests

nuclis d'edat adulta i amb Q.I. baixos?

Això podria tenir certa verosimilitud si no es tractés d'un col·lectiu ja institucionalitzat i atès, i respongués únicament als afectats en general de tota la població resident en l'àrea estudiada. Però aquí tenim la presència de molts deficients de fora de la comarca, que són els que constitueixen el gruix fort dels profunds i greus atesos en les institucions ubicades en el sector i que responen en gran part a les edats adultes del col·lectiu estudiat.

Queda encara l'interrogant sobre el futur dels profunds i greus del sector que avui estan en edats de pre-escolar i escolar, quan les institucions, serveis i equipaments existents en el sector estan saturats i en la major part estan també al servei dels afectats residents fora de la zona estudiada. Aquestes previsions de futur s'han de fer a partir de la realitat actual, però no es pot esperar a què aquesta sigui extremadament greu, ja que llavors és impossible una actuació coherent. Únicament es tapen forats, i encara només els que no es poden amagar.

Pel que fa referència al grau de mobilitat, els índex relativament importants afecten als grups d'edat pre-escolar. Això pot ésser tant perquè són grups quantitativament importants, com perquè són les edats en procés de recuperació i educació, sempre dins els límits que la deficiència permet.

Si mirem la relació entre Q.I. i grau d'autonomia, lògicament ens trobem que els qui acumulen els més baixos graus de mobilitat són els qualificats com a profunds, amb Q.I. inferiors a 20. L'ordre d'importància d'aquesta manca d'autonomia, la podem establir de la següent manera, i en base a les dades que tenim: la més notòria és la de no poder menjar sols, en segon terme els que usen cadira de rodes seguit de la manca de control d'esfínters, i, en darrer terme, els que no poden caminar sols.

3.4.- Una qüestió final

En darrer terme exposem el resultat del creuament de dues variables que fan referència, per una part, a l'edat del deficient i, per

altra, a l'edat actual de la mare. Aquest creuament ens ha possibilitat de conèixer l'edat de la mare en el moment de néixer el fill que avui pateix algun nivell de disminució.

Aquesta qüestió sobre la perillositat que comporta una concepció a partir d'una certa edat per part de la mare, és de les coses de què darrerament, i des de molts llocs, s'ha parlat i, fins a cert punt, ha arribat a formar part de la saviesa popular al respecte. Però, malgrat tot, les dades que donem a continuació fan pensar seriosament en la necessitat d'una informació, formació i consell per part dels professionals pertinents, a fi que la tasca preventiva de la subnormalitat sigui portada a terme de manera pràctica i eficient.

L'edat en què, segons els tècnics en la qüestió, comença l'existència d'un cert risc, és la de 35 anys. A partir d'aquí, a mesura que passen els anys, aquest risc augmenta.

Les mares que formen part del col·lectiu que estem estudiant i que han tingut el fill a partir dels 35 anys, són 299, el 25,9% de totes les mares de les quals ens consta l'edat. És un índex molt respectable, representa la quarta part del col·lectiu. És una senzilla constatació i no volem donar-hi cap sentit de causalitat. Són altres professionals els qui han de tenir aquesta dada en compte i valorar des de la seva òptica, la incidència directa que pot tenir en la disminució, i prendre les mesures pertinents.

Si aquestes 299 mares les desglosem en diferents grups d'edat, la relació és com segueix:

- de 35 a 39 anys	169	56,5%	(14,6% del col·lectiu)
- de 40 a 45 anys	108	36,1%	(9,3%)
- més de 45 anys	22	7,4%	(1,9%)

Una relació en freqüències anuals ens dona el llistat següent:

- de 35 anys	40	13,4%
- de 36	41	13,7
- de 37	27	9,-
- de 38	36	12,-
- de 39	25	8,4
- de 40	29	9,7

- de 41	29	9,7
- de 42	29	9,7
- de 43	13	4,3
- de 44	18	2,7
- de 45 i més	22	7,4

T O T A L 299 100,-

Aquestes dades no es poden extrapolar i no es poden aplicar aquests índexs a d'altres col·lectius. Malgrat això, constitueixen un element a tenir en compte de manera bàsica i essencial, sempre que es parli o es projecti algun tipus d'acció o programa de cara a la prevenció de la subnormalitat.

3.5.- Conclusions

Les conclusions operatives han d'ésser fruit de les discussions i reflexions de l'equip interprofessional que ha d'endegar la planificació.

Aquesta part de l'estudi vol aportar elements enriquidors d'aquestes reflexions i aclaridors de les accions que s'hagin de portar a terme. Per aquest motiu les nostres conclusions es limiten a la puntualització d'alguns aspectes importants de l'anàlisi anterior.

1.- L'anàlisi de les dades ens ha evidenciat dues constatacions, en primer lloc el domini del sexe masculí. En alguns centres aquest domini és quasi absolut, són contats els centres que tenen majoritàriament dones. Aquesta tònica és idèntica si agafem els municipis com unitat d'anàlisi.

2.- L'edat mitjana del col·lectiu és de 17 anys, clar indicador de què les edats d'aprenentatge són les que realment pesen. Com més puja l'edat, a partir de l'edat mitjana, més baixa el nombre de deficients. Segurament que la preocupació pels deficients, nascuda fa menys de 20 anys, pot ésser un element provocador d'aquesta situació. Malgrat això i presuposant com a cert aquest supòsit, continua en peu la pregunta: què passa, què passarà amb els deficients adults, principalment greus i profunds ?

3.- Les dades de què disposem, reflecteixen una no cobertura de les necessitats d'atenció a moderats, greus i profunds, si prenem com a punt de referència les estimacions fetes en base del DSM III. Parlem d'una cobertura quantitativa, no qualitativa. La cobertura existent, en molta part, basada en les places que ofereix la capital de la comarca. Això no obsta perquè la no coordinació entre les dades referents a persones ateses i les estimacions sigui molt clara i evident. Una cosa són les estimacions, que malgrat ésser l'únic element que tenim per apropar-nos a la realitat, valen el que valen, i l'altre és aquesta realitat molt difícil d'avaluar.

4.- Les anàlisis fetes ens permeten establir una escala de les institucions a doble nivell. Per un costat, una escala que fa referència a la seva funcionalitat de servei als problemes i necessitats del sector geogràfic estudiat (vegi's l'apartat "Les institucions al servei de la comarca"), i, per un altre costat, una escala que qualifica o tipifica les institucions segons el nivell o grau de disminució dels seus usuaris (vegi's l'apartat "Nivell de disminució de les persones ateses").

Tant en un aspecte com en l'altre, les dificultats per establir unes categories clares, són evidents. Si, per una part, podem dir que en la zona hi ha una bona quantitat d'equipaments, amb més o menys incidència en aquesta zona, també podem dir que aquesta s'ha convertit en una zona d'equipaments "metropolitans". La tipificació de les institucions segons el Q.I. dels seus usuaris no determina una exclusivitat de dedicació per part d'aquestes a un cert tipus de deficients malgrat que hi domini un tipus de grau o nivell de subnormalitat.

5.- És notòria l'absència d'altres dades que no sigui el Q.I. quan s'intenta analitzar i conèixer el món dels deficients. És hora de què altres factors i de diferent ordre (aspectes socials, grau d'autonomia ...) siguin tinguts en compte.

III.- L'ANALISI DE LES DADES DE L'INSS

Hem dut a terme el buidatge de la informació que proporciona el llistat dels qui reben un subsidi mensual de la Seguretat Social.

Aquest llistat ens ve donat per municipis i coneixem algunes característiques sociològiques de les persones subsidiades: el sexe, l'edat, l'etiologia, el grau o coeficient intel·lectual i la valoració o pronòstic o nivell d'autonomia; tota aquesta abundant informació és el resultat dels expedients complimentats a l'hora de presentar la sol·licitud, i, per tant són fruit dels diagnòstics exploratius duts a terme per les instàncies oficialment reconegudes per verificar l'adequació de la sol·licitud als requisits legals i administratius per tal de poder gaudir del subsidi corresponent.

Recordem que aquesta legislació és la del decret 2.421 del 20 de setembre de 1968 i la del decret 1.076 del 9 d'abril del 1970. En la definició dels beneficiaris de la subvenció de la Seguretat Social hi entren els conceptes següents: (article quart)

- 1- cecs amb visió inferior de 20/200 als dos ulls després de l'oportuna correcció,
- 2- sordmuts i sords profunds amb pèrdua d'agudesa auditiva de més de 75 decibel·lis,
- 3- invàlids que han perdut les dues mans, els dos peus, una mà i un peu o un peu i una mà.
- 4- paraplàgics, hemiplègics i tetraplàgics.
- 5- oligofrènics amb coeficient intel·lectual inferior a 0,50.
- 6- paralítics cerebrals.

Aquest és el concepte legal de subnormal que dóna dret a una ajuda periòdica i mensual (actualment és de 3.000 pessetes) que s'atorga com a contribució al sosteniment de les despeses que l'educació, la instrucció i la recuperació dels subnormals origini als familiars que els tenen al seu càrrec.

Per l'interès del nostre estudi, per la nostra banda, se'ns han facilitat únicament els llistats amb les característiques anterior-

ment descrites dels disminuïts psíquics beneficiaris a la zona d'influència de Sabadell. El caràcter d'aquestes dades és el d'una "informació reservada" i fa referència als subsidiats l'any 1985.

Sense voler dir a les dades el que en realitat no poden pas revelar i sense voler fer comparacions que són efectivament incomparables, comencem pel quadre que, per municipis, relliga el que ha estat tractat fins ara amb l'aportació concreta d'aquesta globalitat dels llistats de referència. El quadre que segueix pretén exposar de manera descriptiva les estimacions fetes per a cadascun dels municipis incloent-hi els deficientes de tot grau i nivell, els deficientes efectivament atesos i els que consten al llistat de l'institut Nacional de la Seguretat Social, amb els matisos que la mateixa llei imposa.

MUNICIPIS	Estimats	I.N.S.S.	Atesos M-S-P
Sabadell	1.897	567	423
S. Quirze del Vallès	57	7	8
Barberà del Vallès	290	42	39
Cerdanyola	525	194	91+28 (1)
Ripollet	257	52	33
S. Cugat del Vallès	331	57	62
Montcada i Reixac	265	70	27
S. Perpètua de Mogoda	139	31	16
Sentmenat	38	11	6
Palau de Plegamans	50	3	2
Castellar del Vallès	118	21	23
S. Llorenç Savall	19	4	6
Polinyà	23	? (2)	4
T O T A L	4.009 (4)	1.059 (5)	768 (3)

- Notes:
- (1) Aquests 28 atesos a Ciutat Badia pertanyen simultàniament als municipis de Barberà del Vallès i Cerdanyola.
 - (2) No es va sol·licitar la informació de Polinyà i és per això que se'n desconeix l'embalum en aquest municipi.
 - (3) Entre els atesos, caldria tenir en compte els 51 que sabem que es troben internats en hospitals psiquiàtrics.
 - (4) Del total de les estimacions, sabem que 3.207 són disminuïts lleugers amb coeficients intel·lectuals superiors a 0,50. És a dir, entre mitjans, severos i profunds, en serien estimats 802.
 - (5) Com veurem més tard, 148 són persones amb coeficients intel·lectuals superiors a 0,50 malgrat les exigències legals.

Aquestes tres distribucions tenen la virtualitat de fer-nos veure de sobte les estimacions fetes per a cadascuna de les poblacions de referència entorn a l'embalum "suposat" de la deficiència mental, les deteccions fetes per l'Institut Nacional de la Seguretat Social a partir de la sol·licitud del subsidi de referència i la població efectivament atesa a les diverses institucions del sector.

Malgrat el caracter indicatiu de les mateixes, ens atrevim a dir que possiblement l'atenció practicada en realitat a cadascun dels municipis considerats, s'acosta força a la realitat de la problemàtica que efectivament s'hi presenta. No podem de cap manera fer aproximacions estadístiques que difícilment suportarien una crítica rigurosa però ens sembla poder dir que les relacions següents ens acosten al fet que acabem d'esmentar:

- població estimada (nivells: mitjans, severos i profunds): 802
- població censada per l'INSS (mateixos nivells): 911
- població efectivament atesa (no precisió de nivells): 768

Sospitem que globalment estem molt pròxims a l'òptim. Encara que aquesta informació s'haurà de matisar.

1.- L'anàlisi de la variable sexe

La informació elaborada que prové de l'Institut Nacional de la Seguretat Social ens dóna per a cadascun dels municipis de la nostra zona d'estudi, la distribució del quadre que segueix.

Com es pot veure, hi hauria subsidiats molts més homes que dones i això agreuja considerablement la diferència que ja ha estat objecte d'interpretacions anteriorment. A la població efectivament atesa a la zona de Sabadell, el 60,7% eren homes i el 39,9% dones.

De fet aquestes diferències en les proporcions considerades, se rien un fidel indicador que hi ha una notable proporció de dones deficientes psíquiques que no són ateses per les institucions de la zona. Amb alguns matisos, no tots els municipis es trobarien en una idèntica situació i el quadre que segueix ho explicita:

MUNICIPIS	Homes		Dones		TOTAL
	Absolut	%	Absolut	%	
Montcada i Reixac	45	64,3	25	35,7	70
Castellar del Vallès	9	42,9	12	57,1	21
Palau de Plegamans	-	-	3	100,-	3
Ripollet	28	53,8	24	46,2	52
Sabadell	324	57,1	243	42,9	567
Sant Cugat del Vallès	39	68,4	18	31,6	57
Sant Llorenç Savall	3	75,-	1	25,-	4
Sant Quirze del Vallès	2	28,6	5	71,4	7
Barberà del Vallès	24	57,1	18	42,9	42
S. Perpètua de la Mogoda	16	51,6	15	48,4	31
Cerdanyola	113	58,2	81	41,8	194
Sentmenat	6	54,5	5	45,5	11
	609	57,5	450	42,5	1.059

Als municipis on tenim el dret de pensar que les atencions a les dones deficientes poden ésser poc rellevants són els següents: Castellar del Vallès, Ripollet, Santa Perpètua de Mogoda i Sentmenat. (1)

2.- L'anàlisi de la variable edat

Ja s'ha vist anteriorment com la distribució de la població atesa a les institucions de la influència de Sabadell presentava una estructura ben concreta: un 57,5% de les atencions anaven adreçades a menors de 18 anys.

És interessant comparar-la amb la distribució de les mateixes edats que dona la font informativa dels qui cobren el subsidi de l'INSS.

Edats	Població atesa	I.N.S.S.
0 - 5	10,4%	3,5%
6 - 14	28,5	24,6
15 - 18	18,6	14,7
19 - 40	38,7	49,6
+ 40 anys	2,9	7,7
	100,-	100,- (2)

(1) L'any 1973 vam realitzar un estudi partint de la mateixa font informativa a l'àrea de la província de Barcelona (Estudio de las necesidades para residencias de deficientes mentales adultos en la provincia de Barcelona, CTEH, Barcelona, 1973)

fins els 18 anys: 58,9% homes i 41,1% dones
de més de 18 anys: 65,1% homes i 34,9% dones
població total: 61,5% homes i 38,4% dones

(2) A l'estudi anteriorment esmentat a la nota precedent, les relacions trobades curiosament s'acosten més a les de la població efectivament atesa a les institucions de Sabadell i el seu entorn: 0-5= 7,7%, 6-14= 33,6%, 15-18= 15,7%, 19-40= 35,8%, i + de 40= 7,2%.

La comparació ens fa veure com els menors de 18 anys als llistats de l'INSS són el 42,7% que contrasta extraordinàriament amb aquell 57,5%. Se'ns reafirmen, per tant, els greus interrogants fets anteriorment sobre les atencions degudes als qui excedeixen els 18 anys d'edat.

Per municipis, aquesta distribució és la següent:

MUNICIPIS	0-5	6-14	15-18	19-40	+40
Montcada i Reixac	3	10	12	40	(57,1)5
Castellar del V.	-	6	4	8	3 14,3
Palau de Plegamans	-	1	(33,3)-	2	(66,6)-
Ripollet	1	11	9	25	6
Sabadell	25	144	68	288	42
S. Cugat del Vallès	1	14	9	24	9 15,8
S. Llorenç Savall	-	-	2	(50,-) 2	-
S. Quirze del Vallès	-	1	2	(28,6) 3	1 14,3
Barberà del Vallès	1	20	(47,6)5	(22,6)13	3
S. Perpètua Mogoda	3	(9,7)5	7	13	3
Cerdanyola	2	45	37	100	10
Sentmenat	-	3	1	7	(63,6)-
	36	260	156	525	82
		(3,4)	(24,6)	(14,7)	(49,6)

En aquesta distribució, cal destacar la relativa importància de les edats entre 6 i 14 anys de Barberà del Vallès, el relleu notable de les edats entre els 19 i 40 anys de Montcada i Reixac i de Sentmenat i de més de 40 anys de Sant Cugat del Vallès. Parlem sempre en termes relatius i en el quadre precedent només hi fem constar els percentatges de les relacions que adquireixen un cert relleu.

3.- L'anàlisi de la variable etiològica

Les causes o etiologia de les deficiències o retards mentals són una de tantes qüestions ben desconegudes per la clínica. Amb tot, a l'hora de fer la demanda d'un subsidi, els expedients mèdics fan constar l'origen etiològic de la patologia. Per municipis, la distribució d'aquesta variable es presenta així a la nostra àrea d'estudi:

MUNICIPIIS	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10 (1)
Montcada R.	7	14	8	3	12	1	-	-	8	17
Castellar V.	2	6	-	1	3	-	-	-	4	5
Palau Pl.	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1
Ripollet	3	11	5	2	6	-	-	1	8	16
Sabadell	46	93	49	25	122	1	5	8	99	119
S.Cugat V.	3	13	5	2	10	-	2	1	8	13
S.Llorenç S.	-	1	-	-	2	-	-	1	-	-
S.Quirze V.	2	-	-	1	-	-	-	-	1	3
Barberà V.	5	4	2	2	7	-	-	-	10	12
S.Perpètua M.	1	8	2	2	7	1	-	-	3	7
Cerdanyola	12	46	11	40	-	-	2	2	25	56
Sentmenat	1	-	-	1	3	-	-	-	5	1

82 197 83 79 172 3 9 13 171 250
 (7,7%) (7,8) (16,2) (0,8) (16,1)
 (18,6) (7,4) (0,3) (1,2) (23,6)

(1) La llegenda d'aquestes etiologies l'hem acompanyada entre parèntesi dels percentatges obtinguts a l'estudi anteriorment esmentat de l'any 1973.

01 - Endògena (5,8%)

02 - Anòxies cerebrals perinatals (22,1%)

03 - Infeccions i inflamacions del sistema nerviós central (6,7%)

04 - Trauma obstètric (7,9%)

05 - Mongolisme i d'altres cromosomopaties (25,3%)

El quadre de la plana anterior (en què per manca d'espai no hi hem introduït els valors relatius o percentuals de cadascuna de les dades) ens diu el següent:

- A Castellar del Vallès tenen un especial relleu les anòxies cerebrals perinatals.
- A Ripollet hi pesen les etiologies no aclarades o desconegudes.
- A Sant Cugat hi destaquen relativament els problemes RH
- A Barberà del Vallès es fan notar tant les altres etiologies com les que són desconegudes.
- A Santa Perpètua de Mogoda hi despunten relativament tant les anòxies cerebrals perinatals com les enzimopaties i errors metabòlics.
- A Cerdanyola, els traumes obstètrics i les etiologies desconegudes.
- A Sentmenat, el mongolisme i les "altres etiologies".

Malgrat tot, aquesta descripció de la realitat de la comarca objecte d'estudi, no pot impedir que fem unes reflexions globals sobre aquestes dades (malgrat els interrogants carregats de perplexitat que presenten aquests diagnòstics segons reconeixement explícit dels mateixos que l'han practicat).

-
- 06 - Enzimopaties i errors metabòlics (0,9%)
 - 07 - Problemes RH i anàlegs (1,2%)
 - 08 - Hipotiroïdisme i endocrinopaties en general (1,4%)
 - 09 - Altres causes (12,2%)
 - 10 - Etiologia no aclarada (12,6%)

Cal notar que el terme "endògen" no es refereix pas al caràcter desconegut. Quan una etiologia no és endògena i se suposa que la causa és "exògena", es correspon amb l'etiologia 10. L'etiologia 03 inclou processos inflamatoris i infecciosos de la gestació i del primer any de vida.

1a) Quan comparem la distribució de les etiologies de Sabadell i el seu entorn amb la que es va trobar a l'estudi de 1973, es veu clarament que, en el context d'unes distribucions estructuralment molt paral·leles, hi ha unes diferències significatives que cal posar en relleu. A la nostra zona d'estudi, concretament, s'haurien rebaixant considerablement els índexs de les anòxies cerebrals perinatals i el mongolisme i les cromosomopaties i, en canvi, s'haurien incrementat les "altres etiologies" i les que són desconegudes.

Si la realitat fos tal com diuen aquestes xifres, caldria pensar que tant les cures i atencions prestades per les diverses maternitats de casa nostra com els progressos de la prevenció i els coneixements mèdics s'haurien incrementat notòriament. Efectivament, les anòxies en moltíssims casos poden ésser evitades per una atenció adequada a l'embaràs i al part i el mongolisme i les cromosomopaties en general són detectables prematurament; per altra banda, el ventall etiològic s'hauria ampliat considerablement fent engruixir la xifra d'aquestes altres etiologies que han quedat com un etern calaix de sastre.

2a) Malgrat aquestes notes d'esperança, cal notar com encara és la quarta part (25,5%) de la població afectada en aquesta àrea d'estudi de la influència de Sabadell que té el seu origen en problemes d'atenció a l'embaràs i al part; concretament, un 18,1% ho és per anòxies cerebrals perinatals i un 7,4% tenen el seu origen etiològic en traumes obstètrics. Malgrat que no sempre ambdues situacions siguin degudes als serveis prestats per les maternitats, cal convenir que es tracta en gran mesura d'accidents que es podrien evitar.

4.- L'anàlisi de la variable intel·ligència

Els tests d'intel·ligència que mesuren el que s'anomena "coeficient intel·lectual" tampoc resisteixen una crítica que es vulgui mínimament objectiva. Amb tot, la informació provinent de l'Institut Nacional de la Seguretat Social ens aporta aquesta dada que és un element a tenir en compte i a no deixar-lo lleugerament a l'oblit. Heus aquí la distribució de referència:

MUNICIPIIS	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	(1)
Montcada	-	-	5	4	2	-	22	6	9	8	8	6	
Castellar	1	-	1	1	-	-	7	2	1	2	1	5	
Palau Pl.	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	
Ripollet	-	-	11	1	-	-	9	6	7	10	4	4	
Sabadell	3	5	44	17	3	1	202	70	42	77	46	57	
S. Cugat V.	-	-	3	3	3	-	19	7	9	6	3	4	
S. Llorenç S.	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	2	
S. Quirze V.	-	-	1	-	-	-	2	-	2	-	1	1	
Barberà V.	-	2	4	3	-	-	9	11	2	4	2	5	
S. Perpètua M.	-	1	10	-	-	-	8	2	-	4	2	4	
Cerdanyola	1	-	10	3	3	1	41	20	15	31	33	36	
Sentmenat	-	-	-	-	-	-	7	-	1	1	2	-	
	5	8	90	32	11	2	328	125	88	144	102	124	

(1) La llegenda d'aquests coeficients intel.lectuals l'hem acompanyada també de les relacions obtingudes a l'estudi de 1973:

- 01 - més de 75
- 02 - entre 70 i 74
- 03 - entre 65 i 69
- 04 - entre 60 i 64
- 05 - entre 55 i 59 (4,5%)
- 06 - entre 50 i 54
- 07 - entre 45 i 49 (32,9%)
- 08 - entre 40 i 44 (14,2%)
- 09 - entre 35 i 39 (9,9%)
- 10 - entre 30 i 34 (12,9%)
- 11 - entre 25 i 29 (13,-%)
- 12 - menys de 24 (12,6%)

Comparant aquestes dades de l'àrea de Sabadell amb aquelles de l'any 1973 per a tota la província de Barcelona i les de la població deficient atesa a les institucions de Sabadell i el seu entorn domiciliada als municipis de la comarca en funció dels coeficients intel·lectuals, tenim la distribució següent:

Coeficient intel·lectual	INSS	Atesos	1973
	(àrea i municipis de Sabadell)		(prov. Barna)
+ 50	14,-	41,3	4,5
35 - 49	51,1	31,7	57,-
20 - 34	23,2	16,-	25,9
- 20	11,7	11,-	12,6

100

100

Basant-nos en aquestes tres distribucions i amb el risc de comparar dimensions que se sostenen en un concepte tan aleatori com la mesura de la intel·ligència (practicada, a més, amb tests diferents i amb criteris de funcionalitat diversos), podem dir que aquestes xifres ens revelen una constant situada precisament en el cens dels profunds i una forta disparitat dels lleugers i els de coeficient intel·lectual de més de 0,50. Pel que es referèix a les altres dues dimensions, els moderats i els lleugers, hi hauria una relativa debilitat d'atencions per respecte a les distribucions censals considerades.

Què ens diu en realitat aquesta primera aproximació? Que l'atenció als lleugers a la nostra àrea d'estudi jugaria veritablement un paper definitivament predominant en detriment de l'atenció deguda als moderats i severs, mantenint constant l'atenció relativa als profunds. De totes maneres, aquesta afirmació és perillosa pel fet que, legalment, en les dades de l'Institut Nacional de la Seguretat Social hi són exclosos els coeficients superiors a 0,50 i això distorsiona notablement les distribucions censals que provenen dels centres de diagnòstic de la Seguretat Social.

Per tant, si prescindim, en les tres distribucions, dels coeficients superiors a 0,50, les distribucions es presenten així:

Nivells	INSS	Atesos	1973
Moderats	59,4	54,-	59,8
Severs	27,-	27,4	27,1
Profunds	13,6	18,6	13,1

100

100

Pel que sembla que les atencions als profunds serien més importants a compte dels nivells moderats, mantenint-se constants les atencions als severs. Aquesta relació ens acostava al que pretenem exposar ara on prescindim de les comparacions amb les dades de 1973.

El quadre que segueix pretén exposar poble per poble i per nivells de deficiència mental, la comparació definitiva entre els censats per l'Institut Nacional de la Seguretat Social i els efectivament atesos en funció de les nostres xifres. Heus aquí la distribució respectiva.

POBLACIONS	Lleugers (i més de 0,50)		Moderats		Severs		Profunds	
	INSS	Atesos	INSS	Atesos	INSS	Atesos	INSS	Atesos
Montcada R.	11	7	37	10	16	7	6	-
Castellar V.	3	5	10	6	3	4	5	5
Palau Pleg.	2	-	2	2	-	-	-	-
Ripollet	12	9	22	10	14	7	4	5
Sabadell	73	175	314	127	123	58	57	45
S. Cugat V.	9	24	35	21	9	11	4	5
S. Llorenç S.	-	1	1	-	1	1	2	1
S. Quirze V.	1	1	4	2	1	1	1	-
Barberà V.	9	19	22	11	6	6	5	3
S. Perpètua M.	11	4	10	5	6	4	4	3
Cerdanyola(1)	18	52	76	34	64	16	36	11
Sentmenat	-	2	8	1	3	1	-	1

149

299

541

229

246

116

124

79

(1) Aquí hi són també els de Ciutat Badia

Segons aquest quadre estarien atesos el 66,7% dels disminuïts lleugers i persones amb coeficients superiors a 0,50, el 29,7% dels moderats, el 32% dels severs i el 38,9% dels profunds. És així doncs, que prescindint dels matisos que s'haurien de fer pel que es refereix al coeficient intel·lectual i la manera de realitzar els exàmens psicomètrics, podem dir que hi hauria un embalum relativament notable de persones que no són efectivament ateses a la comarca. Ho són fora de la comarca? Es troben arraconats en un espai anònim de la casa? No en sabem pas massa al respecte. L'única cosa que ens atrevim a afirmar es que apareixen al cens de l'INSS una bona quantitat de deficients dels que no ens consta la seva ubicació en un centre de la zona d'influència de Sabadell. I punt; no es pot dir res més al respecte.

Encara, i pel que ens diuen les xifres que estem considerant, hem de dir que a les poblacions que són més susceptibles de presentar uns dèficits assistencials, són per aquest ordre (de més deficitaris a menys): Montcada i Reixac, Sentmenat, Santa Perpètua de Mogoda, Sant Quirze del Vallès, Cerdanyola, Ripollet i Palau de Flegamans. Quedant la resta a un nivell d'atenció raonablement acceptable.

5.- L'anàlisi del nivell d'autonomia

La valoració del pronòstic també és una dada que ens aporta la informació de l'Institut Nacional de la Seguretat Social. Evidentment, aquesta és una variable que no permet comparacions amb els nivells d'autonomia considerats anteriorment, puix que respon a una tipologia ben pròpia i particular als dictàments realitzats pels centres de diagnòstic oficials. Segons com es miri, aquesta dada diu molt més que la del coeficient intel·lectual pel que es refereix a la necessitat d'intervenció sòcio-pedagògico-terapeùtica en el terreny concret de la deficiència mental. Heus aquí la distribució de referència:

MUNICIPIS	01		02		03		04 (1)	
	Absolut	%	Absolut	%	Absolut	%	Absolut	%
Montcada R.	10	14,3	28	40,-	29	41,4	3	4,3
Castellar V.	3	14,3	8	38,1	8	38,1	2	9,5
Palau de Pl.	-	-	1	33,3	2	66,6	-	-
Ripollet	9	17,3	20	38,5	20	38,5	3	5,8
Sabadell	88	15,5	213	37,6	236	41,6	30	5,3
S. Cugat V.	8	14,-	20	35,1	24	42,1	5	8,8
S. Llorenç S.	1	25,-	3	75,-	-	-	-	-
S. Quirze V.	1	14,3	2	28,6	3	42,8	1	14,3
Barberà V.	9	21,4	13	31,-	17	40,5	3	7,1
S. Perpètua M.	8	25,8	9	29,-	14	45,2	-	-
Cerdanyola	32	16,5	93	47,9	62	32,-	7	3,6
Sentmenat	1	9,1	5	45,5	2	13,2	3	27,3
	170	16,-	415	39,2	417	39,4	57	5,4

Aquesta informació ens indica alguns punts destacables en funció de cadascun dels municipis: la relativa importància dels qui no tenen massa possibilitats de convivència familiar ni d'actuació psicopedagògica és important a Santa Perpètua de Mogoda i Barberà del Vallès; els qui tenen més possibilitats de convivència familiar i social es fan notar a Cerdanyola i Sentmenat; els qui tenen possibilitats d'adaptació psicopedagògica també destaquen a Santa Perpètua de Mogoda i els qui àdhuc tenen possibilitats d'adaptació laboral es fan notar a Sentmenat i a Sant Quirze del Vallès.

Comparant les dades del cens actual de Sabadell i el seu entorn respecte a les obtingudes l'any 1973 per a tota la província de Barcelona, destaca l'increment notable dels dos estadis més inferiors a les dades de Sabadell i els seus pobles: el 16% no tenen possibilitats de convivència familiar ni d'actuació psicopedagògica a la zona de Sabadell per només un 11,6% a la globalitat de la província de Barcelona l'any 1973; i el 39,2% tenen només possibilitats de convivència familiar i social a l'àrea de Sabadell per un 33,8% a tota la província de Barcelona aquell mateix any.

Aquesta és una dada que, si realment té una significació, indicaria un considerable agreujament de la situació a la nostra zona d'estudi; però aquesta ens sembla ésser una afirmació massa arriscada donada la distància d'aquestes magnituds en el temps.

6.- Conclusions

A partir dels llistats de l'INSS hem fet una altra aproximació al fet de l'existència i l'atenció realitzada a la deficiència mental a l'àrea de Sabadell i els municipis del seu entorn.

La primera dada que se'ns confirma és l'abundància d'homes subsidiats en relació a les dones. La comparació amb la població atesa tenint en compte la variable sexe, fa pensar en uns dèficits relatius a les dones pel que es refereix a l'acolliment d'aquestes en institucions. Aquesta situació deficitària s'agreujaria notablement a Castellar del Vallès, Ripollet, Santa Perpètua de Mogoda i Sentmenat.

Se'ns confirma així mateix el dèficit d'atencions a les persones més grans de 18 anys, encara que això tampoc seria cert a Montcada i Reixac, Sentmenat i Sant Cugat del Vallès.

Etiològicament, en un context on predominen les anòxies cerebrals perinatales, el mongolisme i d'altres cromosomopaties, les altres etiologies conegudes i les etiologies no aclarades, les anòxies despunten a Castellar del Vallès i Santa Perpètua de Mogoda, els problemes de RH a Sant Cugat del Vallès, a Santa Perpètua de Mogoda les enzimopaties i els errors metabòlics, a Cerdanyola els traumes obstètrics, a Sentmenat el mongolisme, a Barberà del Vallès i Sentmenat les altres etiologies conegudes i a Ripollet, Barberà del Vallès i Cerdanyola les etiologies desconegudes.

-
- (1) La llegenda d'aquestes variables és la següent: (també hi hem fet constar les valoracions relatives trobades a l'estudi esmentat)
- 01 - Sense possibilitat de convivència familiar ni d'actuació psicopedagògica (11,6%)
 - 02 - Amb possibilitats de convivència familiar i social (33,8%)
 - 03 - Amb possibilitats d'adaptació psicopedagògica (44,5%)
 - 04 - Amb possibilitat d'adaptació laboral (10,1%)

Nota: Les valoracions més altes inclouen les possibilitats inferiors.

No podem pas deixar en silenci el fet que una part dels casos trobin l'origen etiològic de la disminució en problemes d'atenció a l'embaràs i al part; la cura a les maternitats es troba ara certament al primer pla.

Sembla com si la detecció dels nivells profunds sigui pràcticament una constant acostant-se força a l'exhaustivitat, tant a nivell de cens com pel que respecta a les atencions.

Amb tot, el contrast entre la població detectada pel cens i l'efectivament atesa, segons els nivells de deficiència mental, deixa un ampli interrogant sobre aquella exhaustivitat. Apareixen en el cens de l'INSS una bona quantitat de deficients dels qui no ens consta la seva ubicació en un centre de la zona d'influència de Sabadell.

Les poblacions més susceptibles de presentar dèficits assistencials són: Montcada i Reixac, Sentmenat, Santa Perpètua de Mogoda, Sant Quirze del Vallès, Cerdanyola, Ripollet i Palau de Plegamans.

Pel que es refereix, finalment, al pronòstic fet des de les instàncies de la Seguretat Social, tenim globalment un 16% de disminuïts dels qui no es pot esperar res més que una decisió assistencial, al costat d'un 40% que pot arribar a conviure familiarment i socialment, un altre 40% que pot fer una adaptació psicopedagògica i un 5% que pot iniciar una adaptació laboral. Santa Perpètua de Mogoda i Barberà del Vallès són les poblacions més afectades per la presència de persones inhàbils a la vida social.

IV.- A MANERA DE PROPOSTA

L'anàlisi del contingut d'aquest estudi porta a la comissió tècnica que ha assumit l'encàrrec d'apropar-se a la realitat assistencial en el camp dels disminuïts psíquics severs i profunds de la comarca del Vallès Occidental a un seguit de suggeriments a fi que serveixin com a pauta per a prendre decisions als respectius òrgans de govern que tenen la competència del tema.

La recent Llei de Serveis Socials publicada en data del 10.1.86, ens és el marc referencial que ha d'ajudar a una ordenació provisional del sector tot esperant el desplegament de la mateixa; fem menció específica dels articles i enunciats següent:

- " - Art. 8 (apartats a, b i c) - Competències del Govern de la Generalitat.
- Art. 10 - Competències dels ens territorials.
- Art. 11 - Competències dels Ajuntaments.
- Secció segona, art. 15 - De la participació.
- Secció tercera, art. del 18 al 22 - Del finançament. "

Consideracions

- La correlació entre la demanda potencial de 802 places i l'oferta de les mateixes en els tipus de serveis i equipaments estudiats, ens portaria a concloure que el sector presenta una possibilitat de cobertura bastant acceptable. D'un total de 1.195 places que ofereix la zona dona atenció a 768 deficients; es pot dir que el 64,3% està en funció de les necessitats de la zona. El nombre global de persones de la zona en llistat d'espera és aproximadament de 160.

- De l'estimació de necessitats per edats no se'n pot treure cap conclusió, sí, però, es pot parlar de grups d'edat atesos, el 57,5% té menys de 18 anys, a partir dels 32 anys i fins els 40 presenten una forta davallada, cal ressaltar, però, que als 27 anys hi trobem una agulla que sobresurt per damunt de totes les edats; cal pensar que a partir de certa edat no es disposa d'equipaments; podríem preguntar què se'n fa dels disminuïts adults, tot tenint present que l'expectativa de vida no és gaire elevada. La resta de les edats no mantenen cap constant, els nivells d'atenció són molt desiguals.

- Un altre aspecte important que es dedueix de l'estudi és que el disminuït no és atès, en molts casos, pel servei o equipaments més adients al tipus de disminució que presenta.
- També es dedueix que un % considerable de places ocupades ho són per beneficiaris que no són de la zona, sobretot en els casos de dis-minuïts profunds.

Propostes

- Potenciar prioritàriament residències per a majors de 16 anys en les diverses modalitats.
 - Potenciar l'Atenció Primària com a funció preventiva i orientadora tant per a una assumpció del disminuït per part de la seva família, com per a la utilització d'aquells serveis que potencien fins a on és possible l'autonomia del disminuït; sense oblidar l'oferta de serveis alternatius prestats al mateix domicili, com és l'ajuda domiciliària.
 - Potenciar la funció informadora i els sistemes per tal que tots els disminuïts puguin accedir al nomenament de tuteles, fins ara tasca que realitzen amb dificultats les Associacions de Familiars dels afec-tats.
 - Potenciar l'acció del voluntariat degudament format i sempre com a personal complementari, sense que això suposi un detriment del personal tècnic necessari segons la tipologia del servei.
 - Lliure disponibilitat dels recursos del sector per a un màxim rendi-ment de la inversió pública: com pot ser el servei de transport.
 - S'hauria d'articular a partir de l'existència del C.A.D., centre que exerceix la competència de valoració i reconeixement legal del grau de disminució, el reconeixement de les entitats que ofereixen serveis i equipaments en aquesta subcomarca i la funció d'assignació del recurs més adient per a cada cas.
- Per ser viable la proposta, el C.A.D. hauria de posar al dia l'oferta de places existents, coneixent la seva idiosincràcia terapèutica i institucional, per a una correcta adjudicació de cada una de les pla-
- ces.

El C.A.D. faria una tasca coordinadora a l'ensem que fa les valoracions i control de qualitat dels centres.

- Pel que fa als criteris d'admissió als centres, seria convenient anomenar una comissió mixta, composta pel propi C.A.D., representants dels diferents ens locals i de la iniciativa privada de la zona, que inicialment elaborés criteris d'admissió i prioritats de cobertura de places així com el sistema per accedir-hi i documentació a presentar.

Seria també funció de la comissió articular i vetllar per l'equilibri entre la competència de planificació i ordenació i l'autonomia de ca dascuna de les institucions, actuant sota l'orientació que estableix el mapa de Serveis Socials en aquest àmbit i les normatives que es des pleguin de la Llei de Serveis Socials.

- Pel que fa al finançament dels Serveis Socials i equipaments de la zona hem de constatar que tots ells reben subvenció dels ens públics. Per tal de garantir, en les admissions als centres, que els criteris socials prevaleixin per damunt dels economicistes, caldria articular un sistema de finançament participatiu dels Ajuntaments de la zona en funció dels disminuïts atesos en cada centre per aquelles places que no quedin subvencionades per aportacions de la Generalitat o Diputació.

Per això caldria que les diverses administracions, conjuntament, acor dessin demanar anualment a les entitats subvencionades una documentació homogeneïtzada (memòria, dades econòmiques, programa, etc.).

De l'aplicació d'aquests punts s'aconseguirien els objectius següents:

- . Ordenar l'atenció que es porta des de la zona.
- . Que progressivament les places que ofereix la zona siguin cobertes per disminuïts de la zona
- . L'encert a l'hora de proposar prioritats en les inversions i ubicació dels nous serveis i equipaments.
- . Racionalitzar els recursos que s'ofereixen des de la zona.
- . Implicació de la Iniciativa Privada i Pública en una coor dinació per l'atenció social als disminuïts.
- . Millorar la qualitat en l'atenció al disminuït de la zona.

Proposta final

- Per tal de donar funcionalitat a la proposta, la comissió eleva la petició de què sota la directriu de la Generalitat es prenguin uns acords entre els ens locals i la iniciativa privada en forma de concert per a desplegar els apartats enunciats.
- Anar a curt termini a crear un ens amb personalitat jurídica pròpia que gestioni en el futur serveis i equipaments per arribar a una cobertura total de la zona, tot respectant les autonomies de llurs institucions.

APENDIX:Les dades provinents dels hospitals psiquiàtrics

Quan ja havíem donat per acabat aquest informe ens han arribat les dades referides als deficients mentals de la comarca de Sabadell que es troben internats i reclosos en diversos Hospitals Psiquiàtrics: Sanatori Villablanca de Tarragona (27 persones), Institut Psiquiàtric Nostra Senyora dels Dolors de Sant Boi de Llobregat (6 persones) i Hospital Psiquiàtric Nostra Senyora de Montserrat, també de Sant Boi de Llobregat (6 persones). En total, doncs, 39 persones la descripció de les característiques demogràfiques i socials de les quals és la que se segueix: (1)

- 1) Atenint-nos a la població de residència la distribució és la següent:

Sabadell	26
Montcada i Reixac	4
Cerdanyola	3
S. Perpètua Mogoda	2
Barberà del Vallès	1
Palau de Plegamans	1
S. Cugat del Vallès	1

39

- 2) Considerant el sexe:

Homes	22
Dones	17

- 3) Tenint en compte l'edat:

16-19 anys	4
20-25	11
26-35	8
36-50	7
+ 50	9

(1) Al moment d'elaborar aquest apèndix no teníem a mà la informació dels 12 casos de l'Institut Pere Mata de Reus.

4) Contemplant el Q.I. :

- 20 (profunds)	8
20-35 (greus o severes)	4
36-50 (moderats o migs)	17
51-70 (Bordelines)	8
+ 70	2

5) Si veiem el seu nivell d'autonomia :

25	no caminen sols
23	no controlen esfínters
21	no mengen sols
2	van en cadira de rodes
10	tenen una autonomia total

6) Si observem les activitats que realitzen a l'internat:

22	fan laborteràpia o col.laboren a les feines de la institució de caràcter quotidià (neteja, cuina, jardí, etc.)
10	a més de les anteriors, participen en activitats lúdiques.
6	no fan cap mena d'activitat ni participen en res
1	no consta

7) Si tenim en compte els tipus de tractament rebut:

30	reben un tractament psicofarmacològic
8	no necessiten d'aquest tractament
1	no consta

8) Finalment, cal dir que cap d'entre ells rep una beca o ajuda subsidiària i, pel que es refereix a les dades sòcio-familiars (edat dels pares, si hi ha algun difunt, el nombre de germans i l'edat dels mateixos), les grans absències d'informació no ens permeten fer elaboracions al respecte; no més hi ha 12 casos especificats i que ens permeten dir:

- sembla haver-hi una tendència a tenir pares en edats molt grans, destacant considerablement els qui tenen més de 70 anys.

- hi ha, a més, un predomini de persones els pares dels quals són ja difunts.
- la freqüència de dos i tres germans és notable, encara que també hi ha fills únics.
- en la majoria dels casos, l'edat d'aquests germans excedeix els 50 anys.

Fins aquí la informació pura i simple de les dades que provenen dels centres psiquiàtrics on hi ha deficients mentals reclosos en aquestes institucions. Amb tot, aquesta informació bàsica ens permet fer algunes reflexions al respecte.

1) El 66,7% de la població considerada és resident a Sabadell. En aquesta població sabadellenca, contràriament a la relació de la distribució per sexes general, el 61,5% són dones i hi despunten de manera rellevant les edats compreses entre els 20 i els 50 anys, i hi tenen una representativitat molt inferior els més joves i els més grans.

2) El 56,4% dels internats són homes. Sembla que se segueix la tònica general de buscar solucions més immediatistes i radicals per les persones de sexe masculí.

3) Posant el llistó mitjà d'edat als 35 anys, hi ha una relativa importància numérica inferior a aquesta edat. Contràriament al que intuïtivament es podria creure, la població deficient mental internada en centres psiquiàtrics no és pas necessàriament d'edats massa grans.

4) Pel que fa als quocients intel.lectuals assignats pels diagnòstics, la freqüència modal es troba entre 36 i 50, és a dir, els nivells considerats moderats o mitjans (és el 43,6% de la població considerada) Només una quinta part és dels nivells més profunds.

5) Una quarta part gaudeixen d'una autonomia total. Pel que fa als handicaps considerats, el 35,2% no caminen sols, el 32,4% no controlen els esfínters i el 29,6% no mengen sols; només un 2,8% va en cadira de rodes. El quadre, almenys sobre el paper, és del tipus de persona que en un domicili particular reclama unes atencions que es fa difícil de cobrir sense originar veritables problemes.

6) Només un 15% es mantenen absolutament al marge de les activitats quotidianes de la institució; la participació en activitats labortera-

pèutiques d'una manera o altra i àdhuc la participació en activitats comunitàries són veritablement la tònica general.

7) Hem de fer esment d'aquest 76,9% que rep un tractament psico-farmacològic als nostres hospitals; només en el 20,5% dels casos, la quinta part, és considerat inapropiat aquest tractament.

Se cita el tipus de medicació dispensada i, degudament assessorats, podem reduir-la o sintetitzar-la als següents:

- neurolàptics o tranquil·litzants majors (Meleril, Sinogan, Largactil, Haloperidol, Nemactil, etc)
- barbitúrics antiepilèptics (Mysoline, Epilantil, Rivotril, Comital, Epanutin, Nemactil, etc)
- antiparkinsonians (Akineton, Amantide, Sinemet, etc.)
- tranquil·litzants menors o ansiolítics (Orfidalm etc)

Aquest és el quadre que ens revelen aquestes dades dels hospitals psiquiàtrics referides als deficientes mentals internats en aquests centres.

ANNEXLegislació essencial sobre persones amb disminució psíquica

1.- De forma molt resumida i esquemàtica podem dir que abans de publicar-se la Llei d'integració social dels minusvàlids, el 1982, la legislació espanyola en relació als disminuïts psíquics era, a grans trets, confosa, paternalista, assistencial, graciable, parcial i, en resum, caòtica per la seva dispersió i contradicció.

Després d'uns inicis de Patronats oficials poc concrets, una primera fita remarcable en el camp que analitzem és la Llei 45/60, de 21 de juliol, que crea els Fons Nacionals per l'aplicació social de l'impost i l'Estalvi, que origina la creació i funcionament dels Fons Nacional d'Assistència Social, el de Protecció al Treball i el del Principi d'Igualtat d'Oportunitats, que si bé no neixen per tractar específicament el tema dels disminuïts, facilita que tant els professionals com els pares dels disminuïts psíquics, s'acullin als seus recursos per finançar activitats i centres, i ser durant molts anys l'únic recurs econòmic pels mateixos, amb excepció de la pròpia aportació dels interessats.

Entre Patronats i Comissions amb molt poca eficàcia, s'arribà l'any 1968, en el que per Decret 2421/68, de 20 de setembre, s'introdueix l'assistència dels anomenats aleshores subnormals i minusvàlids a la Seguretat Social, assistència que primer es limita en edat i prestacions i que en normes posteriors va ampliant-se.

Del 22 d'agost de 1970 data la primera regulació laboral dels disminuïts psíquics (Decret 2531/70) que després s'ampliarà en posterior normes.

L'any 1974 sorgeix el SEREM que canalitza l'assessorament i les ajudes oficials als disminuïts psíquics.

L'any 1975 es crea l'Institut Nacional d'Educació Especial, que un any després serà integrat dins el Reial Patronat d'Educació Especial, primer, i Educació i Atenció a Deficients, el 1978.

L'any 1976 es dicten, també, diverses normes legals sobre els treballs dels deficients i un any després, al despenalitzar-se el

joc, s'estableix una part de beneficis a favor dels subnormals, percentatge i destí molt discutit i discutible.

2.- La desaparició de l'antic règim i l'entrada a una societat més democràtica ha comportat canvis essencials al país; canvis de vegades molt més profunds que aparents, i que es reflexen, encara que lentament, a la legislació del país i a la seva filosofia.

L'aprovació, primer, de la reforma política i després, l'any 1978, de la Constitució Espanyola, suposa la consagració d'un estat social de dret i un canvi important en l'orientació normativa.

La nostra Carta Magna estableix en el seu art. 49, que els poders públics duren a terme una política de previsió, tractament, rehabilitació i integració dels disminuïts físics, sensorials i psíquics, als quals es prestarà l'atenció especialitzada que requereixen i els empararan especialment en la consecució dels drets que la Constitució atorga a tots els ciutadans.

Es important l'esmentat article perquè suposa un primer reconeixement legal, al més alt nivell normatiu, no sols de l'existència dels disminuïts psíquics, sino també de la seva equiparació social i legal als demés ciutadans. Si a l'art. 49 de la Llei Gral. d'Educació de l'any 1970 s'esmentava una certa protecció similar, el plantejament de la Constitució, rang a part, dóna a les esmentades persones amb disminució psíquica un tractament molt més global, legal i real.

Posteriorment, i com a desenvolupament en part de la Constitució, la Llei 13/1982, de 7 d'abril, d'integració social dels minusvàlids, suposa ja la consagració d'una llei marc que estableix la filosofia en que ha d'encarar-se la problemàtica dels disminuïts psíquics. És un primer intent de refundició seria i real de la legislació anterior adequant-la a les necessitats reals. Malgrat les crítiques rebudes la LISMI, com també se la coneix, és evident que tota la legislació posterior a nivell estatal i autonòmica, ha estat inspirada en les directrius de la llei. La integració com a finalitat, i la normalització, la individualització del tractament, la descentralització, facilitada per l'estructura autonòmica de l'Estat, la

primacia de les necessitats del disminuït, la necessitat d'una planificació racional i el control de les activitats portades a terme en aquest camp, com a mitjans, són principis que inspiren tota la legislació general posterior, incorporant els disminuïts dins el context normal i general. Aquesta ha estat la millor eficàcia de la llei, que, per altra banda, no ha estat desenvolupada com tots voldriem en els camps concrets que regula: prevenció, diagnòstic i valoració de minusvalies, sistema de prestacions econòmiques, rehabilitació mèdico-funcional, psicològica, educativa, professional, la integració laboral, les barreres arquitectòniques, etc.

3.- En aquest sentit integrador i normalitzador, la Llei orgànica 8/1983, de 25 de juny, que reforma el Codi Penal, incorporant-hi la disminució psíquica com eximent i atenuant, si bé ho fa parlant d'alteracions en la percepció.

Més concreta i específica és la modificació del Codi Civil, portada a terme per Llei 13/1983, de 24 d'octubre, en el que es procedeix a la reforma radical de tot el relatiu a la incapacitat i a la tutela, atorgant una paper primordial en la mateixa a l'autoritat judicial.

4.- La prevenció de la disminució psíquica ha estat afrontada a través de diversa normativa:

- . Instruccions sanitàries. 0.30.4.1980
- . Normes execució del pla nacional. 0.27.4.1981
- . Normes execució del pla nacional. 0.30.3.1982
- . Res. 29.6.1981 i 0.29.6.1981 de la Generalitat de Catalunya.

La Seguretat Social va elevar la quantia de la prestació econòmica per RD. 25.1.1980. L'ordre de 18.10.1985, estableix la consideració de treballadors en atur no subsidiat a efectes de prestació econòmica.

En quant a educació, cal remarcar la següent normativa:

- . La composició i funcions dels equips multiprofessionals
Inst. Nac. Educ. Esp. 0.9.9.1982 i 0.19.1.1983

- . L'ordenació de l'educació especial. Reial Decret 15.10.1982 i Reial Decret 6.3.1985
- . Regulació de centres experimentals a Catalunya L.18.4.1983
- . Ordenació a nivells pre-escolar i bàsica. O.14.6.1983
- . Ordenació a nivell de formació professional. O.18.10.1983
- . Mòduls de subvenció per gratuïtat. O.12.12.1984
- . Planificació i experimentació d'integració 85/86. O.20.3.1985

En relació al treball dels disminuïts psíquics, cal remarcar la darrera normativa:

- . Treball de treballadors minusvàlids. RD. 19.6.1981
- . Contractació temporal de treballadors. RD.3.7.1981 i 3.8.1981
- . Contractació de treballadors minusvàlids. Foment. Re. 25.6.1982
- . Condicions d'empreses protegides i centres especials de treball i d'iniciació productiva .O.16.3.1983
- . Mesures de foment de la contractació laboral. RD. 11.5.1983

En quant a les ajudes econòmiques hi ha diversa normativa al respecte, però cal destacar, a més a més dels plans de prestacions, ajudes públiques a disminuïts i ajudes a centres i institucions:

- . El règim unificat de les ajudes públiques. RD.5.2.1981 i O.5.3.1982, O.15.2.1983, O.13.1.1984
- . Sistema especial de prestacions socials i econòmiques RD. 1.2.1984, O.14.2.1985.
- . Subsidi de garantia de ingressos mínims i per ajuda de tercera persona. RD. 23.1.1985 i RD. 22.2.1985.

En el que fa referència a diagnòstic i valoració de la disminució cal recordar les següents normes:

- . Reconeixement, declaració i qualificació de condició de subnormal. RD. 24.7.1981 i l'Ordre de 5.1.1982.
- . Determinació del grau de minusvalia per ser beneficiari del sistema especial de prestacions socials i econòmiques O.8.3.1984.

Hi ha altra normativa que també és de força aplicació, però el que sembla més important és, repetim, la incorporació del disminuït psíquic a la legislació general del país, el que fa que sigui molt menys marginat i discriminat i molt més integrat a la societat.

14 de gener de 1986

Andreu Corominas. Advocat.

CONSTATACIONS

1. NIVELLS DE COBERTURA ACCEPTABLES
2. DEFICITS D'ATENCIÓ ALS ADULTS
3. EL DISMINUÏT NO ES NECESSÀRIAMENT ATÈI PEL SERVEI QUE LI PERTOCA
4. MASSA BENEFICIARIS DE FORA DE LA ZONA

PROPOSTES

1. CALEN RESIDÈNCIES PER A MAJORS DE 16 ANYS.
2. REFORÇAR L'ATENCIÓ PRIMÀRIA I L'AJUDA DOMILIAR
3. POTENCIAR LA INFORMACIÓ I L'ACCÉS A TUTEL·LES A TOTS ELS DISMINUÏTS.
4. POTENCIAR EL VOLUNTARIAT
5. LLIBRE DISPONIBILITAT DELS RECURSOS DEL SECTOR (TRANSPORT)
6. EXIGIR DEL CAD, NO SOLAMENT LA VALORACIÓ I RECOMENYEMENT LEGAL, SINÓ POSAR AL DIA L'OFERTA I FER LA FUNCIÓ D'ASIGNACIÓ MÉS ABSENT DELS RECURSOS. FUNCIÓ DE COORDINACIÓ.
7. PER CRITERIS D'ADMISSIÓ → COMISSIÓ MIXTA (ENS LOCALS I PRIVATS). SUPRINTENDENT PLANNIFICACIÓ I AUTONOMIA.
8. QUE ELS CRITERIS SOCIALS D'ADMISSIÓ PREVALEIXIN SOBRE ELS ECONÒMICS = SISTEMA DE FINANÇAMENT PARTICIPATIU DELS AJUNTAMENTS. DOCUMENTACIÓ HOMOGÈNEITZADORA DE LES ENTITATS SUBVENCIONADES.
 - Ordenar l'atenció
 - Atenció prioritària a la zona
 - Establir prioritats en les inversions.
 - Racionalització dels recursos
 - Implicació d'iniciativa pública i privada.
 - Millorar la qualitat en l'atenció.

DIRECTRIU CONCERT GENERALITAT

ENTRE ENS LOCALS I INICIATIVA PRIVADA
A CURT TERMINI → ENS MIXTE AMB PERSONALITAT JURÍDICA

Sabadell

promoció { voluntat mancomunada de la iniciativa pública i privada
d'aprofitar els recursos. - rendabilització

8 febrer 1985 → Comissió Organitzadora del Projecte d'Estudi sobre la Discriminació Psíquica a l'àrea d'influència de Sabadell

- 1) Portar a terme l'estudi
- 2) Criteris d'administració, funcionament i gestió dels serveis i equipaments.
- 3) Tirar endavant les propostes

NO SIMPLIFICACIÓ DE LA REALITAT { psicòloga - psiquiàtrica
factors socials

Les dades = fiables? = Clínica - gestió administrativa - beneficència.

{ origen genètic i orgànic (coneguts)
origen social (poc identificables)
medi social

- 1) El cost evolutiu dels equipaments i serveis.
Quins costos? Com trobar indicadors globals?
- 2) El cost de les persones acollides a les institucions
On són les peticions? No hi ha absències? Són deficientes?
- 3) Els costos dels qui cobren el subsidi mensual de la S.S.
Són costos administratius? Són costos de dispositius?

= ambigüitats i zones fosques. Certesa impossible.

Hem treballat sobre una població de 400.940 (1984). Ara = 401.043 + 103 hab.

Esti-
ma-
cion
{ d'ells = 3207
Modulars = 481
Serveis = 280
profunds = 41 } 802

23 institucions
11 tenen profunds (barrejat)
Sabadell - Ripollès = al servei de la comarca.
Sant Cugat - Cardener = d'àmbit més ample
marcats de la iniciativa privada (1960-1970)
1094 persones acollides (moltes de fora)
relativa pau de personal cuidador.
Sabadell i àrees urbanes = municipals i estatus
socio-econòmic baix.
on s'atuen persones de fora comarca = nivell més alt.

1173 persones acollides + 192-195 en llocs d'espera.
El 35,7% són de fora de la comarca.
Domini del sexe masculí
Edat mitjana = 17 anys qui foran amb els deficients adults?
Insuficiència d'atenció a modulars, serveis i profunds.

població { estimada = 802 abundància d'homes subidats
censada 1985 = 911 deficit d'atenció a +18 anys.
afecta = 768 + anòxia i cromosomopatia
molts subidats no atesos.
16% - assistència 40% convivència
40% psicoeducació 5% capacitació laboral

ASSOCIACIÓ PRO DISMINUÏTS PSÍQUICS DE SABADELL I COMARCA



LA DISMINUCIÓ PSÍQUICA
A L'ÀREA D'INFLUÈNCIA DE SABADELL

Apunts per a una planificació

Raimon Bonal
Joan Costa

Fundació Jaume Bofill
Abril de 1986

LA DISMINUCIÓ PSÍQUICA A L'ÀREA D'INFLUÈNCIA DE SABADELL

Apunts per a una planificació

Pròleg	I
Introducció	3
1.- Àmbit de l'estudi	7
2.- El col·lectiu disminuït	7
3.- Els eixos de l'estudi	9
I.- ELS SERVEIS I EQUIPAMENTS EXISTENTS	10
1.- Nombre, nom i ubicació de les institucions i centres de serveis	10
2.- Any fundacional i dependència d'aquestes institucions	13
3.- Les persones acollides i les seves edats	18
4.- Tipus de disminucions ateses	22
5.- El personal cuidador	24
6.- El transport, el menjador i altres serveis que els centres ofereixen	28
7.- Característiques socio-econòmiques de les famílies	32
7.1.- Origen i residència de les famílies	32
7.2.- Status socio-econòmic de les famílies	35
8.- Relacions i contactes de les institucions	36
9.- Punts a tenir en compte	38
II.- EL COL·LECTIU ATES	42
1.- Perspectiva global	42
1.1.- El nombre de persones ateses	43
1.2.- Sexe i edat	47
1.3.- Lloc de residència	48
1.4.- Quocient intel·lectual i grau d'autonomia	53
1.5.- Règim institucional dels acollits	55
1.6.- L'entorn familiar	56
1.6.1.- Composició familiar	56
1.6.2.- Edat dels pares	57
2.- Els aspectes més significatius de les institucions segons les persones acollides	59
2.1.- Les institucions al servei de la comarca	63

2.2.- Els nivells de disminució de les persones ateses	71
2.2.1.- Els profunds. Q.I. menys de 20	73
2.2.2.- Greus o severes. Q.I. de 20 a 35	73
2.2.3.- Els moderats. Q.I. de 36 a 50	74
2.2.4.- Deficients lleus. Q.I. de 51 a 70	75
2.2.5.- Deficients (?) amb Q.I. de més de 70	76
2.2.6.- Altres tipologies	76
2.2.7.- Grau d'autonomia	77
3.- Les poblacions de l'àrea d'estudi i el seu col·lectiu disminuït	78
3.1.- Sexe i edat dels disminuïts segons el lloc de residència	78
3.2.- El Q.I. segons el municipi de residència	81
3.3.- El Q.I. i els diferents grups d'edat	83
3.4.- Una qüestió final	86
3.5.- Conclusions	87
III.- L'ANÀLISI DE LES DADES DE L'INSS	89
1.- L'anàlisi de la variable sexe	91
2.- L'anàlisi de la variable edat	92
3.- L'anàlisi de la variable etiològica	94
4.- L'anàlisi de la variable intel·ligència	96
5.- L'anàlisi del nivell d'autonomia	100
6.- Conclusions	101
IV.- A MANERA DE PROPOSTA	103
APÈNDIX - Les dades provinents dels hospitals psiquiàtrics	106
Legislació essencial sobre persones amb disminució psíquica	110
L'atenció primària en la funció assistencial i preventiva de la disminució psíquica	114

Pròleg

Aquesta aproximació a la minusvàlua psíquica de Sabadell i la seva zona d'influència ve marcada per una doble originalitat. La primera és que la seva promoció hagi nascut de la voluntat mancomunada de la iniciativa pública i privada amb el propòsit explícit d'ordenar els recursos i els serveis que s'adrecen als disminuïts psíquics. La segona és la decisió ben evident de traduir l'observació de la realitat i les conclusions operatives que se'n desprenen, en una important labor sobre els disminuïts psíquics mentre no es posi en marxa el Mapa dels Serveis Socials de Catalunya, amb el decidit propòsit d'aprofitar els recursos tant com es pugui i amb la consciència plena que s'està duent a terme una funció substitutòria de la Generalitat de Catalunya.

Ambdues, concentració d'esforços i aprofitament de recursos, van estretament lligades en la seva mateixa intencionalitat i tenen la virtut de respondre a una preocupació i a una inquietud que s'ha deixat sentir ben sovint en el camp concret de la intervenció social.

La data culminant que marca la fita concreta i la consagració definitiva d'aquestes intencions és la del 8 de febrer del 1985, convocatòria que es concretà en la reunió de la sala de plens de l'Ajuntament de Sabadell i que donà forma definitiva a la Comissió Organitzadora del Projecte d'Estudi sobre la Disminució Psíquica a l'àrea d'influència de Sabadell amb participació de tots els municipis de la zona i amb l'objectiu de, partint dels resultats de l'estudi, elaborar unes propostes que puguin ésser objecte de preses de decisions per part dels ens públics sobre futures inversions pressupostàries en una línia de coordinació i racionalització dels recursos i, per tant, fer tirar endavant les propostes.

En aquesta reunió hi eren presents, per part de l'Excma. Diputació de Barcelona, el diputat Sr. Ramon Manent, el coordinador de Serveis Socials Sr. Tomas Merin, l'assistent social Sra. Rosa Raga, el tècnic sanitari Sr. Santos Hijos i el cap de Serveis Socials Sra. Glòria Wilhelmi. Per part de l'Ajuntament de Sabadell, el tinent d'alcalde d'equipaments socials Sr. Ramon Alvarez, el cap de gestió dels Serveis Socials Sra. Montserrat Nebot i l'assistent social Sra. Amàlia Marquès. Per part de l'Ajuntament de Sant Cugat, l'assistent social Sra. Carme Llompart. Per part de l'Ajuntament de Barberà del Vallès, la Sra. Elvira Palau. Per part de la Mancomunitat Ciutat Badia, la regidora Antònia Redondo i l'assistent social Sra. M' Dolors

Elisazu. Per part de l'Ajuntament de Palau de Plegamans, la regidora Sra. Núria Montada. Per part de l'Ajuntament de Santa Perpètua de Mogoda, la psicòloga Sra. Aurora Sánchez. Per part de l'Ajuntament de Sant Quirze del Vallès, l'assistent social Sra. Pilar Porcel. Per part de l'Ajuntament de Montcada i Reixac, la regidora Sra. Zebina La Calle i l'assistent social Sra. Anna Oliver. Per part de l'Ajuntament de Castellar del Vallès, l'alcalde Sr. Miquel Pont i l'assistent social Sra. Anna Vilanova. Per part de la Fundació Jaume Bofill, el sociòleg Raimon Bonal. Per part de l'Associació Pro-Disminuïts Psíquics de Sabadell i comarca, el gerent Sr. Jaume Rovira i l'assistent social Sra. Maria Piñol. Per part de l'Associació Disminuïts de Sabadell, la vice-president Sra. Carme Serra. Va actuar de secretari el Sr. Josep Lluís Rodríguez, cap de secció d'equipaments socials de l'Ajuntament de Sabadell.

L'absència de representants dels Ajuntaments de Cerdanyola i Ripollet no suposa pas una dificultat major perquè, d'una banda constava la seva adhesió i, per l'altra se'ls va tenir al corrent del que s'havia tractat amb la tramesa de la documentació que feia al cas.

Aquell 8 de febrer, la comissió va quedar oficialitzada, malgrat que ja s'havia dut a terme un treball previ de la mateixa preparant l'estudi sobre la disminució psíquica.

L'objectiu fonamental d'aquesta tasca és l'intent de fer una labor positiva, encara que sigui de caràcter supletori i de definir els problemes per a poder organitzar millor els serveis corresponents. L'esforç conjunt de la iniciativa pública i privada és una garantia d'eficàcia i de voluntat coordinadora amb una planificació conjunta del treball social en un àmbit tan necessitat de rendabilització de recursos com és el de la subnormalitat.

Els diversos Ajuntaments van prendre acords per a designar representants a la comissió la constitució de la qual quedà integrada definitivament per les persones següents:

- Sant Llorenç Savall: polític, Maite Mañosa Morales; tècnic, Àngels Vilanova
 Palau de Plegamans: polític, Joan Payola i riera i Núria Muntada i Pagès;
 tècnic, Carme Martos i Martínez.
 Santa Perpètua de Mogoda: polític, Joan Díaz; tècnic, Aurora Sánchez.
 Sant Quirze del Vallès: polític, José V. Santafé Llopis; tècnic, Pilar Porcel
 i Omar.
 Montcada i Reixac: polític, Zebina La Calle Ortiz de Mendivil; tècnic, Anna
 Oliver Pacheco.

Castellar del Vallès: polític, Enric Mas i tapuerca; tècnic, Àngels Vilanova.
Ciutat Badia: polític, M^a Antònia Redondo; tècnic, M' Dolors Elisazu.
Barberà del Vallès: polític, Antonio Guzmán Porrás; tècnic, M^a Dolors Elisazu.
Sentmenat: polític, Luis Roas Martín.
Ripollet: polític, Víctor Pascual Gascón; tècnic, Montserrat Mas.
Sant Cugat del Vallès: (encara pendent de designar representants).

El marc geogràfic d'actuació serà, doncs, la comarca, no pas en sentit geogràfic ni polític, sinó la determinada per la prestació d'uns serveis. Encara que la Diputació Provincial n'assumeix la coordinació, el centre d'actuacions serà Sabadell, precisament per donar operativitat i viabilitat a l'empresa.

A part de les propostes concretes que la comissió elaborarà partint de la realitat existent, serà també missió seva establir els criteris d'admissió, funcionament i gestió dels serveis i equipaments que es posin en marxa. I una vegada realitzat l'estudi, és també funció de la comissió fer tirar endavant les propostes.

Aquesta voluntat col·lectiva àmplia i generosa és allò que explica la raó d'ésser de l'anàlisi que s'ha dut a terme.

LA DISMINUCIÓ PSÍQUICA A L'ÀREA D'INFLUÈNCIA DE SABADELL

Apunts per a una planificació

Introducció

L'aproximació a la realitat de la deficiència mental és sempre una labor complicada, no solament per la dificultat d'accés a la informació que moltes vegades és considerada reservada, sinó també per la complicació àrdua de definir el mateix objecte de l'estudi.

La força poderosa de la definició clínica i psiquiàtrica de la deficiència mental complica extraordinàriament les coses, puix que sovint ens obliga a fer derivacions no expressament volgudes entorn de la visió simple i entenedora que ja fa temps fou formulada per Francesc Tosquelles (1):

"La deficiència mental constitueix una síndrome que es manifesta i que pot ésser característica de certes malalties... La deficiència mental és un concepte que qualifica un conjunt de conductes de l'home".

Hi ha, per tant, uns determinants sociològics que influiran no solament en la causalitat sinó en la mateixa definició del problema. El retard mental no és una malaltia, sinó una síndrome definida com un conjunt de símptomes i signes. La persona no té la intel·ligència que és habitual a la massa de la població en què viu i, per tant, no s'adaptarà a les seves exigències culturals.

La ciència va abandonant la vella idea de determinar relacions de causa a efecte i tendeix cada vegada més a buscar relacions de correspondència entre diferents fenòmens. La deficiència mental neix d'una real disminució intel·lectual que, tant pel que es refereix a l'agreujament de la problemàtica com a la relació estreta amb el nivell de segregació social conseqüent, està estretament lligada a factors de tipus contextual que determinen els paràmetres de la seva veritable dimensió.

(1) Tosquelles, F., El maternatge terapèutic en els deficients mentals profunds, Barcelona, Nova Terra, Novembre 1973, Col·lecció Nadal.

De tot plegat en podem concloure que es poden cometre simplificacions massa reductives a causa d'una doble limitació: ni es pot concentrar tot en uns elements psiquiàtrics ni es poden escamotejar les dades fonamentals del problema que parteixen d'una indefugible disminució. No es pot simplificar la realitat ni en els seus aspectes individuals ni en la seva dimensió col·lectiva; les dades de la clínica i les que ens aporten les ciències socials són absolutament inseparables.

Tota recerca va precedida d'una problemàtica i en el nostre cas és en certa manera determinada pel que ens proposem com a objectiu final: tenir uns elements de judici que permetin l'elaboració d'un disseny per a la planificació dels equipaments i serveis necessaris, indispensables i adients per tal de cobrir els requeriments bàsics de la població afectada.

L'objectiu final, doncs, vol tenir en compte la realitat existent pel que es refereix a la població afectada i és, per tant, una perspectiva amb voluntat clara de definir els contorns del problema en la globalitat de les seves dimensions; però el punt de partida ha de fer recurs a uns instruments que, almenys, plantegen dubtes raonables entorn de la seva fiabilitat: les dades de la clínica filtrades i garbellades per la gestió administrativa i, no pas poques vegades, per la beneficència. Ens preguntem justificadament si les nostres fonts són les més adequades per tal d'assolir l'objectiu final anteriorment esmentat.

Es coneix intuïtivament la realitat de la subnormalitat; però a l'hora de definir-ne l'etiologia o les determinants concretes d'una definició clínica hi ha una forta ambigüitat. La definició de la deficiència mental passa sovint pels elements que la determinen, la qualifiquen i la tipifiquen; concretament passa més aviat per l'element de la síndrome que és la lectura més aparent i manifesta i se'ns escapa de manera freqüent el veritable fons del problema. Com procedir, doncs, a una aproximació quantificada de la realitat? Heus aquí el gran enigma.

Si els orígens genètics i orgànics són prou definits, els orígens socials tals com els accidents obstètrics i els medis socials poc estimulants tenen dificultat d'ésser concretats i, encara, hauríem de considerar les causes desconegudes que no són pas poc freqüents. Aquí hi radica la veritable confusió de les mateixes dades que repercuteix directament en la mateixa metodologia

d'aproximació a la realitat. Mentre no es pugui arribar a una concepció globalitzadora hi haurà sempre la inseguretats a l'hora de pensar que es coneix exhaustivament tota la realitat que es vol captar.

Les fonts que componen la infraestructura d'aquesta informació són tanmateix ben diferents.

La primera, que ha estat l'objecte del primer capítol, ve constituïda pel cens exhaustiu dels equipaments i serveis existents en la comarca o àrea d'influència de Sabadell. És una recollida de dades a nivell institucional que permet una aproximació a la realitat assistencial existent pel que es refereix a la dotació actual per aquest col·lectiu. Com es veurà posteriorment, no fou fàcil prendre un acord comú entorn de les mateixes institucions que havien d'integrar el conjunt d'aquesta anàlisi.

El que, en principi, era una labor fàcil, es va complicar per la impossibilitat de traduir les informacions donades en indicadors clars i diferenciats que es prestessin fàcilment a la manipulació estadística i, per tant, a una inducció apta a fer generalitzacions definitives entorn del col·lectiu estudiat; sempre hi roman el dubte entorn del sentit veritable del mateix contingut del que se'ns ha confiat.

La segona font que compon el nostre segon gran capítol és la que, provenint de les mateixes institucions, fa referència a informacions concretes referides a cadascuna de les persones acollides. Les dades cobreixen tant els elements objectius com són ara les variables del sexe, l'edat, el lloc de residència i les referències al col·lectiu familiar, com les peculiaritats específiques del diagnòstic: el coeficient intel·lectual, el nivell d'autonomia.

Des de la nostra perspectiva d'anàlisi, el tema central de l'elaboració d'aquesta informació es centrava en la problemàtica de l'entorn familiar i socio-econòmic. Però la veritat és que el despulament de les dades ens donava una bona quantitat d'imprecisions. Per exemple: en la composició familiar pel nombre de membres de la família, ¿quines llars eren nuclears o eren més aviat famílies àmplies amb presència d'avis, d'oncles o de familiars pròxims? ¿Quin lloc ocupa en l'escala de germans el deficient mental? Quan es parla de les edats dels pares i hi ha absències informatives d'un dels cònjuges, ¿és per defunció, per separació conjugal o simplement és que s'ignora la variable? Per altra banda, sorprèn contemplar com en el col·lectiu

de persones efectivament ateses a l'àrea d'influència de Sabadell, hi ha un relatiu percentatge de persones que, almenys pel que fa referència al coeficient intel·lectual, són definides com a "normals". La sorpresa s'intensifica quan aquestes persones no són pas les de les quatre institucions que ja sabem que no es dediquen específicament a la problemàtica que ens ocupa.

La tercera font informativa i que és l'objecte del nostre tercer capítol, és la que prové dels llistats de la Seguretat Social referents als qui cobren el subsidi mensual en concepte d'ajuda a l'educació de la persona afectada.

La gran dificultat d'aquestes dades radica en l'aspecte administratiu de les mateixes exclusivament adreçades a obtenir una ajuda econòmica periòdica. La confiabilitat dels diagnòstics practicats que contenen és clarament dubtosa malgrat que aquesta sigui l'única base estadística sòlida existent.

No és estrany, doncs, que, a partir de tot el que acabem de dir, un cens sobre la subnormalitat en una àrea concreta presenti ambigüitats i zones fosques; l'ajustament matemàtic és del tot impossible de portar a terme. Adhuc hom acaba pensant si la pràctica concreta en la manera d'actuar no ha estat la d'anar improvisant solucions a mesura que la problemàtica s'anava presentant.

Les dificultats esmentades que, per altra banda, no ens són pas noves ni desconegudes, fan que l'informe que presentem estigui carregat de matisos que no autoritzen a fer afirmacions definitives; la certesa, en aquest tema, no és, de cap manera, una constant.

Ens movem en uns paràmetres d'ambigüitat i de pures aproximacions i, per tant, les induccions que es desprenen d'aquesta anàlisi són acostaments vàlids a una realitat tremendament complexa. La lectura crítica d'aquest informe ha de fer forçosament la resta i ha de permetre a l'activitat dels planificadors fer un esboç o un programa que, prenent aquesta elaboració com a indicativa, accepti el risc de dibuixar uns camins possibles d'actuació i d'intervenció social vàlids per un futur més o menys pròxim o llunyà.

1.- Àmbit de l'estudi

L'àrea geogràfica que comprèn l'estudi constitueix un sub-sector determinat per la zona d'influència directa de la capital, Sabadell. Els municipis que s'han considerat implicats en aquest sub-sector són els següents:

SABADELL	189.775 habitants
SANT QUIRZE DEL VALLES	5.650 habitants
BARBERA DEL VALLES	29.051 habitants
CERDANYOLA DEL VALLES	52.337 habitants
RIPOLLET	25.896 habitants
SANT CUGAT DEL VALLES	33.073 habitants
MONTCADA I REIXAC	26.413 habitants
SANTA PERPETUA DE MOGODA	13.750 habitants
SENTMENAT	3.870 habitants
PALAU DE PLEGAMANS	5.007 habitants
CASTELLAR DEL VALLES	11.840 habitants
SANT LLORENÇ SAVALL	1.957 habitants
POLINYA	2.321 habitants
TOTAL	400.940 habitants

Aquest col·lectiu està calculat segons els padrons municipals del desembre del 1984.

Totes les anàlisis que en el transcurs de l'estudi portarem a terme se situen dins aquest marc geogràfic. Quan parlem d'institucions, tindrem en compte únicament les ubicades en aquest sector geogràfic, i quan parlem del col·lectiu de persones ens referirem a les residents dins aquest àmbit geogràfic, malgrat que en l'actualitat siguin ateses en algun centre o institució ubicat fora d'aquest context.

2.- El col·lectiu disminuït

L'objectiu de l'estudi se centra en l'anàlisi de la població assistida i de l'equipament existent per atendre el col·lectiu de disminuïts.

Malgrat això, ens sembla oportú fer un intent per estimar, de manera mínimament fiable, l'embalum que presenta la deficiència mental en aquest

àmbit geogràfic. Voler fer una estimació d'aquest tipus, vol dir intentar una qualificació del col·lectiu de disminuïts psíquics en els seus diferents nivells.

Segons el DSM III, en l'actualitat, aproximadament un 1% de la població reuneix els criteris pel diagnòstic de retard mental.

Dintre de la població afectada:

- el 80% de la mateixa compon el subtipus de retard mental lleu
- el 12% és el subgrup de moderats
- el 7% el componen el grup dels greus (severs)
- un 1% de la població afectada són profunds

Apliquem aquests criteris al nostre subsector del Vallès Occidental, considerant el cens actual de les següents poblacions:

		LLEUS	MODERATS	GREUS	PROFUNDS
SABADELL	189.775	1.518	227	132	20
SANT QUIRZE	5.650	45	7	4	1
BARBERÀ (1)	29.051	233	33	21	3
CERDANYOLA (2)	52.337	419	64	36	6
RIPOLLET	25.896	206	31	18	2
SANT CUGAT	33.073	265	40	23	3
MONTCADA I R.	26.413	212	32	18	3
SANTA PERPETUA	13.750	111	16	10	2
SENTMENAT	3.870	30	5	3	-
PALAU PLEGAMANS	5.007	40	6	4	-
CASTELLAR V.	11.840	95	14	8	1
SANT LLORENÇ S.	1.957	15	3	1	-
POLINYA	2.321	18	3	2	-
TOTAL	400.940				

(1) Hi ha inclosa la part corresponent a Ciutat Badia

(2) Hi ha inclosa la part corresponent a Ciutat Badia

En el nostre sector hi ha d'haver, doncs,

	3.207	persones disminuïdes de nivell lleu
	431	persones disminuïdes de nivell moderat
	280	persones disminuïdes de nivell sever
	41	persones disminuïdes de nivell profund
TOTAL	4.009	

3.- Els eixos de l'estudi

Tenint molt clar l'objectiu final de l'estudi -trobar elements que permetin elaborar un disseny de planificació d'equipaments- és obvi que els eixos determinats del nostre estudi seran, per una part els equipaments existents en l'àrea: quants son, a qui acullen, quines necessitats cobreixen, quins estan realment al servei de la comarca... i per altra part la informació anteriorment esmentada que ens facilitarà dades personals de la població afectada, tenint en compte no solament els trets i característiques referents a la disminució, sinó també les condicions familiars i socio-econòmiques que giren entorn del problema de la disminució.

Aquests eixos determinants i estructurants de l'estudi tindran present constantment un nivell de disminució que és en la base de totes les preocupacions de la Comissió interessada en el present estudi: els casos més greus de disminució, els profunds.

I.- ELS SERVEIS I EQUIPAMENTS EXISTENTS

La recollida de dades i la informació referents als equipaments i serveis existents s'ha portat a terme durant els mesos de febrer, març i abril del 1985.

Tenim la quasi-certesa que hem arribat a totes les institucions que fins el maig del 1985 estaven ubicades en l'àmbit geogràfic que cobreix l'estudi. Si darrerament n'ha sorgit alguna altra, no figurarà lògicament en el nostre estudi.

1.- Nombre, nom i ubicació de les institucions i centres de serveis

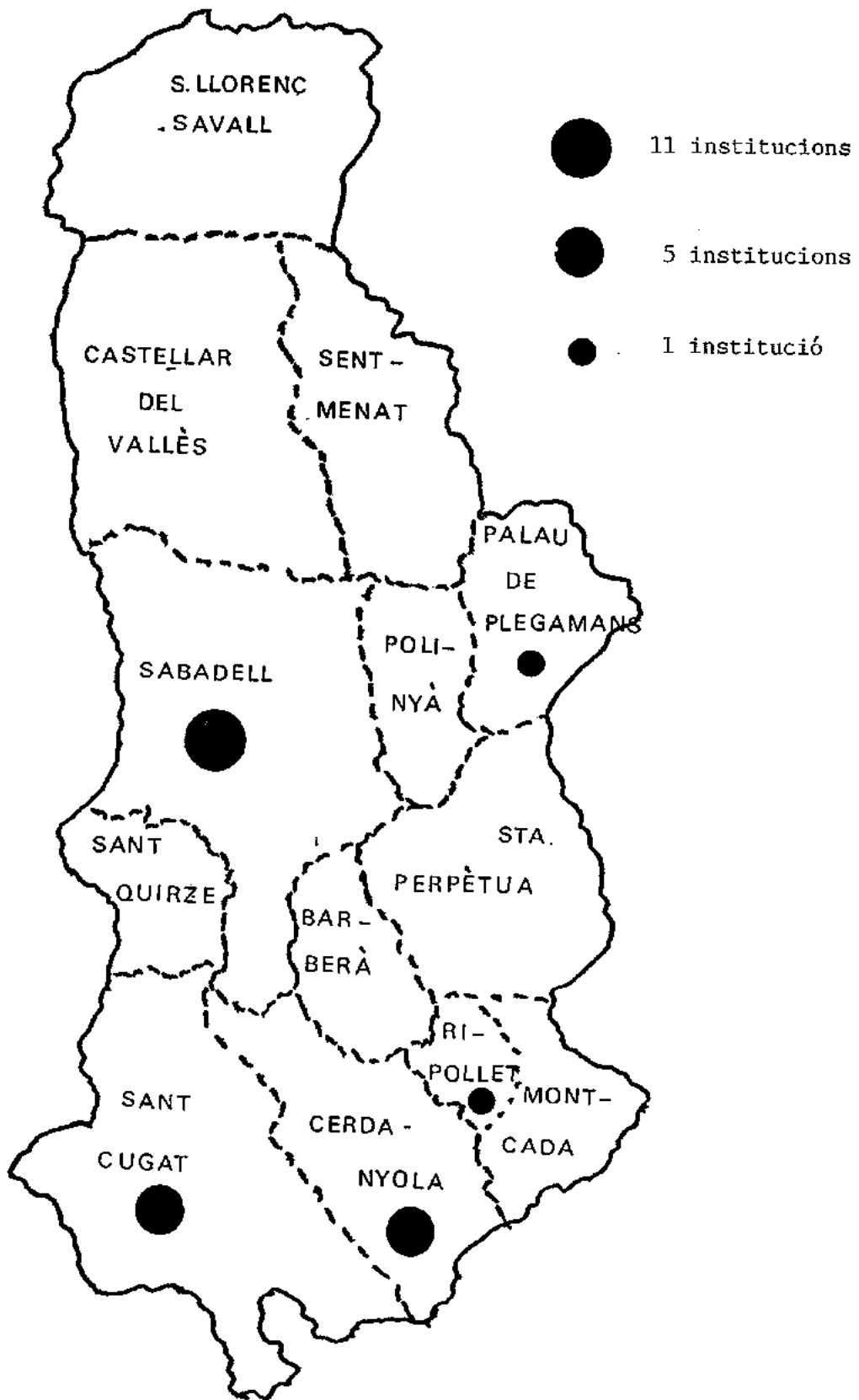
El nombre de les institucions visitades és de 23. En el quadre que donem a la plana següent, distribuïm aquestes institucions segons la seva ubicació geogràfica i el servei que presten.

Notes del quadre de la pàgina següent

- (1) D'aquesta Associació en depenen el Centre Arimon i el Club Estona
Aquesta Associació compta també amb:
 - Residència
 - Casa de Colònies
 - Servei d'Orientació i Diagnòstic (Servei de Tutela, Assistència Social...)
 - Una revista "INFORMA" per als seus associats
- (2) L'Associació ASPASUR compta amb els tallers que porten també aquest nom.
- (3) Aquest Centre BELLAIRE és únicament per autistes
- (4) És una escola per nois de conducta difícil

	SABADELL	CERDANYOLA	SANT CUGAT	RIPOULET	PALAU DE PLEGAMANS
Associacions	Asociació Pro-Diminuïts Psíquics de Sabadell i Comarca (1)	ASPASUR (2)	ASDI		
Diagnòstic-Orientació	Equip Assessorament Psico-Pedagògic Servei Estimulació precoç Clínica Sant Jesús				
Tractament Ambulatori					
Esplai	Club Estona				
Escola	La Garrotxa Xaloc Clar Horitzó Sta. Gemma Bellapart	E.E. de Formació Professional Flor de Maig	C.E. Especial ASPANIAS	Escola Pública Jeroni de Moragas (E.E.)	Escola Josep Pedragosa (4)
Tallers	Cipo Xalest	ASPASUR Tallers ONA	Taller Jeroni de Moragas		
Assistencial Residència	Centre Marimón	Institució M. Montero Centre BELLAIRE (3)	Cooperativa ESTEL C.S. MEDIR		

GRAFIC 1: UBICACIÓ DE LES INSTITUCIONS



Cal fer unes precisions en la lectura del quadre anterior. La primera és que la ubicació geogràfica d'aquests equipaments i serveis no vol dir que estiguin en funció i al servei de les comunitats dels llocs on estan ubicats; en anàlisis posteriors aquesta qüestió quedarà molt més clara.

La segona és més una constatació que una precisió. Aquestes institucions estan ubicades en unes àrees molt precises: la capital de comarca, Sabadell, n'aplega el 47,8%, un altre 47,7% l'apleguen els pobles límits amb la capital-Barcelona. Només una institució queda despenjada de tot aquest entorn i la trobem situada a Palau de Plegamans.

És totalment lògic que aquest tipus d'equipaments siguin presents de manera rellevant en les aglomeracions urbanes, ja que, com més nombre d'habitants, més problema quantitatiu es presenta, però les poblacions de Sant Cugat, Cerdanyola i Ripollet, malgrat formar part del Vallès i tenir un bon nombre d'habitants, cal reconèixer que van molt a remolc de la gran conurbació barcelonina.

La darrera precisió és que en aquest col·lectiu hi hem inclòs institucions que en base a la informació que tenim no estan directament vinculades a la problemàtica del nostre estudi. Es tracta de Xalest, ubicada a Sabadell, i que atén principalment problemàtica de conducta i marginació, de la Gavina que atén principalment disminucions físiques, l'escola Josep Pedragosa de Palau de Plegamans, depenent de la Conselleria de Justícia, que atén problemàtica d'inadaptació social i el Centre Bellaire de Cerdanyola que es dedica específicament a problemes d'autisme i psicòtics. Malgrat això, hem cregut convenient incloure-les, tant perquè són uns equipaments existents a la zona, com perquè darrera d'aquesta problemàtica d'inadaptació social pot haver-hi algun element que interessi al planteig del nostre estudi.

2.- Any fundacional i dependència d'aquestes institucions

Aquests equipaments i serveis tenen el seu origen a partir de la dècada dels anys 60. No ens consta, a través de la nostra informació, que alguna d'aquestes institucions tingui el seu origen en anys anteriors.

Però abans de situar-nos en el marc concret i definit de totes i cada una de les institucions tal com ens han quedat reflectides en la informació rebuda o recollida, creiem que és necessari puntualitzar alguns fets. Hem

dit que quasi el 50% de les institucions de l'àrea d'estudi estan ubicades a Sabadell. La lògica de la concentració de la població podria explicar-nos sobradament el fet. Però hi ha un altre element en joc, que ha estat definitori i decisiu en tota aquesta qüestió dels equipaments i serveis per els disminuïts psíquics. Aquest element no és altre que "l'Associació pro-disminuïts psíquics de Sabadell i comarca".

Aquest nom no surt a la llum pública i amb entitat jurídica pròpia fins l'any 1981. Darrera queden més de 20 anys de lluita i esforços realitzats amb altres denominacions. Les arrels les podem situar l'any 1959 quan a Sabadell es crea "El Patronato de Acción Social y ciudadana de la Industria de Sabadell". La junta d'aquest Patronat, per un acord pres el gener del 1963, crea l'Associació Pro-subnormals de Sabadell, formada bàsicament per 6 famílies i que comença a funcionar com una secció del Patronat sense entitat jurídica pròpia però amb plena autonomia d'acció.

Aquesta Associació és de les pioneres en la creació de la "Federación Española de Asociaciones Protectoras de Subnormales-FEAPS", l'any 1964. És aquest any mateix que es crea el Consell Escolar Primari de l'Escola d'E.E. Santa Gemma. Ubicat en aquesta mateixa escola s'inaugura el Centre de Diagnòstic.

Les accions i projectes de l'Associació són constants, però no és l'objectiu d'aquest estudi fer una història i anàlisi de tota la tasca portada a terme. Però sí cal fer esment de tot això ja que és un punt de referència més que necessari a l'hora d'entendre la situació actual.

L'any 1969, l'Associació en assemblea constituent crea la Cooperativa Industrial de Promoció Obrera (CIPO), que és la forma jurídica que adopten els tallers protegits ja existents anteriorment.

L'any 1972 l'Associació inaugura el Centre-Escola Arimon. L'any 1973 és presentat el Club Estona, promogut també per la mateixa Associació.

El president de l'Associació és un dels principals promotors de la APPS. També trobem el president de l'Associació en la creació i direcció de la Institució Montserrat Montero.

El llistat seria llarguíssim. Donem només algunes pinzellades del que ha suposat l'acció de l'actual Associació pro-disminuïts psíquics de Sabadell i comarca. La trobem present en tots i cada un dels moments en què s'intenta i es realitza alguna acció encarada a la problemàtica de la disminució psíquica. És per aquest motiu que hem volgut significar la seva importància.

Segurament que l'anàlisi que tot seguit farem, malgrat aparèixer com un col·lectiu d'institucions i entitats singulars i independents, tindrà molta més coherència si sabem que darrera la majoria d'elles hi ha un denominador comú: l'Associació pro-disminuïts psíquics de Sabadell i Comarca.

Tenint en compte tot aquest petit preàmbul històric, es poden marcar clarament les etapes següents:

- La dècada dels anys 60 apareix com la dècada de la capital de la comarca. Tots els equipaments i serveis que tenen origen durant aquests anys tenen la seva ubicació a Sabadell. Segurament que tot el petit preàmbul històric que hem fet pot explicar-nos molt bé aquesta primera constatació.

- La dècada dels anys 70, té una altra zona d'extensió, la més propera a la gran conurbació barcelonina però sense excloure la presència de nous equipaments a Sabadell. Per altra part, és la dècada en què hi trobem l'aparició del nombre d'equipaments més gran, en el marc geogràfic del nostre estudi.

- Els anys de la dècada dels 80, poques novetats ens aporten. La majoria d'equipaments ja funcionaven. Però cal esperar l'acabament d'aquesta dècada per fer una valoració del que ha passat.

Com en la majoria d'aquests equipaments i Serveis, sempre trobem en els seus inicis uns pares afectats que s'agrupen, es constitueixen en entitat i posen en marxa i legalitzen l'escola, taller... etc. o bé un grup de professionals que s'associen per posar en marxa un centre per autistes, psicòtics...

Normalment no és l'Administració qui estudia el problema, planifica i posa en marxa; si es dona el cas que l'Administració hi és present, serà posteriorment, amb les ajudes o subvencions, o també assumint la total responsabilitat de la institució ja establerta. Però això es dona en el mínim dels casos.

La història d'aquests centres ve marcada normalment per uns trets molt definits: uns pares afectats, uns professionals, uns treballadors socials que són conscients del problema i es mouen per trobar-hi una solució. En segon lloc, la precarietat inicial del seu funcionament tant pel que fa referència a mitjans econòmics com al lloc i espai en què s'han d'ubicar; en tercer lloc, la situació obsoleta que presenten aquests centres al poc temps del seu funcionament, obligant a uns canvis de local o a millores i ampliacions

de l'antic amb la problemàtica de tot ordre que això suposa; en darrer terme, la constant pressió dels pares, professionals i altres responsables dels Centres per aconseguir les subvencions de les diferents Administracions que permetin la subsistència i les millores del servei: adquisició de nous locals, cessió de locals per part de les administracions municipals, beques i diners de diferents ministeris...

Els centres que s'escapen d'aquesta tònica són els que des d'un bon començament neixen a l'ombra de l'Administració Provincial, com és Flor de Maig o Montserrat Montero, després de la seva creació per la APS catalana s'acull al conveni amb la Diputació.

Per aquest motiu, la dependència institucional és normalment "privada". S'han legalitzat com Associacions, escoles, tallers... Aquesta és la tònica general. Les excepcions les constitueixen els equipaments que figuren com a públics. En el col·lectiu que nosaltres estem analitzant hi trobem:

- Santa Gemma, Sabadell, que depèn de la Generalitat.
- Bellapart, id.
- Jeroni de Moragas, Ripollet, que depèn de la Generalitat
- Josep Pedragosa, Palau de Plegamans, que depèn de la Generalitat
- Flor de Maig, Cerdanyola, Patronat de la Diputació.

En aquest paquet podríem considerar-hi la Institució Montserrat Montero que té subscrit un conveni amb la Diputació.

Tota una altra qüestió són els equips Psico-Pedagògics i el Centre de Medicina Preventiva, tots dos de Sabadell, en els quals hi estan implicats diferents organismes: La Caixa de Sabadell, l'Ajuntament, la Generalitat...

Una cosa és la dependència institucional i una altra és la dependència econòmica. No pel fet que una institució sigui privada hem de suposar que pot assumir tota la dinàmica econòmica que suposa el funcionament de l'entitat, sobretot quan es tracta d'equipaments com els que nosaltres estem estudiant.

És impossible determinar, millor dit, concretar uns preus estàndards a partir de la informació de què disposem. Per altra part, les característiques d'aquests centres, la problemàtica que tracten i les disponibilitats de les famílies afectades són elements determinants a l'hora de pensar en els costos, les despeses, els ingressos...

Tenint en compte aquesta situació i amb la informació de què disposem

farem una classificació de les diferents institucions respecte a la seva dinàmica econòmica.

Entitats totalment gratuïtes

ESCOLES

E.E. especial Jeroni de Moragas
 Santa Gemma - Bellapart
 E.E. Formació Professional Flor de Maig

RESIDENCIES

Institució Montserrat Montero

SERVEIS DE DIAGNOSTIC - ORIENTACIÓ - TRACTAMENT AMBULATORI

Equip Assessorament Psico-Pedagògic
 Servei de Salut Escolar

També és totalment gratuïta l'escola Josep Pedragosa, però donades les característiques d'aquesta institució, creiem que no ha de constar com un equipament gratuït per als deficients mentals.

Entitats no gratuïtes i amb ajuda de l'Administració

ESCOLES

Escola Xaloc (9.600 ₧ mensuals)
 Centre E.E. Aspanias

TALLERS

Tallers Aspanias (2.500 ₧ mensuals)
 Tallers Jeroni de Moragas (5.000 ₧ mensuals)

ASSISTENCIAL

Centre Arimon (5.000 ₧ mensuals)

RESIDENCIES

Cooperativa Estel (1.000 ₧ diàries)
 Centre Sant Medir (67.275 ₧ mensuals - No és el cost real)

ESPLAI

club Estona

Entrarien en aquesta tipologia el taller-escola Xalest, l'escola La Gavina i el Centre Bellaire, que com s'ha dit ja no són equipaments al servei de la deficiència mental.

Entitats no gratuïtes i sense subvencióESCOLES

Clar Horitzó (25.000 ₣; 20.000 ₣ mitja jornada; 10.000 ₣ tres dies a la setmana)

TALLERS

Tallers ONA (17.500 ₣ mensuals)

El ventall és prou ampli i les dificultats per establir uns barems queden clares. Una cosa és evident: la família que té algun membre del nucli familiar afectat de disminució psíquica, a més de la disminució, té greus problemes i dificultats per trobar l'equipament o el servei per atendre la situació, i algunes vegades, quan el troba, les condicions econòmiques exigides el fan inassequible.

Aquesta qüestió econòmica necessita, per situar-la realment al seu lloc, que la relacionem amb el tipus de problemàtica que acull cada centre, el nombre de persones acollides, el tipus de servei que presta... Aquestes són qüestions que, amb més o menys profunditat, anirem tocant al llarg de l'estudi, amb la pretensió que la imatge final respongui el màxim possible a la realitat.

3.- Les persones acollides i les seves edats

Aquesta qüestió la tractarem de manera global, i n'explicarem el perquè. en el capítol proper analitzarem específicament les dades personals del col·lectiu que atenen aquestes institucions: sexe, edat, residència... i això ens permetrà diversificar amb més exactitud els diferents grups d'edat i diferents nivells de disminució entre moltes altres variables.

En aquest capítol dedicat a les institucions, les dades referents al personal acollit són considerades en la seva globalitat, i això no ens permet apreciar i diferenciar situacions que, de no tenir-les en compte, poden falsejar la realitat; per exemple, el cas de les persones que formen part de dues institucions com poden ésser un taller, una escola i un esplai a la vegada.

Es per aquest motiu que cal posar un interrogant als nombres absoluts que tot seguit donarem. El que sí podem considerar de manera diferenciada són les persones ateses en els centres de diagnòstic o de medicina preventiva i les persones acollides en els tallers, escoles, residències i esplais.

En el cas dels centres d'orientació o diagnòstic trobem les dades següents:

Equip Orientació Psico-Pedagògic	576 casos atesos
Centre de Salut Escolar	100 casos atesos
	<hr/>
TOTAL	676 casos atesos

No podem establir, perquè no ho tenim especificat, en quin període de temps cal emmarcar aquestes dades. No ens consta si corresponen a les atencions prestades des dels inicis del centre o a períodes de temps més curts. Suposem que és des dels inicis.

Les edats del col·lectiu atès per aquestes dues institucions oscil·len entre els 0-5 anys del Centre de Medicina Preventiva i els 4-16 anys de les persones ateses per l'Equip d'Assessorament Psico-Pedagògic. Si tenim en compte la funció i dedicació d'aquestes institucions, és del tot normal que es dirigeixin principalment, o totalment, a aquests grups d'edat.

La resta dels centres que podem anomenar d'acollida sumen un total de 1.094 persones distribuïdes de la manera següent, tenint en compte la diversitat sexual:

Homes	459
Dones	285
N/C	350
	<hr/>
TOTAL	1.094 (1)

Si prenem com a punt de referència les estimacions que fèiem al començament del capítol sobre la població afectada i amb necessitat d'atenció sense tenir en compte cap més anàlisi podem dir que les necessitats estan cobertes, ja que allà ens donava un col·lectiu de 802 persones entre disminuïts moderats, greus i profunds i ara ens trobem que els equipaments ubicats en aquest sector de la comarca atenen i acullen a 1.094 persones. Tots sabem que no podem caure en aquesta superficialitat pel fet que podem trobar les mateixes persones en dos llocs diferents (una escola i un esplai) com perquè

(1) En aquests totals hi hem exclòs els centres següents: Josep Pedragosa, Bellaire, Xalest i La Gavina per no ésser dedicades específicament a la deficiència mental.

alguns equipaments acullen moltes persones de fora de l'àrea del nostre estudi. Aquestes situacions quedaran clarificades en el proper capítol.

És evident, una altra vegada, que la diferència sexual és una variable que incideix molt directament: la noia, malgrat la seva disminució és útil per moltes feines i no cal preocupar-se tant per trobar un centre que l'aculli o la tracti. Aquest pot ésser un motiu de la gran diferència entre el nombre de nois i de noies acollits en les institucions.

Una aproximació al dimensionat d'aquestes institucions segons el nombre de persones ateses ens dóna la relació següent:

- Fins a 20 persones	Taller Cooperativa Ona	10 persones
	Clar Horitzó	10
- De 20 a 50 persones	Aspasur	40
	Aspanias	40
	Club Estona	29
	Asdi	33
	Estel	25
	Sant Medir	29
- De 50 a 100 persones	Centre Arimon	60
	Jeroni de Moragas	51
	Taller J. de Moragas	58
	F.P. Flor de Maig	98
	Santa Gemma	56
	Bellapart	74
- Més de 100 persones	Cipo	151
	Xalol	110
	Montserrat Montero	220

Les quatre institucions restants no específicament dedicades a la deficiència mental es defineixen per les dimensions següents: Xalest (20 persones), Bellaire (20), La Gavina (36) i Josep Pedragosa (25).

Quasi la meitat del col·lectiu, exactament el 40,2%, el trobem centralitzat en tres institucions: Cipo, Xalol i Montserrat Montero, que són els tres centres amb un dimensionat superior a les 100 persones. Pensem que no podem parlar de minifundisme institucional, ja que un problema com és la disminució psíquica, pot plantejar moltes vegades unes exigències numèriques. Fan falta molts altres elements per dibuixar el tipus d'institució ideal.

Pel que fa referència a les edats de les persones acollides en aquestes institucions, ens movem també en una perspectiva de globalitat; no podem especificar quins són els grups d'edat més atesos per les institucions. La informació de què disposem ens dóna únicament l'edat límit de començament i acabament del col·lectiu atès, i no l'edat de cada una de les persones. Aquest aspecte l'analitzarem en el proper capítol.

Per fer una certa tipologia de les institucions a partir d'aquesta variable, prendrem com a mesura l'edat límit (d'acabament) de les persones acollides en les diferents institucions, posant com a pauta els 20 anys. Aquesta pauta és totalment aleatòria i no pretenem donar-li cap més valor que aquest. Ens ha semblat que, tractant-se del col·lectiu que es tracta, i vistes les dades de què disposem, no ens serà criteri vàlid ordenar aquest col·lectiu segons criteris d'escolarització normal.

- Tenen acollides persones només fins a 20 anys:

Xalol	de 4 a 16 anys
Aspanias	de 2 a 8
Jeroni de Moragas	de 4 a 16
Santa Gemma	de 4 a 16
Bellapart	de 4 a 16
Flor de Maig	de 15 a 21

- Tenen acollides persones de més de 20 anys:

Cipo	de 16 a 53 anys
Aspasur	de 17 a 42
Taller Ona	de 16 a 33
Centre Arimon	de 5 a 29
Clar Horitzó	de 15 a 34
Club Estona	de 15 a 36
Asdi	de 3 a 41
Taller Jeroni de Moragas	de 17 a 51
Estel	de 20 a 35
Sant Medir	de 6 a 55
Montserrat Montero	de 8 a 53

Les institucions no especialment dedicades a la deficiència mental acullen els intervals d'edat següents: Gavina, de 2 a 18 anys; Xalest, de 13 a 19 anys; Josep Pedragosa, de 10 a 14 anys i Bellaire, de 6 a 22 anys.

Tant en un tipus com en l'altre, el ventall d'edats és molt ampli i permet fer qualsevol tipus d'elucubració. Per la nostra part no creiem que els quadres precedents permetin cap valoració de quin és realment el col·lectiu més atès, segons la seva edat. Fan falta més elements per fer una anàlisi valorativa i que permeti veure amb un mínim de fiabilitat la cobertura de les disminucions greus en les edats adultes. El que sí és cert, és que són moltes les institucions que semblen no posar límits d'edat.

4.- Tipus de disminucions ateses

Són poquíssimes les institucions que concreten i concentren un tipus i nivell únic de disminució. La majoria presenten un aigua-barreig. Això motiva que en una mateixa institució hi trobem disminuïts lleugers, profunds, afectats de paràlisi cerebral, sords-muts... No pretenem establir uns criteris determinants de les especialitzacions, apuntem únicament la dificultat de mesurar el nivell d'atenció que els diferents tipus i nivells de disminució reben per part de les institucions censades. En funció de les dades que tenim a mà, dóna la sensació que l'important és trobar un lloc en que acullin la persona afectada i on ajudin a solucionar el problema que representa per a la família.

En base a la informació que les institucions ens han facilitat, hem intentat una distribució de les mateixes tenint en compte el tipus i nivell de disminució que acullen:

Disminuïts Profunds (Q.I. menys de 20)

- Institució Montserrat Montero
- Centre Arimon
- C. Sant Medir
- C.E.E. Aspanias
- Santa Gemma - Bellapart, Teller Jeroni de Moragas i Tallers Ci-po tenen també algun disminuït profund

Disminuïts greus (Q.I. entre 20 i 35)

- Institució Montserrat Montero
- Aspasur
- Tallers Ona

- Santa Gemma Bellapart
- Centre Sant Medir
- Asdi
- C.E.E. Aspanias
- Taller Jeroni de Moragas
- Cipo
- Escola Jeroni de Moragas
- Cooperativa Estel, Club Estona, Clar Horitzó i Flor de Maig
tenen també algun disminuït greu

Disminuïts Moderats (Q.I. entre 36 i 50)

- Club Estona
- Clar Horitzó
- Cooperativa Estel
- Aspasur
- Flor de Maig
- Tallers Ona
- Santa Gemma Bellapart
- Xaloc
- Asdi
- C.E.E. Aspanias
- Taller Jeroni de Moragas
- Cipo
- Escola Jeroni de Moragas
- C. Arimon (té també algun disminuït moderat)

Disminuïts Lleus (Q.I. entre 51 i 70)

- Club Estona
- Clar Horitzó
- Flor de Maig
- Tallers Ona
- Santa Gemma Bellapart
- Xaloc
- Asdi
- Taller Jeroni de Moragas
- Cooperativa Estel (té també algun disminuït lleu)

Q.I. més de 70

- Club Estona
- Clar Horitzó
- Flor de Maig
- Xaloc
- Asdi
- C.E.E. Aspanias
- Taller Jeroni de Moragas
- Cipo
- Escola Jeroni de Moragas

Autistes

- Centre Bellaire

Normals

- Xalest
- Josep Pedragosa
- La Gavina (Disminuïts físics)

El quadre anterior vol posar sobre la taula la realitat de les institucions ubicades en la nostra àrea d'estudi. quan se'ls ha preguntat quina era la problemàtica específica que tractaven, les seves respostes han estat un seguit de nivells diferents, i, a vegades, també diferents tipologies de disminució, totes incloses en la seva àrea d'atenció. Els punts suspensius, com a signe que atenien a una gran pluralitat, eren normalment l'acabament de la seva resposta. No ens consten tampoc els criteris que han fet servir a l'hora d'acceptar un disminuït. Dóna la sensació que la majoria de vegades el sol fet d'ésser disminuït i posseir un cert grau de subnormalitat que no li ha permès la integració ha estat motiu suficient per ser acollit.

5.- El personal cuidador

De la mateixa manera que quan analitzàvem el personal que acullen aquestes institucions, hem situat fora per les seves peculiars característiques l'Equip d'Assessorament Psico-Pedagògic i el Centre de Medicina Preventiva, també ara, quan parlem del personal cuidador, per les mateixes raons, les

mantindrem al marge. Aquestes institucions tenen 22 professionals i no-professionals per portar la seva tasca endavant, i també hi han alguns estudiants en pràctiques.

Les 21 institucions restants tenen un col·lectiu de personal cuidador de 342 persones a jornada completa i de 47 a jornada parcial. El total és de 389 persones.

Si tenim en compte que el nombre de disminuïts atesos per aquestes institucions és de 1.094, veurem que el promig matemàtic per cuidador és de 3,6 disminuïts. Aquest índex varia de mig punt si el promig matemàtic l'elaborem amb el resultat de la suma de tot el personal (en jornada completa i en jornada parcial). Tenint en compte aquest promig podem elaborar la relació següent; en què la ratio nens/cuidador que donem és molt global ja que ens manquen moltes dades per a poder arribar a una ratio real:

	<u>Acollits</u>	<u>Personal</u>		<u>Promig</u>	
		<u>Jornada completa</u>	<u>parcial</u>	<u>Completa</u>	<u>Total</u>
CIPO	151	20	1	7,5	7
Aspasur	40	4	15	10	2,1
Ona	10	3	-	3	-
Centre Arimon	60	21	5	2,8	2
Xalol	110	16	-	6,8	-
Aspanias	40	9	5	4,4	2,8
Clar Horitzó	10	3	-	3,3	-
Club Estona	29	7	-	4,1	-
Asdi	33	-	32	1	-
Jeroni de Moragas	51	10	4	5,1	3,6
Taller J. de Moragas	58	9	4	6,4	4,4
Santa Gemma	56	15	1	3,7	3,5
Bellapart	74	13	1	5,6	5,2
Estel	25	6	-	4,1	-
Centre Sant Medir	29	17	2	1,7	1,5
FP Flor de Maig	98	17	-	5,7	-
Montserrat Montero	220	104	1	2,1	2
Area estudiada	1.094	302	36	3,6	3,2

Pel que fa a les institucions no específicament dedicades a la deficiència mental, la relació és la següent:

La Gavina	36	9	3	4	7
Xalest	20	3	-	6,6	-
Bellaire	20	12	6	1,8	1
Josep Pedragosa	25	16	2	1,5	1,3
	101	40	11	3,6	3,2

Com és de suposar, la tècnica que predomina és que en els centres on hi observem la presència de disminuïts psíquics amb un grau acusat de disminució hi trobem el promig més baix. Junt amb aquesta característica caldria valorar també la dedicació específica de la institució (escola, taller, pre-taller, esplai...) ja que aquesta funció també deu tenir les seves exigències referents al personal cuidador.

Sense ànims de fer valoracions superficials, ni d'establir uns criteris òptims a priori, sí que ens ha semblat important reflectir el panorama actual dels equipaments existents pel que fa referència a la relació entre disminuïts atesos i personal cuidador.

Un altre aspecte a tenir en compte del personal és la seva especialitat professional, els monitors, i el voluntariat. Les dades que donem tot seguit contenen totes les imprecisions que comporta titular una mateixa persona de pedagoga, mestre, terapeuta i psicòleg a la vegada. Malgrat aquestes confusions, creiem que el ventall que presenten tan els professionals com els monitors, respon del tot a la realitat existent. Hem defugit de relacionar les qualificacions professionals amb el temps de dedicació, ja que en molts dels casos és impossible saber qui fa jornada completa i qui la fa parcial.

El quadre de les especialitats professionals és el següent:

Mestres, Terapeutes, Pedagogs	47
Psicòlegs	27
Pedagogs	10
Fisioterapeutes	10
Pediatres-Psiquiatres	5
Psiquiatres infantils	2
Logopedes	5
Assistents Socials	9
Reeducadors	2
Gerents-Coordinadors	6

Total

123

Les especialitats dels monitors son:

Mestres de música i tallers	20
Monitors d'esplai i de temps lliure	31
Monitors d'esports	7
Monitors de tallers	13
Cuidadors a seques	95
	<hr/>
Total	166

El voluntariat presenta la següent tipologia:

Estudiants (psicologia, pedagogia)	12
Monitors diversos	13
	<hr/>
Total	25

Fent un resum de tot el personal segons la seva professió tenim el quadre següent:

Professionals	123	31,6
Monitors	166	42,7
Voluntariat	25	6,4
No consta	75	19,3
	<hr/>	
	389	100,-

Aquestes dades poden ésser equívocues, principalment pel que fa referència al personal que hem classificat de voluntariat. Ens consta que de les persones que estan incloses en l'apartat de monitors, alguns ho fan totalment com a voluntariat. Els equívocs provenen del sentit que donem a la paraula "voluntariat"; segurament que si prenguéssim aquest concepte com a donació d'un treball gratuït en trobaríem més dels que ens consten en el quadre anterior. Però aquesta distinció és molt difícil de fer, ja que no ens consta quants dels monitors que van a jornada parcial, ho fan amb una actitud totalment voluntària i gratuïta com és el cas de ASDI, que les 32 persones que ho porten a jornada parcial són plenament voluntaris. Suposem que aquest pot ésser també el cas d'alguns professionals que dediquen alguna hora als centres esmentats.

El nostre objectiu bàsic en aquest apartat sobre el personal cuidador, era veure quin col·lectiu representava i què suposava aquest col·lectiu per respecte a la població disminuïda de l'àrea d'estudi atesa en els centres esmentats.

L'altra qüestió que pretenem clarificar mínimament és la dels diferents professionals que es troben exercint una tasca en el món dels disminuïts de l'àrea que estudiem. No valorem si en manquen o en sobren en alguna de les professions, les dades les hem exposat i són aquí. Segurament que sota un tipus de denominació professional determinada (mestres, terapeutes...) pot haver-hi algun tipus de professional (logopeda) que no consti com a tal. Com que no tenim les dades suficients perquè això quedi clar, exposem la situació tal com ens l'han informada. A mesura que l'anàlisi vagi aprofundint en la problemàtica, aquestes valoracions sobre possibles mancances seran més òbvies.

6.- El transport, el menjador i altres serveis que els centres ofereixen

Tant la condició personal dels acollits en aquests centres, com també moltes vegades la ubicació dels centres o el lloc de residència dels afectats, demanen necessàriament un transport que solucioni el problema del trasllat.

Dels 23 centres de què tenim informació, 11 ens diuen que no tenen transport, ja sigui perquè no el necessiten, com pot ésser molt bé el cas dels centres ubicats en àrees urbanes i que acullen veïns de la mateixa ciutat amb un mínim de possibilitats de moure's, ja sigui perquè senzillament no en tenen, malgrat la seva urgent necessitat.

Aquestes (que no en tenen) són:

- Aspasur
- Equip Assessorament Psico-Pedagògic
- Xalest (cada u hi va pels seus propis mitjans)
- Centre de Medicina preventiva
- Clar Horitzó
- Club Estona
- Asdi
- Taller Jeroni de Moragas (viatgen en tren o en altres mitjans que ells busquen. La institució posa un acompanyant pels que van en tren, la cuinera, que també es desplaça)

- Estel (viatgen en tren. Actualment s'està mirant la possibilitat d'un transport subvencionat).
- Montserrat Montero (és residència)
- Josep Pedragosa (és internat-col·legi)

No queden explicitats els motius pels quals aquests centres no tenen transport. Alguns diuen que el fet d'usar transport públic (el tren) és menys discriminador.

Les altres institucions que tenen transport propi podem diferenciar-les segons el cost d'aquest transport.

1. Santa Gemma

Bellapart	Transport gratuït o subvencionat
Jeroni de Moragas	
Centre Arimon (Gratuït només en part)	

2. CIPO

Ona	500 Pts/setmanals - autocar
La Gavina	5.000 Pts/mensuals - furgoneta
Xalol	7.000 Pts/mensuals - microbús
Aspanias	a càrrec dels pares - autocar
Bellaire	6.000 Pts/mensuals - autocar
Sant Medir	7.200 Pts/mensuals - autocar
F.P. Flor de Maig	transport propi
	Res
	1.350
	2.700 Pts/mensuals - autocar (segons possibilitats)
	4.050

És evident que el transport propi no és patrimoni exclusiu dels centres ubicats en els llocs fora població. Hi ha altres factors que determinen també aquesta necessitat, com també és lògic que centres que fan la funció del clubs d'esplai i d'ocupació del temps lliure no tinguin tanta necessitat d'aquest equipament.

La situació ja és una altra si ens referim al menjador. Excepte els centres d'assessorament i els clubs d'esplai, tots els altres compten amb menjador organitzat d'una o altra manera.

1.- Mengem en el centre però cada ú es porta el menjar de casa seva.

- La Gavina

2.- Portem el menjar de fora (l'escola no té cuina pròpia):

- CIPO	250 Pts/diàries
- Aspasur	4.500 Pts/mensuals
- Clar Horitzó	7.000 Pts/mensuals

3.- Tenem menjador propi:

- Ona	6.000 Pts/mensuals
- Xalol	7.000 Pts/mensuals
- Aspanias	5.000 Pts/mensuals
- Bellaire	6.294 Pts/mensuals
- J. de Moragas	6.000 Pts/mensuals
- Taller J. de Moragas	260 Pts/diàries (possibilitat de beques)
- Santa Gemma	300 Pts/diàries
- Bellapart	300 Pts/diàries
- Estel	500 Pts/diàries
- Sant Medir	335 Pts/diàries

4.- Menjador propi i gratuït

- Centre Arimon	subvencionat
- F.P. Flor de Maig	gratuït
- Montserrat Montero	gratuït
- Josep Pedragosa	gratuït

Podríem dir que el preu mitjà del menjador és de 6.222 Pts/mensuals per persona. Tot això són aproximacions que es fonamenten en les dades facilitades per les mateixes institucions.

No és possible trobar un criteri que ajudi a definir el perquè del menjador gratuït o no. Sembla que la via única, o millor dit l'únic criteri vàlid és l'encert de trobar subvencions o tenir convenis amb l'administració. No pel sol fet d'ésser públic, el menjador serà gratuït, si no és el cas que l'administració corri també amb les despeses corresponents. (Santa Gemma Bellapart, són escoles depenents de la Generalitat i cobren una dieta de 300 Pts/diàries per persona).

Tot el que fa referència a "altres serveis" que es donen en aquestes institucions, és, en general, un tema difícil de parcelar. Aquesta tònica de "un petit calaix de sastre" és general en quasi totes les institucions, tant quan tractàvem de la problemàtica, com ara, que tractem dels serveis que aquestes institucions donen. Les dues coses tenen una relació molt forta. Per altra part, aquestes qüestions són les més reveladores, no sols de la complexa problemàtica que comporta el món de la disminució de les dificultats de tot ordre per trobar criteris de clarificació, sinó també de què ens movem en uns terrenys en què les persones s'han hagut d'espavilar com han pogut, creant els equipaments i serveis que les possibilitats econòmiques els han permès.

Alguns dels serveis que ens diuen que presten, no cal especificar-los perquè es mouen en les generalitats que són comunes a qualsevol institució d'aquest tipus: activitats sense especificar, estimulació, creació i control d'hàbits... esplais... així com d'altres que diuen fer activitats de taller, ensenyament, esportives, etc.

Especificarem solament aquells serveis que, de manera directa, es dirigeixen al tractament i recuperació. En l'ofertament d'aquests serveis no incloïm les institucions del tipus de Josep Pedragosa, Escola F.P. Flor de Maig i Tallers Xalest que ofereixen i desenvolupen una funció molt determinada de docència (E.G.B.) o de Formació Professional en els diferents rams.

Els serveis més oferts els podem concretar en:

- Diagnòstic, Assessorament i Seguiment
- Fisioterària
- Logopèdia

i amb no tanta intensitat també es mencionen, les reeducacions, teràpies ocupacionals, psicomotricitat, pedagogia terapèutica. No és possible portar a terme una tipologia d'institucions a partir dels serveis que presten; no s'aprecien unes diferències notables entre una i altra institució. tota una altra cosa seria que a partir d'una anàlisi més acurada i precisa de les disminucions ateses en cada institució, es fes també una revisió de quins són els serveis "terapèutics" emprats.

7.- Característiques socio-econòmiques de les famílies

Aquesta és una vessant que quan es parla o es fan estudis sobre la problemàtica dels disminuïts, moltes vegades queda oblidada. Els graus, nivells, C.I. i altres elements són els que normalment predominen a l'hora d'afrontar la problemàtica. La dimensió social del problema pensem que, com a mínim, té la mateixa importància, almenys des de la nostra perspectiva professional d'anàlisi.

La informació de què disposem no permet portar a terme anàlisis que ens apropin a la possible relació entre les dues problemàtiques. Reduïm la nostra aportació a definir algunes característiques de l'entorn familiar dels disminuïts atesos en les institucions que estem analitzant.

7.1.- Origen i residència de les famílies

No treballem amb dades estadístiques de totes i cada una de les famílies. És una estimació feta per la mateixa direcció de les institucions, i per tant creiem que és una estimació prou realista i fiable. Tant en una qüestió (origen dels pares) com en l'altra (residència familiar), tindrem en compte tres possibilitats que comprenen de manera força clara i definida les situacions reals que es poden donar.

1.- Pares d'origen majoritàriament no-català

Aspasur (95% no-català)
 La Gavina (95% no-català)
 Equip Psico-Pedagògic
 C. Arimon (majoritàriament foranis)
 Xalol (id.)
 Xalest (75% no-catalans)
 Centre Medicina Preventiva (70% no-catalans)
 Asdi (majoria de foranis)
 Bellaire (id.)
 Jeroni de Moragas (només 2 catalans)
 Santa Gemma (majoria de no catalans) (a l'igual que Bellapart)
 Montserrat Montero (id.)

2.- Origen indistint

Cipo
Ona
Aspanias
Clar Horitzó
Club Estona
Josep Pedragosa

3.- Origen dels pares majoritàriament català

Sant Medir
Estel
Taller Jeroni de Moragas

Aquesta classificació feta segons la informació de què disposem, val el que val, però sí que és reveladora d'unes situacions clares: la majoria d'institucions acullen disminuïts els pares dels quals són d'origen immigrant. La majoria d'institucions estan ubicades a Sabadell. Aquesta ciutat té un fort percentatge d'immigració, això pot explicar parcialment aquest fet; però cal també veure que, a mesura que creix la presència de les famílies d'origen català, ens trobem amb les institucions més cares, que corresponen normalment a centres que acullen a fills de professionals no residents a la zona.

L'altre variable fa referència al lloc de residència. A partir d'aquí podrem intuir quina és la funcionalitat territorial de cada una d'aquestes institucions. Segurament que són molts els factors que determinen el que una família porti la persona disminuïda a un o altre centre: la capacitat de la institució, el cost, les possibilitats econòmiques de les famílies, etc. Saber on resideixen les famílies de les persones acollides en les institucions, ens porta, però, elements per valorar quines són realment les institucions que estan més al servei dels problemes de la comarca.

1.- Famílies residents a Sabadell i també en altres llocs de l'àrea d'estudi

CIPO - Sabadell

La Gavina - Sabadell
 Equip Psico-Pedagògic - Sabadell
 Centre Arimon - Sabadell
 Xalol - Sabadell
 Xalest - Sabadell
 Centre Medicina Preventiva - Sabadell
 Clar Horitzó - Sabadell
 Club Estona - Sabadell
 Santa Gemma - Sabadell
 Bellapart - Sabadell

2.- Residents en els pobles de la comarca

Jeroni de Moragas - Ripollet
 Asdi - Sant Cugat
 Aspasur - Cerdanyola

3.- Residents a Barcelona-ciutat, altres llocs de Catalunya i fora de Catalunya

Ona - Cerdanyola
 Aspanias - Sant cugat
 Bellaire - Cerdanyola
 Taller Jeroni de Moragas - Sant Cugat
 Estel - Sant Cugat
 Sant Medir - Sant Cugat
 Montserrat Montero - Cerdanyola
 Josep Pedragosa - Palau de Plegamans

(L'Escola de F.P. Flor de Maig acull persones de Barcelona-ciutat en un 50% i l'altre 50% és, segons ens diuen, del Vallès)

Aquests diferents grups no s'han d'entendre de manera taxativa i tancada. És molt possible que en el grup dels residents a Barcelona-ciutat s'hi puguin trobar alguns residents de Sabadell i altres pobles de l'àrea d'estudi. No tenim la informació de cada una de les famílies de totes i cada una de les institucions. Aquesta anàlisi la podrem portar a terme en la segona

part de l'estudi, en què la base de l'anàlisi estarà conformada per les dades personals dels afectats.

Des de la perspectiva institucional és evident que la ubicació geogràfica d'aquestes institucions és força significativa pel que respecta a la residència de les famílies. Aquesta significació ve clarament delimitada per la zona situada darrera la carena de Collserola: Sant Cugat i Cerdanyola principalment. Aquí hi trobem ubicades les institucions que no estan al servei dels disminuïts residents en l'àrea d'estudi. Són institucions d'àmbit metropolità i fins i tot sobrepasant aquest àmbit, acullen persones de tot Catalunya i en alguns casos també de fora de Catalunya.

7.2.- Status socio-econòmic de les famílies

Continuant en la línia de grans generalitzacions, definirem també les característiques socio-econòmiques de les famílies. Els criteris per definir aquestes característiques es basen purament en les dades que ens han facilitat els responsables de les diferents institucions.

Un dels elements que podria ésser determinant del status socio-econòmic seria saber amb un mínim d'exactitud les qualificacions professionals dels caps de casa. Però la dificultat és que aquesta variable ens consta de manera molt imprecisa; en la majoria de les situacions es parla de persones assalariades, però tant pot ésser assalariat un peó com un cap administratiu. Tampoc n'hi ha prou amb dir que dins el col·lectiu hi ha aturats, puix que aquests poden ésser professionals, peons, obrers qualificats o també administratius.

Curiosament, les institucions que destaquen per les qualificacions més elevades són les de Sant Medir i Estel on també hi hem trobat la majoria de pares d'origen català i que resideixen fora de la zona de l'estudi.

Amb tot, malgrat les dificultats d'interpretar unes informacions tan imprecises, hem fet un intent d'aproximar-nos a aquesta dada amb el deliberat propòsit de defugir imprecisions que, pel fet d'ésser-ho, podrien donar peu a un famós equívoc que acabaria essent una imprecisió. La panoràmica general deixa entreveure uns elements d'estratificació social que permeten induir alguns aspectes de gran interès.

En primer lloc, cal assenyalar el gran pes dels estrats socials insolvents amb característiques de degradació evident en el conjunt de les insti-

tucions analitzades. Ens referim en concret a la forta rellevància que adquireixen les situacions dels caps de família que són pensionistes o jubilats, que es troben a l'atur o que realitzen treballs directament vinculats al servei domèstic. Sense voler fer dir a les dades allò que no poden dir, hom té la impressió que aquestes situacions familiars arriben a un percentatge que oscil·la entorn del 50%.

En segon lloc, també podem precisar que per l'altra meitat de caps de família que ingressen un sou, el pes fort d'aquests assalariats (sembla que entorn d'un 25%) el constitueix el peonatge especialitzat o no especialitzat, quedant la resta distribuïda entre els autònoms, els administratius i els tècnics, constituint una veritable excepció els industrials, els dirigents i els professionals liberals.

A partir d'aquestes aproximacions tan difícils de classificar, tenim dret a sospitar si les atencions terapèutiques, educatives i assistencials de la població efectivament atesa per les institucions de referència abarquen la globalitat de la població afectada a la nostra àrea d'estudi. Sembla que les atencions i serveis distribuïts a la minicomarca de Sabadell operen com una mena de filtratge socio-econòmic semblant al que porten a terme en el terreny de la justícia les institucions que depenen del control social formal.

Com tot el que es fonamenta en apreciacions, la nostra distinció té la seva part de subjectivitat i més quan s'entra en terrenys de qualificació de "status" en què, a més, s'hi barregen els conceptes de mitjà, mitjà-alt, mitjà-baix, que mai no se sap on comença un i acaba l'altre.

8.- Relacions i contactes de les institucions

1 / Només tindrem en compte tres elements per analitzar aquest aspecte de les institucions. Tres elements que creiem que són molt importants.

En primer lloc, la relació Institució-Família. Aquesta relació es fonamenta principalment, i en la majoria d'institucions que ens en parlen, en:

- Reunions periòdiques
- Assessorament als pares
- Assemblees

Aquests són els tres instruments més usats de manera habitual. Això no vol dir que siguin els únics o exclusius. En moltes institucions, el contacte directe o també el contacte puntual quan la circumstància ho precisa, o bé una reunió extraordinària per resoldre els problemes, són també instruments normals. Aquesta podríem dir que és l'actitud que presenta la institució. El que no sabem és l'actitud per part dels pares, l'assistència a les reunions i assemblees... . En molts casos, pel fet que la institució sigui fruit de les iniciatives particulars dels afectats, cal suposar una reciprocitat i en alguns casos potser una total identificació entre família i institució, ja que possiblement siguin una mateixa cosa.

Un altre aspecte que tenim en compte és la relació amb altres institucions. Si en qualsevol àmbit, sigui docent, cultural o social es creu sempre necessari i convenient obrir el contacte i l'intercanvi amb altres entitats similars, no hi ha dubte que en un terreny tan problemàtic com aquest, aquests contactes i intercanvis són encara molt més necessaris.

La situació al respecte, que presenten les institucions que estem analitzant, no és, ni de bon tros, falaguera i engrescadora.

De les 23 institucions, només 7 ens diuen que estan integrades en coordinadores o federacions. Una ens parla de la coordinadora de Sabadell i una altra ens diu que està integrada a la Federació de Profunds. Aquestes són les que presenten els vincles més sòlids de relació amb altres institucions similars. Altres institucions ens parlen d'intercanvis en sentit general, contactes burocràtics, però sense reflectir un mínim de consistència en aquests intercanvis o relacions.

Un altre grup de 6 ens parla de relacions mínimes, i en algun cas ens especifiquen que desitjarien establir i mantenir intercanvis i relacions serieres, establertes i profitoses.

Pensem que en tota aquesta qüestió de relació i intercanvi no ens podem deixar guiar únicament pel sentit pessimista que l'anàlisi anterior ens dibuixa: l'Associació existent a Sabadell de la qual ja hem fet menció en els inicis de l'estudi, creiem que és una bona mostra de no voler fer la guerra cadascú pel seu compte. Tota una altra qüestió és que, en la tasca diària, es trobi a faltar el contacte amb altres persones que treballen en el mateix terreny i que poden ésser elements enriquidors.

El darrer aspecte que hem considerat significatiu és el que anomenem producte institucional. Amb això volem indicar aquell fet, aquell element

que la institució produeix per vendre a l'exterior i que dóna una mica de signe d'identitat.

El que més produeixen les institucions són Festes i Actes públics. Aquests darrers poden estar organitzats per altres entitats i el que fa la institució és participar-hi. Les festes tenen un ampli ventall que pot incloure des d'una tómbola fins a festes pròpiament dites, tot passant per les exposicions dels dies de Nadal.

Cal destacar una institució que participa en les olimpíades i jocs esportius de ACEL.

Només una institució, segons ens consta, té una revista pròpia que edita cada tres mesos. Pel que fa a l'ús dels mitjans de comunicació, premsa i ràdio, ens ho diuen dues altres institucions. Un petit grup d'institucions ens diu que no fa ni organitza res.

Segurament que la majoria d'aquestes institucions tenen molts problemes per solucionar, i moltes vegades per sobreviure, abans de pensar quina és l'obra que poden portar a terme i que els doni una imatge de cara a l'exterior, una identitat. Una qüestió a plantejar en el futur i pensant en el sector geogràfic de l'estudi, és la de que cal plantejar-se, si és cada institució que ha d'esforçar-se en tenir el seu producte, o bé aquesta és una qüestió per plantejar-se-la conjuntament.

9.- Punts a tenir en compte

Voldríem assenyalar els punts que al llarg de l'anàlisi han sobresortit amb més claretat. Hem tingut sempre una visió de globalitat a nivell geogràfic -àmbit territorial de l'estudi- com a nivell institucional -les 23 institucions ubicades a la zona.

1.- La problemàtica que l'estudi vol analitzar se centra principalment en els disminuïts psíquics profunds adults, i aquest era sempre el punt de referència quan hem portat a terme l'anàlisi de totes les dades. Hem constatat una gran dificultat per determinar amb un mínim d'exactitud l'atenció que aquests nivells de disminució reben en les institucions analitzades. Les institucions que acullen a disminuïts profunds són 11 en total. Però aquesta xifra és enganyadora, ja que la majoria no són institucions únicament al servei de la comarca i dels profunds, sinó que entre totes les persones acollides al centre s'hi troba algun profund.

Es això el que fa pensar que la majoria de les institucions solucionen un problema, prescindint una mica del nivell de gravetat d'aquest problema. Amb això no pretenem dir que no existeixin diferències entre una i altra institució a partir de la problemàtica de les persones acollides, però no podem precisar amb exactitud fins a quin punt el profund adult té uns espais institucionals ben definits. La impressió és que s'està molt més de cara a la persona disminuïda que no pas al nivell i tipus de disminució.

2.- La ubicació geogràfica de les 23 institucions defineix molt clarament la seva funció d'un equipament al servei de l'àrea estudiada. En aquest aspecte apareixen dues zones molt clares i diferenciades. Per una part, els equipaments ubicats a la capital, Sabadell, i una mica també els de la zona urbana de Ripollet, i per altra part els ubicats en les àrees de Sant Cugat i Cerdanyola.

Els primers els podem identificar com equipaments quasi-exclusivament al servei de la problemàtica del sector; els altres són equipaments al servei de la problemàtica sigui d'on sigui, però principalment atenen i acullen personal de fora-comarca i per la senzilla raó que s'han ubicat en el lloc actual portant ja la problemàtica d'altres llocs, Això és constatable en analitzar el lloc de residència de les famílies.

3.- Es tracta d'institucions no velles, però algunes sí que ja les podem qualificar d'adultes. Les institucions ubicades a Sabadell tenen majoritàriament el seu origen en la dècada dels anys 60, però l'impacte fort per tota la zona és la dècada dels anys 70.

Els inicis de la majoria de totes aquestes institucions no són altres que l'esforç i la iniciativa d'uns pares afectats que s'han d'espavilar, ja que oficialment la problemàtica dels disminuïts continua oblidada. Aquestes institucions des dels seus inicis mantenen el joc constant amb l'administració a fi de garantir mínimament la marxa econòmica; moltes no podrien subsistir sense aquesta dependència econòmica de l'Administració pública. La situació de les grans institucions com Montserrat Montero o Flor de Maig és realment l'excepció, igual que les escoles o centres que darrerament han passat a dependre directament de la Generalitat.

4.- Les persones ateses són 1.094. Això ens podria enganyar fàcilment sinó fos que moltes d'aquestes institucions atenen a persones d'altres llocs. Cal parar esment en què un percentatge molt elevat de persones ateses pertany al sexe masculí.

Les edats de les persones acollides omple un ventall molt ampli que oscil·la dels 2 fins als 65 anys. En quina proporció estan distribuïdes pels diferents grups d'edat, no podem encara descifrar-ho. Ens podem trobar que malgrat aquest ventall tan ampli, la majoria quedi concentrada en edats inferiors a 25 anys i que els més grans siguin realment la minoria.

5.- El grup més nombrós de treballadors és sens dubte el d'aquells que hem anomenat "cuidadors a seques", i després els monitors. Són aquests que assumeixen normalment la tasca quotidiana. Això no obsta perquè la presència de diferents professionals, psicòlegs i principalment mestres-pedagogs, sigui també molt notòria.

És sobradament conegut que l'atenció als disminuïts no pot ésser massiva i quan més greu és la disminució menys permesa és aquesta massificació. L'àrea globalment considerada té un promig de tres disminuïts per persona cuidadora. Aquest promig s'eleva segons quin sigui el centre i en funció sempre del tipus i nivell de disminució que atén.

6.- Quant als serveis de menjador i transport, no tots els centres mantenen el mateix criteri, principalment referent al transport. Alguns centres deixen aquesta qüestió perquè cada família la resolgui pel seu compte. El servei més comú a tot arreu és el del menjador. És molt possible que aquí hi entri en joc l'element econòmic i de beques de menjador. El cost d'aquests serveis no hi ha dubte que encareix molt el ja molt car preu d'atenció, acolliment i tractament del disminuït.

7.- Per tipificar les famílies segons les seves característiques socio-econòmiques, les dades de què disposem són molt poc precises, però sí que ens poden assenyalar uns trets molt significatius. Als equipaments situats a la capital i àrees urbanes ens trobem amb famílies majoritàriament immigrades i de status socio-econòmic baix o mitjà, tirant a baix.

Podríem dir que aquestes característiques s'apunten a molts altres centres no ubicats precisament en la capital. Però ens trobem unes excepcions en

centres que atenen i acullen persones no residents a la comarca, són els centres d'un cost més alt, on trobem la presència molt més significativa de famílies autòctones.

8.- És molt difícil valorar amb les dades que tenim, el funcionament d'aquests centres o equipaments. Una cosa queda molt clara; la seva feina és funcionar i trobar els mitjans per poder funcionar. Si això estigués garantit, hi hauria la capacitat per qualificar aquest funcionament. La majoria, d'una manera o altra, més o menys encertada, mantenen un contacte amb la família.

La projecció exterior està basada majoritàriament en les festes de tot tipus, que alguna mena de suport deuen portar a la institució. El que no és ni molt menys tan clar, és el contacte entre les diferents institucions. Totes deuen tenir els mateixos problemes i de tot ordre, però cadascuna necessita trobar també la seva manera de subsistir.

Tota l'anàlisi que hem portat a terme en aquest capítol, queda una mica desajustada. Hi ha una constant dificultat per ajustar les dades, són molt difícils d'homologar. Això no obstant, creiem que la realitat és aquesta i no una altra. La sensació de desgavell és una constant que es palpa. Segons com es miri, aquesta sensació és plenament lògica, ja que s'intenta afrontar una problemàtica que és un autèntic desgavell. La societat s'estructura i es planifica per a les "persones normals". Els disminuïts psíquics no són la normalitat. Quan parlem de desgavell, no ens referim a un desordre intern del centre. Tots ells tenen unes normes clares de funcionament. És un desordre que ve provocat per la globalitat de la situació d'aquest problema; legal, administratiu, social...

Tot el que existeix al respecte, forma part d'un apèndix que fa esforços per no perdre els lligams que el mantenen unit al cos social. Voler incidir, voler estructurar i planificar en aquest terreny, vol dir assumir tot el desgavell que s'ha engendrat i tenir molt present que gràcies a aquest desgavell s'ha tingut cura i atenció d'unes persones i d'uns problemes.

II.- EL COL.LECTIU ATES

1.- Perspectiva global

En el primer capítol hem portat a terme l'anàlisi institucional dels equipaments i serveis existents en aquest sector del Vallès Occidental. Això ens ha permès una primera aproximació a la realitat de la deficiència psíquica en aquest àmbit geogràfic.

En aquest segon capítol, el centre d'interès, no és tant la institució en ella mateixa, com el col·lectiu de disminuïts que aquestes institucions acullen. El nostre objectiu és arribar al màxim nombre possible de persones ateses, que tenen el seu domicili en alguns dels pobles de l'àrea. Això ens ha mogut a tenir en compte no solament les institucions ubicades dins el terme geogràfic del nostre estudi, sinó també altres institucions que tot i estar ubicades en altres llocs de la geografia catalana, atenen a persones amb residència a l'àrea d'estudi.

Tenim la certesa que no arribem de manera exhaustiva a tots i cada un dels disminuïts que viuen en aquest sector del Vallès Occidental, però són poques les persones ateses en alguna institució que quedin fora de les nostres anàlisis. Això ens permet per una part conèixer amb més exactitud que en el primer capítol les característiques d'edat, sexe, grau de disminució... de les persones ateses, i per altra part, valorar també fins a quin punt l'atenció i cura dels disminuïts psíquics d'aquest sector cobreix les necessitats i exigències que presenta, o també fins a quin punt els equipaments existents en els sectors estan en funció de les necessitats i problemes de les persones residents a la zona.

Els punts que centraran les nostres anàlisis seran els següents:

- Una visió global del col·lectiu a partir de les dades que fan referència a sexe, edat, lloc de residència, nivell d'autonomia, Q.I. i dades referents al nucli familiar.

- En segon lloc, la interrelació de les diferents variables facilitarà i ens ajudarà a la valoració més qualitativa del col·lectiu de persones disminuïdes.

En el primer capítol, hem estat molt explícits a l'hora de remarcar les diferents dificultats que tota aproximació a la realitat de la disminució psíquica, comporta per ella mateixa. Malgrat això, pensem que l'anàlisi que tot seguit fem del col·lectiu, aportarà elements prou vàlids, no solament

per a un coneixement més seriós de la realitat, sinó també per generar principis o criteris inspiradors d'una política més eficient.

1.1.- El nombre de persones ateses (*)

Recalquem la condició de persones ateses, perquè quedi molt clar que no parlem d'un col·lectiu general. No fem un cens de persones deficientes del sector que en una o altra institució reben les atencions que la seva situació demana.

Quan parlem d'aquest col·lectiu fem referència a 1.195 persones distribuïdes institucionalment de la següent manera:

DIAGNÒSTIC - ORIENTACIÓ - TRACTAMENT

1. Estimulació precoç - Clínica del Nen Jesús	100	7,8
---	-----	-----

ESCOLES

2. Santa Gemma - Bellapart	114	8,8
3. Xalol	109	8,4
4. C.E. Especial Aspanias	35	2,7
5. Escola Feroni de Moragas	52	4,-
6. Escola Especial F.P. Flor de Maig	96	7,4
7. Centre Educatiu Clar Horitzó	11	0,9

TALLERS

8. Aspasur	34	2,6
9. Tallers Ona	10	0,8
10. Tallers Jeroni de Moragas	58	4,5
11. Tallers Cipo	152	11,8

ASSISTENCIAL

12. Centre Arimon	60	4,7
-------------------	----	-----

RESIDÈNCIES

13. Institució Montserrat Montero	217	16,8
14. Cooperativa Estel	23	1,8
15. C. Sant Medir	30	2,3

ESPLAIS

16. Club Estona	30	2,3
17. Asdi	35	2,7

INSTITUCIONS fora comarca que atenen persones de la comarca

18. Hospital Psiquiàtric Ntra. Sra. de Montserrat	6	0,5
19. Hospital Psiquiàtric Ntra. Sra. dels Dolors	6	0,5
20. Institució Pere Mata	12	0,9

INSTITUCIONS de la comarca però no específicament per disminuïts psíquics

21. Escola La Gavina	34	2,6
22. Centre Bellaire	20	1,6
23. Taller Xalest	17	1,3
24. C. Josep Pedragosa	24	1,9

TOTAL	1.290	100,-
-------	-------	-------

Cal fer uns aclariments arran del llistat anterior. En primer lloc, sobre la suma total del col·lectiu, 1.290 persones, quan anteriorment havíem ja establert la xifra de 1.195. Queda molt clar a través de la distribució que fem en el llistat, que 95 persones no formen part del nostre col·lectiu, malgrat que en la recollida de dades i en el posterior procés informàtic de les mateixes dades, formin part de la globalitat.

En el transcurs de les anàlisis que segueixen, cal tenir sempre en compte aquest aclariment, tot i que dels casos més pertinents en farem menció expressament.

L'altre aclariment es refereix a les possibles repeticions de persones inscrites en més d'una institució. Si les repeticions haguessin estat molt reiteratives, s'hagués fet necessari refer les dades, ja que les anàlisis es recolzarien en una xifra que no correspondria a la realitat. De fet, aquestes repeticions només afecten a 22 persones que representen un 1,8%; de cada 100 persones, una apareix en dues institucions. No creiem que aquest percentatge desvirtui o modifiqui les anàlisis o valoracions que portem a terme. A més, aquestes repeticions es donen quan la persona que assisteix al taller o a l'escola està també inscrita a algun dels espais: persones del taller Cipo que a la vegada van al Club Estona, o del Jeroni de Moragas que van a Asdi... Si descomptem aquestes repeticions, la xifra exacta d'aquest col·lectiu és de 1.173 persones.

(*) Som coneixedors de les llistes d'espera, és a dir, de les persones aspirants a ingressar en alguna de les institucions de la comarca a les quals tindran accés quan es produeixi alguna baixa o, senzillament, quan s'esdevingui la matriculació del curs vinent.

Aquesta informació verificada directament, no solament ens ha donat alguns elements quantitius referits al nombre de persones, sinó que també ens aporta algunes precisions qualitatives que són de gran interès.

I.- El nombre global de persones en llistes d'espera sense fer consideracions de matisos pel que fa a la qualitat de les mateixes (sexe, edat, quocient intel·lectual, etc.), és el següent:

- de la comarca:	entre 157 i 160 persones
- de fora de la comarca:	35 persones
- total	<u>entre 192 i 195 persones</u>

No seria correcte ni vàlid atribuir una exactitud matemàtica a aquestes dades, puix que no necessàriament les persones que ens consten es troben efectivament al carrer; moltes d'elles poden provenir d'altres institucions de la comarca, però aquesta és una dada que se'ns escapa.

II.- En la consideració d'aquest col·lectiu en demanda d'accés, hi han estat incloses les persones que estan pendents de la inauguració del futur centre de profunds adults (34 de la comarca i 7 de fora de la comarca, susceptibles aquests encara d'un dictamen posterior). Evidentment, no s'hi han comptat els 14 casos que són atesos al Centre Arimon i que passaran a adults el curs vinent.

III.- El Centre d'Estimulació Precoç procura deliberadament que no hi hagi llistes d'espera, altrament s'arribaria tard en la mateixa precocitat del tractament.

IV.- Els Tallers Asdi, Ona i el Club Estona, donades les característiques i funcionalitat dels mateixos centres, permeten una certa elasticitat i, per tant, no poden parlar de llistes d'espera.

V.- Al Centre Jeroni de Moragas i al Clar Horitzó disposen encara d'algunes places no ocupades. Al primer, concretament, se'ls comunicà que els hi enviaven dues persones provinents del Centre d'Estimulació Precoç i encara els esperen.

VI.- Al Taller Jeroni de Moragas, tot i tractar-se també d'una institució no rígida, confessen que no han fet cap enquesta directament encaminada a

fer deteccions per tal d'anar-los a buscar; però intuïtivament creuen que hi poden haver dos o tres casos que serien propis de la seva institució.

VII.- Els Tallers Cipo i el Centre de Formació Professional Flor de Maig (IPSA) accentuen la gran varietat i oscil·lació de les mateixes llistes d'espera; aquestes s'eixamplen fins quasi a triplicar-se.

Pel que respecta concretament a IPSA és el qui ostenta la llista d'espera més àmplia (més de 60 persones); però pel fet que atenen a deficients ambientals, és a dir, nois i noies marcats pel fracàs escolar o per deficiències mentals molt lleus, saben per experiència que encara n'hi haurà molts més. És per això que acostumen a fer una selecció prèvia a l'admissió, derivant els casos impropis cap a d'altres centres.

VIII.- Els Tallers Aspasur, independentment d'altres casos, tenen en llista d'espera 6 casos greus profunds als qui no poden donar viabilitat per manca de recursos.

IX.- La Cooperativa Estel és una institució tancada que agrupa els interns en mòduls de 8 persones. A més del mòdul residencial disposen del taller al costat.

Tant els socis com els no socis no volen internar definitivament el deficient, puix que el problema no és tant la problemàtica present com l'angoixa de futur quan manqui la família.

En cadascun dels mòduls, de les vuit persones n'hi ha quatre de fixes i fan torns rotatoris de permanència a les famílies durant vuit dies cada cinc setmanes.

Amb aquest procediment s'intenta no trencar el ritme asilar per tal que el dia que falti la família, no es generin problemàtiques sobreafegides a la permanència definitiva a la institució. El curiós és que només dos casos es quedarien a la institució i no voldrien anar amb la família.

X.- Aquesta és una informació referida al desembre del 1985 i, per tant, subjecte a imponderables que poden fer variar-la de manera considerable.

1.2.- Sexe i edat

En el capítol sobre equipaments i serveis, també hem parlat d'aquestes variables però sense poder concretar gaire, ja que es tenien més en compte els aspectes globals d'aquests equipaments i serveis que no pas les característiques concretes del col·lectiu atès.

La diversitat sexual presenta els índexs següents:

Homes	725	60,7%
Dones	470	39,3%
<hr/>		
TOTAL	1.195	100,-

Es repeteix la constant que els nois quasi dupliquen el nombre de noies.

Quant a les edats, hem agrupat el col·lectiu en diferents grups d'edat, tenint com a criteri els grups d'edat escolar, i els adults els hem situat en dos grups tenint com a pauta els 20 i els 40 anys.

El resultat és el següent:

1. Menys de 5 anys	124	10,4%
2. De 6 a 14 anys	341	28,5
3. De 15 a 18 anys	222	18,6
4. De 19 a 40 anys	462	38,7
5. Més de 40 anys	35	2,9
6. No consta	10	0,8
<hr/>		
TOTAL	1.195	100,-

La primera constatació que reflecteix el quadre precedent és que el 57,5% dels disminuïts atesos té menys de 18 anys. Aquesta constatació pot suscitar moltes reflexions: la manca de serveis per persones disminuïdes adultes, la possibilitat que l'índex de mortalitat en aquestes persones sigui més elevat i que no arribin a adults. Però tot això són suggeriments que no expliquen el perquè d'aquesta situació. Aquesta dada sola ja permet en fonament de causa, qüestionar-se quina és la situació dels disminuïts adults un cop han passat les etapes d'escolaritat. Estem encara plantejant el problema sense especificar nivells i graus de disminució.

Si parem atenció en tots i cada un dels grups d'edat, ens trobem que:

- grup de 0 a 5 anys: és rellevant la presència i per aquest ordre dels que tenen 4, 3 i 2 anys.

- grup de 6 a 14 anys: sobresurten els de 14 i 12 anys, i per altra part els menys rellevants són els de 7, 6 i 13 anys.

- grup de 15 a 18 anys: només els de 16 anys sobresurten per respecte als altres.

- grup de 19 a 40 anys: en aquest grup totes les edats presenten una mateixa tònica fins arribar als 27 anys, on hi trobem una agulla que sobresurt i es destaca per damunt de totes les altres edats. A partir dels 32, s'inicia una davallada que es manté constant fins arribar als 65 anys.

Repetim les reflexions anteriorment esmentades; és que a partir d'una certa edat ja no existeixen equipaments i serveis per als disminuïts? o bé és que han quedat integrats a una normalitat? es pot fixar una edat mitjana de supervivència, i a partir d'ella, és normal el descens numèric de les persones disminuïdes?

En definitiva, podríem preguntar-nos que se'n fa dels disminuïts adults?

1.3.- Lloc de residència

Entrem en un aspecte que té un interès especial en el nostre estudi. Fins a quin punt són atesos els disminuïts del sector que estem estudiant? Els centres acullen majoritàriament persones de fora el sector?

La distribució geogràfica dels disminuïts atesos per aquestes institucions la donem junt amb la relació de les estimacions portades a terme en el primer capítol. No és tant l'exactitud matemàtica de les dades el que ens interessa, com el tenir elements de comparació entre dues situacions.

La lectura del quadre següent és molt indicativa de quina és la situació pel que fa referència a la utilització dels equipaments i serveis de la comarca pels deficientes residents a la mateixa. De tot el col·lectiu atès, el 64,3% són veïns d'algun municipi del sector. Cal tenir present que 51 persones deficientes del sector estan internades en hospitals psiquiàtrics no ubicats en l'àrea d'estudi. Es tracta de les 6 persones internades a l'H.P. Nostra Senyora de Montserrat, les 6 de l'H.P. Nostra Senyora dels Dolors i els 12 internats a Pere Mata, i els 27 de Villablanca.

Localitat	Total	Llocs	Moderats	Greus	Profunds	Atesos		
1.Sabadell	1.897	1.518	227	132	20	423		
2.St. Quirze	57	45	7	4	1	8		
3.Barberà	290	233	33	21	3	39		
4.Cerdanyola	525	419	64	36	6	91		
5.Ripollet	257	206	31	18	2	33		
6.Sant Cugat	331	265	40	23	3	62		
7.Montcada R.	265	212	32	18	3	27		
8.Sta. Perpètua	139	111	16	10	2	16		
9.Sentmenat	38	30	5	3	-	6		
10.Palau Plegamans	50	40	6	4	-	2		
11.Castellar V.	118	95	14	8	1	23		
12.S.Llorenç Savall	19	15	3	1	-	6		
13.Polinyà	23	18	3	2	-	4		
14.Ciutat Badia	(inclosos amb els de Barberà - Cerdanyola)						28	
TOTAL	4.009	3.207	481	280	41	768	64,3%	
15.Resta del Vallès Occidental						31		
16.Barcelona ciutat						243		
17.Barcelonès						53		
18.Baix Llobregat						11		
19.Vallès Oriental						31		
20.Resta de Catalunya						44		
21.Forà de Catalunya						7		
No consta						14	35,7%	
TOTAL						1.195	100,-	

Descomptant aquestes persones, l'índex d'utilització dels equipaments del sector per la gent ubicada en el mateix se situa a l'ordre del 61,2%; en definitiva, podem dir que, en les dues terceres parts, aquests equipaments i serveis estan en funció de les necessitats del sector.

L'altra tercera part, la formen les persones procedents d'altres indrets de Catalunya, majoritàriament de Barcelona-ciutat (55,2%), del Barcelonès (12,8%), de la resta del Vallès Occidental i de la comarca veïna, el Vallès Oriental.

De tot el col·lectiu atès, només un 4% és resident en d'altres parts del territori català. Les persones de fora de Catalunya tenen una presència insignificant.

L'altra lectura seria veure fins a quin punt cada un dels municipis del sector té les seves necessitats cobertes. Si cenyim la necessitat d'atenció a disminuïts moderats, greus i profunds (aquests darrers, moltes vegades necessiten atenció purament assistencial), ens trobem que el col·lectiu globalment considerat, no està cobert amb els equipaments existents. Mentre les estimacions ens donen una demanda potencial de 802 places, la realitat és que hi ha 768 persones deficientes ateses. Aquí cal descomptar les 24 que estan internades en institucions de fora de la comarca. Aquestes valoracions les hem portat a terme tenint en compte els criteris establerts pel DSM III, que adjuntem (*)

Ho introduïm aquí, ja que és a partir d'ara que començarem a usar tots els conceptes de grau de disminució, Q.I., etc., parlarem, així, de disminuïts greus, lleus, moderats, profunds, etc. Volem significar que en parlar de tot això el nostre punt de referència serà l'explicació que aquest document ens facilita.

(*) Deficiència mental. Definició segons O.I. S/OMS. La deficiència mental és un desenvolupament general incomplet i insuficient de les facultats mentals en diferents àrees: intel·lectives, socials, afectives, etc.

Segons DSM III, els símptomes essencials són: incapacitat intel·lectual general molt per sota del promig, conduïnt o anant associada a un dèficit o deteriorament de la conducta adaptativa, començant abans dels divuit anys. La capacitat intel·lectual general es defineix com a quocient intel·lectual o Q.I. obtingut mitjançant l'avaluació d'un subjecte per l'aplicació d'un test general d'intel·ligència administrat individualment.

La prova posseeix un error de cinc punts aproximadament. Un Q.I. de 70 és aquell que es troba significativament per sota del promig.

El seu interval serà 65-75; això permet incloure en la categoria de retard mental aquells subjectes que necessiten educació especial, i, també permet excloure de tal diagnòstic aquells altres amb un Q.I. més baix però que el judici clínic valora sense dèficit significatiu en el funcionament adaptatiu.

QUADRE ACTUAL DE LA DEFICIÈNCIA MENTAL SEGONS DSM-III I ALTRES

Q.I.	0 - 5 anys	6 - 16 anys	Adults
50 - 70 LLEU Educable	Poden desenvolupar habilitats socials i de comunicació en aquest període pre-escolar. Tenen un deteriorament mínim en les àrees sensoriales que no es distingeix del desenvolupament dels nens normals fins més endavant.	Poden aprendre habilitats escolars fins a nivell de 6è.	Poden adquirir fàcilment habilitats laborals i socials adequades, per una independència mínima. Fàcilment encessitaran orientació i assistència de tensió social o econòmica.
35 - 49 MODERAT Entrenable	Poden aprendre a comunicar-se i a parlar; però el seu grau d'atenció vers les normes socials és pobre.	Cal adaptar-los als nivells i difícilment passaran més enllà d'un 2on. curs. Poden aprendre a viatjar sols per llocs coneguts. Poden aprendre habilitats socials i ocupacionals.	Poden contribuir al propi sosteniment, fent treballs semi-especialitzats sota una forta supervisió, com pot ésser en tallers protegits. Necessiten orientació i supervisió en qualsevol situació de tensió social i econòmica lleu.
20 - 34 GREU (Sever)	En el preescolar manifesten un desenvolupament motor pobre i una expressió mínima de llenguatge; per tant, desenvolupen poc o gens el llenguatge comunicacional.	En el període escolar, poden aprendre a parlar i poden adquirir hàbits bàsics d'higiene.	Generalment són incapaces d'aprofitar-se de l'entrenament laboral. Poden fer tasques simples sota una estreta supervisió.
Inferior a 20	Mínima capacitat pel funcionament sensorio-motor.	Algun desenvolupament motriu. Indicis de llenguatge. Seguiran limitadament instruccions.	Necessiten un entorn altament estructurat i de supervisió constant.

Si distribuïm totes les persones deficientes ateses, segons el seu municipi de residència, amb l'intent d'estimar fins a quin punt cada municipi té cobertes les seves demandes, el resultat fruit d'aquesta estimació és la següent:

Localitat	Persones ateses	Demanda	Saldo
Sabadell	423	379	+ 44
Sant Quirze	8	12	- 4
Barberà	39	57	- 18
Cerdanyola	91	106	- 15
Ripollet	33	51	- 18
Sant Cugat	62	66	- 4
Montcada i Reixac	27	53	- 26
Santa Perpètua	16	28	- 12
Sentmenat	6	8	- 2
Palau de Plegamans	2	10	- 8
Castellar del Vallès	23	23	--
Sant Llorenç Savall	6	9	- 3
Polinyà	4	5	- 1
Ciutat Badia	28	--	--

La capital de la comarca presenta un notable excedent de places que sens dubte estan ocupades per persones deficientes d'altres municipis del sector. En totes aquestes estimacions valoratives del dèficit queda sempre l'interrogant de Ciutat Badia que pel que fa a les possibles demandes que pot presentar, sempre les hem d'incloure a les possibles demandes que presenten Barberà i Cerdanyola, municipis dels quals forma part Ciutat Badia. En canvi, ens consten els 28 deficientes atesos en alguna de les institucions censades. Malgrat que sigui una anàlisi descriptiva, creiem que són dades que poden ajudar molt al coneixement de quina és la situació present i de com pot ésser la del futur, quan actualment tots els índicis són que la demanda supera l'oferta.

El plantejament varia radicalment, si considerem com a demanda potencial, fins i tot les persones classificades com a deficientes lleus. Aquests sols, sumen segons les estimacions portades a terme, la xifra de 3.207 persones en tot el sector del nostre estudi. Les anàlisis que posteriorment portarem

a terme mitjançant les correlacions entre les diferents variables, ens aproparan al coneixement de quins són els nivells de deficiència més atesos per les institucions i quins són els més oblidats. A partir d'aquí tindrem més elements per valorar les mancances i els dèficits.

1.4.- Quocient Intel.lectual i grau d'autonomia

Una primera aproximació a les característiques d'aquest col·lectiu si tenim en compte el coeficient intel.lectual ens ve donada en el quadre següent:

- Q.I. de menys de 20 (profunds)	286 persones	22,2%
- Q.I. entre 20 i 34 (greus)	191 persones	14,8
- Q.I. entre 35 i 49 (moderats)	289 persones	22,4
- Q.I. entre 50 i 70 (lleus)	299 persones	23,2
- Q.I. de més de 70	85 persones	6,6
- Normal	75 persones	5,8
- Normal + D. Física	34 persones	2,6
- Autistes	20 persones	1,6
- No consta	11 persones	0,9
TOTAL	1.290 persones	100,-%

La distribució que fem en el quadre pot causar sorpresa, quan en ella hi fem constar persones amb Q.I. normal, malgrat que algunes d'elles ens facin constar disminucions físiques. Això és explicable, perquè entre les institucions que formen part de l'estudi n'hi ha algunes d'incloses que la seva atenció la dediquen a problemes de conducta i adaptació social i no a problemes de deficiència, prescindint si aquesta darrera qüestió pot, o no, incidir en la de més problemàtica. En aquesta tipologia de "normalitat de Q.I." s'inclouen les 95 persones de les institucions anteriorment esmentades, i que no desvirtuen en absolut les anàlisis que portem a terme. Les dades en les que basem la nostra anàlisi ens han estat facilitades per les mateixes institucions i les reflectim de la mateixa manera en què ens han estat facilitades.

El nivell de profunds, amb Q.I. inferior a 20, era el grup menys nombrós en les estimacions que anteriorment portàvem a terme, i en canvi és dels nivells més atesos en les institucions del sector. Algunes àrees geogràfiques d'aquest sector en què s'hi han ubicat equipaments i serveis per deficientes, s'ha constituït en lloc d'acolliment per als disminuïts profunds de molts altres indrets. Pensem principalment en la gran conurbació barcelonina. En canvi, si comparem els altres nivells de disminució tenint en compte el Q.I. ens trobem davant d'unes dades que causen perplexitat:

- Q.I. entre 20 i 34	191 atesos	280 estimats
- Q.I. entre 35 i 49	289 atesos	481 estimats
- Q.I. entre 50 i 70	299 atesos	3.207 estimats

La perplexitat encara és més palesa en tant que la globalitat de places existents en el sector cobria quasi la totalitat de la demanda de disminuïts greus, moderats i profunds. No ens és possible esbrinar exactament el perquè d'aquesta distorsió. Segurament que la manca d'una uniformitat de criteris a l'hora de qualificar els diferents nivells de deficiència, pot ésser, entre moltes altres causes el motiu d'aquesta situació.

El que sí reflecteix el quadre és que els equipaments i serveis existents, en les seves dues terceres parts, ofereixen places per a disminuïts profunds, greus i moderats. És important també el 22,2% de places dels diferents equipaments que tenen cura de deficientes qualificats de lleus. Aquí es podria tornar a plantejar la qüestió dels 3.207 deficientes lleus estimats en el sector geogràfic que estem estudiant.

Per detectar mínimament els nivells d'autonomia hem tingut en compte aspectes físics molt bàsics com són caminar, menjar, control d'esfínters, llenguatge, vista, oïda. No podem determinar amb dades el nombre de deficientes que acumulen més d'una situació d'aquestes, segur que això es dona en molts casos. Nosaltres oferim els índexs d'aquest col·lectiu que es troba afectat per alguna d'aquestes situacions, sense tenir en compte l'aspecte acumulatiu de més d'una d'aquestes situacions en una sola persona.

- No caminen sols	175	13,6
- Van en cadira de rodes	130	10,1
- No menja sol	182	14,1
- No controla esfínters	244	18,9
- Absència total de llenguatge	123	9,5
- Sord - Cec	11	0,9

Pels motius anteriorment exposats no seria vàlid donar la suma, tant l'absoluta com la relativa de les xifres del quadre anterior; pensem que ja és molt important constatar aquest dèficit en un bon nombre de deficients. Aquestes pautes per detectar el grau o nivell d'autonomia haurien d'ésser més generalitzades a l'hora de qualificar o classificar les persones deficients, ja que en molta part són més operatives i "objectives" que el Q.I. No pretenem dir que aquest no sigui vàlid, però sí que pot ésser de mal ús o aplicació per moltes i diverses causes. Un exemple d'això que estem dient el tenim en les dades anteriorment analitzades.

1.5.- Règim institucional dels acollits

No és que volguem donar importància desmesurada a la manera, o al règim, amb què els deficients són atesos. Ens fa falta disposar d'unes pautes objectives per a determinar quins són els que necessiten residència, quins internat, i quins en tenen prou amb un règim d'externat o simplement un tractament ambulatori. En el conjunt d'aquestes pautes no solament s'haurien de tenir en compte el nivell i grau de deficiència i d'autonomia, sinó també les circumstàncies socials i familiars que poden ajudar a definir la necessitat d'un o altre tipus d'atenció.

Ens limitarem a expressar quina és la situació al respecte dels 1.195 deficients que estem analitzant:

Externat	769	64,3%
Internat	291	24,4
Residència	35	2,9
Ambulatori	99	8,3
No consta	1	0,1
<hr/>		
TOTAL	1.195	100,-%

Es molt possible que a l'hora de facilitar les dades que són la base de la nostra anàlisi, hagi tingut lloc alguna confusió de conceptes, com per exemple, internat amb residència. El nostre intent era que l'internat respongués a una estada a l'escola o a la institució de dilluns a divendres, i que la residència respongués a l'estada permanent. Fem aquesta advertència perquè ens sembla sorprenent que només el 2,9% de tot el col·lectiu, 35 perso-

nes, estiguin en règim de residència, quan és de tothom conegut un cert tipus d'equipament que acull a quasi-perpetuïtat la majoria dels deficients atesos.

Quant a la qüestió de les beques, omítim qualsevol anàlisi ja que les dades de què disposem no responen a la realitat que nosaltres volíem analitzar. Se'ls ha demanat quants tenien beca amb l'intent que responguessin quants eren beneficiaris de les 3.000 ptes.; en canvi, moltes de les institucions han entès per "becaris" els que rebien, o no rebien, ajudes per menjador, transport...

1.6.- L'entorn familiar

No disposem de dades socio-econòmiques que permetin dibuixar el perfil dels nuclis familiars en aquest aspecte, que creiem seria molt important poder precisar. Però elements del tot necessaris per portar a terme aquesta anàlisi com són professió i treball dels pares, ingressos mensuals, règim de tinença i tipologia de la vivenda... no ha estat possible obtenir-les a partir de les fitxes personals que ens han facilitat les diferents institucions. Ens limitarem a una descripció de l'entorn familiar en tot el que fa referència a composició del nucli familiar, edat dels pares, lloc que el deficient ocupa dins el conjunt dels germans i l'existència o no d'altres disminuïts a la família.

1.6.1.- Composició familiar

Tenint en compte el nombre de membres per família, els nuclis dels quals formen part els 1.195 deficients del col·lectiu que estem analitzant presenten la següent distribució:

- Sols	11	0,9%
- 2 M/família	62	5,2
- 3 M/família	208	17,4
- 4 M/família	337	28,2
- 5 M/família	235	19,7
- 6 M/família	145	12,1
- 7 M/família	57	4,8
- 8 M/família	24	2,-
- 9 i més M/família	38	6,5
TOTAL	1.195	100,-%

Les persones soles responen a deficients que no tenen cap familiar directe i passen la seva vida en residències.

Els que són dos germans per família, responen a la situació creada per l'existència del pare o de la mare, o un germà, i la persona deficient. Aquesta situació la trobem majoritàriament en persones deficients adultes, que o bé ja no tenen pares i contenen únicament amb un germà, o bé només queda el pare i en el major nombre de vegades és la mare vella la que es queda.

El gruix fort dels nuclis familiars ens ve donat pels constituïts per 4, 5 i 6 membres, que normalment vol dir el matrimoni i dos, tres o quatre fills; aquesta és la situació que presenten el 60% de les famílies. Els nuclis familiars amb 5 i més fills representen el 10% de tot el col·lectiu que estem analitzant.

S'ha intentat obtenir les dades que ens poguessin ajudar a situar al deficient en el context familiar, a saber quin lloc ocupa entre els germans. Les dades obtingudes no permeten oferir resultats científicament fiables. En el 8,9% dels casos no ens consta cap dada referent a la situació; i en el 46% és impossible situar el deficient en el context dels altres germans, perquè les dades, o bé són incompletes o bé són inconnexes. Resumint, en el 54,9% dels casos ens trobem amb manca de dades.

El que sí creiem interessant, a nivell purament indicatiu, és fer esment que en el 16,7% dels casos en què ha estat possible efectuar l'anàlisi, el deficient és el germà petit. Tenint present la composició dels nuclis familiars on hem pogut constatar una presència important de famílies nombroses, no seria extravagant pensar en pares ja més o menys adults, l'edat dels quals afavorís el fet de la presència de la Síndrome de Down.

La presència d'altres persones deficients en la família, solament s'ha pogut constatar en 29 casos; d'aquestes famílies són 26 les que tenen un altre deficient i tres les que en tenen dos. La majoria de vegades és un altre germà, però altres vegades no ens consta si és el pare, mare o bé algun altre familiar.

1.6.2.- Edat dels pares

Tothom sap la importància que es dóna a l'edat de la mare, quan es tracta de la prevenció de la subnormalitat. Aquest és el motiu principal que ens ha portat a l'anàlisi de quina era la situació al respecte dels pares d'aquests 1.195 deficients.

En primer lloc, a partir d'uns grups d'edat, donarem una visió general, aprofundint tot seguit en la situació de la mare en particular. Aquesta dada ens manca en un bon nombre de famílies, però la dificultat de saber si els "no consta" responien a què els qui van omplir les fitxes no sabien les edats dels pares, o bé a què els pares (un dels dos) era difunt, ens ha obligat a donar els percentatges tenint en compte únicament els qui ens han facilitat les dades.

Aquesta absència de les dades referents a les edats dels pares és molt més notòria quan es tracta del pare (244 casos) que quan es tracta de la mare (134 casos). No tenim els elements que ens permetin una explicació raonable d'aquest fet. Es tracta de mares soles, sigui per abandó, solteria o viduïtat?

El quadre global a partir de les dades que ens consten és com segueix:

	<u>Pare</u>		<u>Mare</u>	
- Menys de 30 anys	42	4,-	85	7,3
- de 31 a 50 anys	568	54,3	652	56,4
- de 51 a 65 anys	349	33,4	338	29,2
- més de 65 anys	87	8,3	81	7,-

Aquestes dades reflecteixen una visió normal de la parella des de la perspectiva socialment acceptada. La dona més jove que l'home; això queda reflectit en què en les edats joves els índexs de les mares són més elevats i en les edats madures s'inverteix aquest ordre. Aquesta és una visió global que en absolut invalida l'existència de situacions diferents.

L'edat de la mare és la que juga un paper més important en la qüestió d'un risc cada vegada més notable a partir dels 35 anys. Fins que correlacionem les edats de les mares amb les edats dels seus fills deficientes no podem fer una aproximació valorativa de la possible incidència que aquest fet ha tingut en la presència d'un deficient en la família. Parlem d'una possible incidència, ja que són altres professionals els que en cada cas han de diagnosticar. Nosaltres constatem un fet i les circumstàncies que es donen en aquest fet.

El que sí podem dir és que el 69,5% de les mares tenen més de 40 anys. D'aquestes el 47,8% té entre 40 i 50 anys; el 23,3% té entre 51 i 60 anys; el 9,9% entre 61 i 70, i, finalment, el 3% té més de 70 anys.

En certa mesura podem estimar que la presència de mares en edat una mica madura a l'hora de concebre el fill és una situació possible en aquest col·lectiu, més si tenim present les edats dels fills. Aquests presenten una mitjana d'edat de 17 anys. Totes aquestes estimacions les haurem de confirmar o desmentir en les anàlisis posteriors.

Fins aquí la visió global a partir de les dades que ens han estat facilitades. Malgrat les deficiències, i a vegades també incoherències, hem avançat en el coneixement de les característiques de les persones deficientes d'aquest sector del Vallès Occidental. Una valoració més qualitativa d'aquest col·lectiu és la que intentarem portar a terme tot seguit a partir de les correlacions de les diferents variables.

2.- Els aspectes més significatius de les institucions segons les persones acollides

L'anàlisi descriptiu i general que hem fet en l'anterior capítol ens pot servir com a punt de referència, per veure quins són els aspectes més significatius de cada una de les institucions del sector que acullen disminuïts.

Les dades fins ara tingudes en compte ens han marcat els patrons per dibuixar la imatge del col·lectiu; cal veure com aquesta globalitat queda emmarcada en cada una de les institucions, accentuant els trets que més les signifiquen en relació amb la globalitat.

Malgrat que podríem incloure aquests aspectes singulars en el marc de l'anàlisi global, ens ha semblat molt més clarificador aquest tractament per separat. La manera més expressiva de mostrar-los, creiem que és amb els quadres sintetitzadors de les dades, que facilitarem una lectura ràpida i diàfana de la realitat que es pretén donar a conèixer.

En el quadre signifiquem els índexs dels centres que sobresurten en les variables indicades i en els aspectes concrets de cada una d'aquestes variables. Això no obsta perquè alguns dels altres aspectes també hi siguin presents. Tenim en compte únicament els índexs de cada centre que se situen per sobre dels índexs globals del col·lectiu. Quan no donem constància d'aquests índexs, és o bé perquè segueixen la tònica general o bé perquè són

inferiors a la mateixa. En els quadre nº 1 tenim en compte les variables de sexe i l'edat en els seus diferents grups.

La lectura del quadre nº 1, en què es fa referència al sexe, i sense perdre mai de vista la perspectiva de la globalitat, ens indica clarament quines són les institucions en les quals les noies hi tenen una presència més rellevant. Són pocs els centres en què les noies constitueixen majoria: a la Cooperativa Estel, 56,5% són noies; als Tallers Jeroni de Moragas, el 51,9% . Són els únics centres en què hi observem una presència majoritària de noies. Els altres centres, malgrat que alguns superin l'índex global, sempre acullen a més nois que noies.

Aquesta situació era molt esperable donats els índexs que l'anàlisi global ens mostrava. No hem fet cap menció especial dels Hospitals Psiquiàtrics, entre altres raons perquè tenen dedicacions molt determinades per un o altre sexe.

Dels diferents grups d'edat, també el quadre ens tipifica les institucions a partir dels grups que hi són més presents. Algunes, poques, queden molt ben definides. El Centre d'Estimulació Precoc del Nen Jesús està clarament en funció de les edats pre-escolars; en les edats escolars cal situar en primer lloc el Xaloc amb el 93,6% en edat escolar, l'escola Jeroni de Moragas amb el 86,5%, i entre el 70% i 75%, Santa Gemma - Bellapart i Centre Arimon.

Les dificultats d'establir uns criteris rígids, donades les característiques del col·lectiu que tractem, fa que encara sigui més difícil delimitar amb precisió uns espais d'edat per a cada institució malgrat que la seva activitat sigui docent. Per això, a més d'un centre, les persones assistides de 15-18 anys, hi tenen una presència rellevant: Santa Gemma - Bellapart, Xalest, etc. Aquest grup d'edat pot cavalcar tant amb el grup de 6-14 com amb el grup de 19-40.

No serà tant l'edat l'element a tenir en compte com les possibilitats del deficient de cara a un aprenentatge.

De les edats que podríem dir-ne adultes, 19-40 anys, hi trobem per una part els centres tallers, Cooperativa Estel, Taller Jeroni de Moragas, Aspasur, Cipo, Ona... o també els centres d'esplai com el Club Estona... Estem assenyalant tendències que l'anàlisi de les dades ens indiquen i que és molt important de tenir-les presents a l'hora de pensar en planificacions.

Amb les dades que tenim a la mà, sembla molt evident que els majors de 40 anys només tenen els recursos dels Hospitals Psiquiàtrics, els que

QUADRE Nº 1

Institucions	Sexe		Grups d'edat				
	H.	D.	-5	6-14	15-18	19-40	+40
Es. Precoç N.J.		42,-	96,-				
Sta. Gemma - B.	69,3			73,3	24,6		
Xaloc		40,4		93,6			
C.E.E.Aspanies	70,-		37,5	62,5			
E.J.de Moragas		51,9		86,5			
Flor de Maig	76,-				93,7		
Clar Horitzó					27,3	54,5	
Aspasur	70,6					85,3	
Tallers Ona		40,-			30,-	70,-	
Tallers J.Moragas		51,7				89,3	
Cipo						82,8	4,6
Centre Arimon	46,7		75,-				
Inst. M.Montero		40,1				63,6	6,9
Coop. Estel		56,5				100,-	
C.Sant Medir	66,7					53,3	
Club Estona		46,7				80,-	
Asdi		48,6		37,1	22,9		
H.P.Ntra.Sra.M.	100,-						66,7
H.P.Ntra.Sra.D.		100,-					66,7
I.Pere Mata						75,-	25,-
GLOBAL	60,7	39,3	10,4	28,5	18,6	38,7	2,9
Xalest	88,2			41,2	58,8		
La Gavina	73,5			79,4			
C.Bellaire		40,-		75,-			
J.Pedragosa	100,-			87,5			

popularment en diem "els manicomis o Hospitals de bojos", o les residències com Montserrat Montero. Més il·lustratiu de tot el comentari que acabem de fer, és el quadre de les mitjanes d'edat de cada una de les institucions i centres del sector. Aquesta dada especifica la tendència de l'escola, taller, esplai... pel que fa referència a les edats de les persones acollides.

1. Es. Precoç N.J.	3 anys d'edat mitjana
2. Santa Gemma - Bellapart	11 anys d'edat mitjana
3. Xaloc	10 anys d'edat mitjana
4. C.E.E. Aspanias	6 anys d'edat mitjana
5. Escola J. de Moragas	11 anys d'edat mitjana
6. Flor de Maig	16 anys d'edat mitjana
7. Tallers Ona	23 anys d'edat mitjana
8. Clar Horitzó	22 anys d'edat mitjana
9. Aspasur	22 anys d'edat mitjana
10. Taller J. de Moragas	26 anys d'edat mitjana
11. Cipo	25 anys d'edat mitjana
12. Centre Arimon	11 anys d'edat mitjana
13. Institució M. Montero	24 anys d'edat mitjana
14. Cooperativa Estel	26 anys d'edat mitjana
15. Centre Sant Medir	20 anys d'edat mitjana
16. Club Estona	25 anys d'edat mitjana
17. Asdi	15 anys d'edat mitjana
18. H.P. Ntra. Sra.Montserrat	54 anys d'edat mitjana
19. H.P. Ntra. Sra. Dolors	43 anys d'edat mitjana
20. Inst. Pere Mata	35 anys d'edat mitjana
21. Xalest	15 anys d'edat mitjana
22. La Gavina	10 anys d'edat mitjana
23. C. Bellaire	12 anys d'edat mitjana
24. J. Pedragosa	12 anys d'edat mitjana
EDAT MITJANA GLOBAL	17 ANYS

La tendència de les institucions existents queda molt clara a partir del llistat anterior. El pes fort està en els grups d'edat compresos abans dels 18 anys, el que significa una dedicació forta a l'ensenyament i formació, al nivell que sigui, malgrat que els esforços per cobrir una part de les

edats, que hem classificat com adultes, també hi són presents. Segons les dades anteriors els que més han assumit la qüestió del deficient adult són sens cap mena de dubte, la Cooperativa Estel i el Taller Jeroni de Moragas, seguits per Cipo, Tallers Ona i en l'aspecte d'esplai i temps lliure el Club Estona. Queda penjada a l'aire la perspectiva de futur de la gran majoria de deficients atesos en les institucions del sector.

2.1.- Les institucions al servei de la comarca

Aquesta és una de les qüestions importants que es volien analitzar, i que es van proposar a l'hora de projectar l'estudi.

Els resultats obtinguts són fruit d'una correlació de les dues variables que fan referència, per una part, al col·lectiu atès per cada una de les institucions, i per altra, al lloc de residència de cada una de les persones d'aquestes institucions. Aquesta correlació ens permet una doble lectura de la situació. Si tenim en compte els municipis del sector, veurem quins són els recursos que han trobat per solucionar el seu problema i quins d'aquests recursos són els més utilitzats; si tenim en compte els equipaments veurem en quina proporció hi són presents, dins del col·lectiu, els diferents municipis del sector que els utilitzen. Els quadres expressen a nivell de municipis (quadre nº 2) i a nivell d'institucions (quadre nº 3) tot això. Com sempre, ho expressem en nombres relatius ja que a nivell d'anàlisi són molt més valoratius que no pas els nombres absoluts.

Hem separat expressament els municipis que configuren el sector, de les altres àrees geogràfiques. D'aquesta manera, queda molt més clara gràficament la funcionalitat dels equipaments tant en un sentit com en un altre.

Les tres institucions hospitalàries ubicades fora de l'àrea d'estudi només les fem constar quan es tracta dels municipis del sector, ja que solament ens han interessat els internats veïns d'aquests municipis.

MUNICIPIS	Sabadell	St. Quirze	Barberà	Cerdanyola	Ripollet	St. Cugat	Montcada	Sta. Perpètua	Sentmenat	Palau de Plegamans	Castellar V.	St. Llorenç S.	Polinyà	Ciutat Badia	R.Vallès Oc.	Barna-tutat	Barcelonès	Baix Llobregat	Vallès Or.	R.Catalunya	Fora Catalunya
Est. Precoç	10,6	12,5	11,9	11,7	11,8	3,1		10,5	33,3		13,-	50,-		12,5	13,9				12,5	11,5	
Sta. Gemma	17,4		26,2	4,3		1,6	3,7	26,3	16,7		17,4		50,0	18,7	2,8						
Xalol	12,8	11,5	23,8	8,5	17,6	3,1		5,3			17,4			21,9					34,4		
CEE. Aspernas	0,7					4,7											10,6	9,8			
E.J.Moragas	0,2		9,5	21,3	23,4		51,9							15,6							
Clar Horitzó	2,2			1,1											8,3	17,9	1,6		6,3	1,9	
Flor de Maig	3,3		7,1	18,1		4,7	11,1							3,1							
Aspasur			2,4	14,9	23,5		38,3							6,3							
Tallers Oia				1,1	2,9										3,-						
T.J.Moragas															17,5			5,9			
Cipo	27,7	25,-	4,8	1,1	2,9			26,3	33,3		30,4	33,3	25,-	6,3	5,6				3,1		
C.Antoni	6,2		9,5	4,3	11,8	4,7		5,3			8,7			16,7	1,1				3,1		
I.M.Montoro	3,3			6,4	2,9	4,7		5,3			8,7			27,8	24,7	70,5	76,5	37,5	67,-	50,-	
C.Estel															8,7						
C.S.Medir															5,6	8,4	4,9				37,5
C.Estona	5,7	12,5		2,1											5,6						
Asdi							51,6														
HPNS Monts.	0,2		2,4	2,1		1,6															
HPNS Dolors	1,3																				
I.Pere Mata	2		2,4																		
Xalest	3,5																				
La Gavina	3,1	37,5												9,4	1,1	0,4			3,1		
C.Bellaire				3,2	2,9	3,1		15,8							2,8	4,2	8,2	5,9		1,9	12,5
J.Pedragosa														3,1							
																					17,3

Si analitzem la realitat des de l'òptica del municipi, ens trobem amb el següent panorama:

SABADELL: Té el seu col·lectiu de deficients distribuït en 16 institucions i per aquest ordre d'importància:

- Tallers Cipo	27,7%
- Santa Gemma - Bellapart	17,4
- Xaloc	12,8
- Estimulació Precoç	10,6
- Centre Arimon	6,2
- Club Estona	5,7
- Clar Horitzó	1,5
- Inst. Montserrat Montero	1,5
- Flor de Maig	1,5
- Xalest	1,5
- La Gavina	1,5
- H.P. Ntra. Sra. dels Dolors	1,5
- Inst. Pere Mata	1,5
- C.E.E. Aspanias	menys de 1'1,-
- Escola J. de Moragas	menys de 1'1,-
- H.P. Ntra. Sra. de Montserrat	menys de 1'1,-

SANT QUIRZE DEL VALLES: Té deficients en 5 centres:

- La Gavina	37,5
- Cipo	25,-
- Club Estona	12,5
- Xaloc	12,5
- Estimulació Precoç	12,5

BARBERÀ: Són 10 les institucions que reben o acullen els deficients de Barberà:

- Santa Gemma - Bellapart	26,2
- Xaloc	23,8
- Estimulació Precoç	11,9
- Centre Arimon	9,5
- Es. Jeroni de Moragas	9,5
- Flor de Maig	7,1
- Cipo	4,8

- Aspasur	2,4
- H.P. Ntra. Sra. de Montserrat	2,4
- Inst. Pere Mata	2,4

CERDANYOLA: Després de Sabadell, és el municipi amb el ventall més ampli d'institucions que acullen els seus deficients. Un total de 14.

- Escola J. de Moragas	21,3%
- Flor de Maig	18,1
- Aspasur	14,9
- Estimulació Precoç	11,7
- Xaloc	8,5
- Inst. Montserrat Montero	6,4
- Santa Gemma - Bellapart	4,3
- Centre Arimon	4,3
- La Gavina	de l'1 al 4,-
- Club Estona	de l'1 al 4,-
- H.P. Ntra. Sra. Montserrat	de l'1 al 4,-
- Clar Horitzó	de l'1 al 4,-
- Cipo	de l'1 al 4,-
- Tallers Ona	de l'1 al 4,-

RIPOLLET També en aquest municipi són nombrosos els centres que s'han buscat: 9 en total.

- Aspasur	28,9
- Esc. Jeroni de Moragas	23,5
- Xaloc	17,6
- C. Arimon	11,8
- Estimulació Precoç	11,8
- Inst. Montserrat Motnero	2,9
- Tallers Ona	2,9
- Cipo	2,9
- La Gavina	2,9

SANT CUGAT: Els 11 centres que atenen les necessitats d'aquest municipi es distribueixen de la següent manera:

- Asdi	51,6
- Taller J. de Moragas	17,2
- Inst. Montserrat Montero	4,7
- Flor de Maig	4,7
- Centre Arimon	4,7
- C.E. Especial Aspanias	4,7
- Santa Gemma - Bellapart	menys del 4,-
- Xaloc	menys del 4,-
- La Gavina	menys del 4,-
- Estimulació Precoç	menys del 4,-
- H.P. Ntra. Sra. Montserrat	menys del 4,-

MONTCADA: Són 4 els centres on s'hi acullen els deficients de la població:

- Escola J. de Moragas	51,9
- Aspasur	33,3
- Flor de Maig	11,1
- Santa Gemma - Bellapart	3,7

SANTA PERPETUA: Tot i que té la meitat de població que Montcada, ha necessitat el doble d'institucions, 8 en total.

- Santa Gemma - Bellapart	
- Cipo	26,3
- La Gavina	15,8
- Estimulació Precoç	10,5
- Inst. Montserrat Montero	5,3
- Centre Arimon	5,3
- Xaloc	5,3
- Inst. Pere Mata	5,3

SENTMENAT: Són 4 els centres que acullen els deficients d'aquest municipi:

- Cipo	33,3
- Estimulació Precoç	33,3
- Santa Gemma - Bellapart	16,7
- Centre Arimon	16,7

PALAU DE PLEGAMANS: Els dos únics centres en què s'hi acullen els deficients de la població són:

-H.P. Ntra. Sra. Montserrat	50,-
-Inst. Pere Mata	50,-

CASTELLAR DEL VALLES: Els 6 centres són els següents:

- Cipo	30,4
- Xaloc	17,4
- Santa Gemma - Bellapart	17,4

SANT LLORENÇ SAVALL: Són tres els centres que atenen les necessitats:

- Estimulació Precoç	50,-
- Cipo	33,3
- Centre Arimon	16,7

POLINYA: També són 3 i amb aquest ordre d'importància:

- Santa Gemma - Bellapart	50,-
- Club Estona	25,-
- Cipo	25,-

CIUTAT BADIA: Malgrat que no consti com a municipi, les institucions i centres ens han fet constar els deficients que els acollien i que eren residents de Ciutat Badia. És possible que alguns constin com a veïns de Barberà o Cerdanyola, però els que se'ns confirmen de Ciutat Badia estan acollits en les 10 institucions següents:

- Xaloc	21,9
- Santa Gemma - Bellapart	18,7
- Estimulació Precoç	12,5
- Escola J. de Moragas	15,6
- La Gavina	9,4
- Aspasur	6,3
- Cipo	6,3
- Flor de Maig	3,1
- Centre Arimon	3,1
- Josep Pedragosa	3,1

Fins aquí, els municipis que formen el sector geogràfic de l'estudi. Els centres que més quantitat de municipis atenen són: Estimulació Precoç, Cipo, Santa Gemma - Bellapart, Centre Arimon, i després Xaloc i La Gavina. Això no vol dir que aquests centres atenguin únicament a deficients del sector. El que es pot apreciar en el llistat anterior, és la importància que per cada municipi tenen els diferents centres.

A continuació fem relació de les altres àrees geogràfiques que utilitzen els serveis existents en el sector que estem estudiant.

RESTA VALLES OCCIDENTAL: Aquesta àrea utilitza els equipaments del sector en l'ordre següent:

- Inst. Montserrat Montero	27,8
- Centre Arimon	16,7
- Estimulació Precoç	13,9
- La Gavina	11,1
- C.E. Especial Aspanias	10,6
- Flor de Maig	8,3
- C. Sant Medir	5,6
- Asdi	5,6
- Cipo	5,6
- Bellaire	2,8
- Xaloc	2,8

BARCELONA-CIUTAT: Té el col·lectiu repartit de la següent manera:

- Cooperativa Estel	8,7
- Inst. Montserrat Montero	24,7
- Flor de Maig	17,9
- Tallers J. de Moragas	17,5
- C.E. Especial Aspanias	9,8
- C. Sant Medir	8,4
- Tallers Ona	menys del 5,-
- Centre Arimon	menys del 5,-
- Xalest	menys del 5,-
- C. Bellaire	menys del 5,-
- Josep Pedragosa	menys del 5,-

BARCELONÈS: Els municipis que configuren aquesta comarca utilitzen els serveis del sector per aquest ordre:

- Inst. Montserrat Montero	70,5
- C. Bellaire	8,2
- C. Sant Medir	4,9
- Josep Pedragosa	4,9
- Flor de Maig	1,6

BAIX LLOBREGAT: També aquesta comarca cobreix part de les seves necessitats d'atenció als deficients amb els equipaments del sector.

- Inst. Montserrat Montero	76,5
- Josep Pedragosa	11,8
- C. Bellaire	5,9
- Tallers J. de Moragas	5,9

VALLES ORIENTAL: Es la comarca veïna del sector que estudiem i no és estrany que utilitzi els seus equipaments i serveis.

- Xaloc	34,4
- Inst. Montserrat Montero	37,5
- Estimulació Precoç	12,5
- Flor de Maig	6,3
- Centre Arimon	3,1
- Cipo	3,1
- La Gavina	3,1

RESTA DE CATALUNYA: Els deficients ubicats en la resta del país i que utilitzen els serveis del sector ho fan per aquest ordre:

- Inst. Montserrat Montero	67,3
- Josep Pedragosa	17,3
- Estimulació Precoç	11,5
- C. Bellaire	1,9
- Flor de Maig	1,9

FORA DE CATALUNYA: El petit grup de la resta de l'Estat que s'ha acollit en centres del sector presenta aquest ordre:

- Inst. Montserrat Montero	50,-
- C. Sant Medir	37,5
- C. Bellaire	12,5

Ens apareixen uns centres als quals hi són totalment absents les persones procedents d'aquests àrees geogràfiques: Club Estona, Clar Horitzó, Aspasur, Santa Gemma - Bellapart, Escola Jeroni de Moragas. Uns altres centres en què sí que hi són, però de manera molt minsa i poc rellevant; Cooperativa Estel, Tallers Ona, Xaloc, Asdi, C.E.E. Aspanias, Tallers J. de Moragas, Cipo i Centre Arimon. I en darrer lloc, uns altres centres en què hi són presents de manera notòria i quasi-massiva; Inst. Montserrat Montero, Flor de Maig, C. Sant Medir.

Tot això són elements a tenir en compte per fer una valoració d'aquests equipaments i serveis pel que fa a la seva funcionalitat respecte al sector geogràfic que estem estudiant. En tota aquesta anàlisi anterior hem partit del municipi, i de com aquest ha anat col·locant les persones deficientes, i amb quines mesures els ha anat col·locant en cada una de les institucions. Però això no vol dir, pel fet que un municipi tingui, per exemple, el 60% dels seus deficientes en una institució, que els acullits en aquesta institució siguin majoritàriament d'aquest municipi. Pot molt ben ésser aquest 60% respongui a 2 o 3 persones i en canvi el 20% d'un altre municipi respongui a 30 o 40 persones.

Els quadres que oferim a continuació fan possible aquesta altra lectura de les dades. Quin és el pes, dins de cada una de les institucions dels deficientes dels diferents municipis, queda molt ben reflectit en els índexs i pensem que no cal un nou llistat per entendre quin és el pes quantitatiu, dins de cada institució, dels deficientes provinents dels diferents municipis i àrees geogràfiques foranes.

El traçat funcional dels equipaments i serveis, que potser de bon començament intuïem, queda molt més delimitat a partir d'aquestes dades.

2.2.- Els nivells de disminució de les persones ateses

Aquest és un dels aspectes més confusos que hem trobat en el capítol primer, quan portàvem a terme l'anàlisi institucional. L'aiguabarreig que allà descobríem feia totalment impossible una clarificació mínimament ordenada i coherent dels equipaments i serveis en funció de la seva dedicació a uns nivells o graus de disminució.

L'anàlisi de les dades personals ens permet un aclariment i ens facilita un coneixement més realista de quina és la situació.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

2.2.1.- Els profunds. Q.I. menys de 20

Aquest nivell de disminució, els profunds, que segons l'informa DSM III necessita una atenció constant i permanent, ja que les seves possibilitats en qualsevol edat són limitadíssimes o bé nul·les, el trobem en les següents institucions:

- Inst. Montserrat Montero: que acull el 17% del col·lectiu que analitzem i té el 66,1% dels profunds.
- Centre Arimon: que acull el 4,7% del col·lectiu i té el 19,5% dels profunds.
- Centre Sant Medir: que acull el 2,3% del col·lectiu i té el 2,5% dels profunds.
- C.E. Especial Aspanias: que acull el 3% del col·lectiu i té el 5,9% dels profunds.

Aquests quatre centres són els que despunten i es tipifiquen per l'atenció als disminuïts profunds. És clar que d'aquests quatre centres el que està realment al servei de l'àrea d'estudi és el Centre Arimon, els altres tres tenen una funció més àmplia i en alguns casos cap incidència en la comarca. De manera puntual trobem també profunds a Tallers Cipo, Santa Gemma Bellapart, Tallers Jeroni de Moragas i per suposat en els H. Psiquiàtrics de fora de l'àrea d'estudi.

2.2.2.- Greus o severes. Q.I. de 20 a 35

Segons l'informe anteriorment esmentat, aquest tipus de deficients poden aprendre a parlar i adquirir hàbits bàsics d'higiene en les edats escolars, i en les edats madures poden portar a terme algunes tasques simples sota una estreta supervisió.

Les institucions en què aquests tipus de deficients hi tenen una incidència relativa més significant són:

- Tallers Cipo: que acull el 11,3% dels disminuïts i té el 22,5% dels deficients greus o severes.
- Tallers Jeroni de Moragas: amb un 4,5% de tot el col·lectiu acull el 11,5% dels greus o severes.
- C. Sant Medir: acull el 12,3% del col·lectiu i el 7,9% de greus.
- Aspasur: el 2,7% del col·lectiu i el 7,9% dels greus.

- Tallers Ona: el 0,8% del col·lectiu i 3,1% dels greus o severos.
- Escola J. de Moragas: el 4,1% del col·lectiu i el 15,8% dels severos o greus.
- Asdi: el 2,7% dels disminuïts i el 3,7% dels greus o severos.
- Centre E.E. Aspanias: el 3% i el 3,7% respectivament.

Aquests vuit centres queden significats per la presència relativament important dels deficients greus o severos. La majoria d'aquestes institucions, concretament les 5 primeres, són tallers o centres per adults, la mitjana d'edat d'aquests centres és sempre superior als 20 anys. Els altres tres centres, els darrers, són específicament per edats escolars, si exceptuem Asdi que té una mitjana d'edat de 15 anys.

La funcionalitat de cada un d'aquests equipaments de cara a cobrir les necessitats del sector, han estat analitzades ja en l'apartat anterior.

També altres institucions acullen i tracten deficients greus o severos, però el pes relatiu no és tan important com en les anteriorment esmentades. Així tenim que el Centre Montserrat Montero, tot i tenir un índex important de greus i severos, és molt més important per respecte als profunds, Les altres institucions en què també hi trobem aquesta tipologia de deficients, són per ordre d'importància: Santa Gemma - Bellapart, Cooperativa Estel, Ciar Horitzó, Club Estona, Centre Arimon, Estimulació Precoç i Flor de Maig.

De les institucions ubicades fora del sector de l'estudi, és en l'I. Pere Mata on hi trobem la presència més significativa, seguida de l'H.P. Ntra. Sra. dels Dolors.

2.2.3.- Els moderats. Q.I. de 36 a 50

Aquest és el nivell que el DSM III qualifica com entrenable i amb unes possibilitats, encara que molt minses, en cada un dels grups d'edat. Entrem en un nivell de disminució psíquica que estadísticament es presumeix ja més nombrós. Les institucions, equipaments i serveis que més es signifiquen per la presència relativa d'aquests deficients són:

- Santa Gemma - Bellapart: acull un 8,9% del col·lectiu i té el 24,6% dels moderats.
- Cooperativa Estel: 1,8% del col·lectiu i el 6,6% dels moderats.
- Aspatur: el 2,7% del col·lectiu i el 6,6% dels moderats.
- Taller J. de Moragas: el 4,5% del col·lectiu i el 8% dels moderats.
- Tallers Cipo. el 11,3% del col·lectiu i el 13,8% dels moderats.

- Club Estona: el 2,3% i el 14,2% respectivament.
- Clar Horitzó: el 0,9% i el 1,7% respectivament.
- C.E.E. Aspanias: el 3% i el 4,2% respectivament.
- Asdi: el 2,7% i el 3,1% respectivament.

També en aquest grup, priven les institucions que tenen les edats mitjanes, pròpies d'adults, malgrat que la institució que té l'índex relatiu més elevat sigui l'escola Santa Gemma - Bellapart.

Altres equipaments i serveis que atenen o acullen deficients d'aquests Q.I., són per ordre d'importància: Flor de Maig, Tallers Ona, Xalol, Estimulació Precoç i Centre Arimon.

En les institucions ubicades fora del sector, en totes hi trobem deficients d'aquests nivells; en primer lloc l'Ins. Pere Mata, seguit de l'H.P. Ntra. Sra. de Montserrat, i en darrer lloc l'H.P. Ntra. Sra. dels Dolors.

2.2.4.- Deficients lleus. Q.I. de 51 a 70

Aquest és el nivell dels educables i el grup estadísticament més nombrós. Tant en les primeres edats, com en les edats escolars o també a nivell d'adults, tenen possibilitats d'integració o adaptació molt notables.

La presència d'aquesta tipologia té una rellevància significativa en les següents institucions.

- Xalol: acull el 8,5% del col·lectiu i el 22,4% dels deficients lleus.
- Flor de Maig: el 7,5% del col·lectiu i el 20,1% dels deficients lleus.
- Estimulació Precoç: el 7,7% i el 14,7% respectivament.
- Tallers Cipo: el 11,3% i el 13% respectivament.
- Es. J. de Moragas: el 4,1% del col·lectiu i el 5,4% dels deficients lleus.
- Asdi: el 2,7% i el 5,4% respectivament.
- Club Estona: el 2,3% del col·lectiu i el 4% dels deficients lleus.

No podem dir que hi hagi un predomini clar d'equipaments per adults deficients lleus. El llistat precedent indica potser més clarament una tendència cap a les edats educacionals que possibiliten una major capacitació d'adaptació a la normalitat de la vida adulta, potser això explica la manca de serveis per adults deficients lleus.

També trobem la presència d'aquests deficients lleus en les següents institucions i per ordre d'importància: Santa Gemma - Bellapart, Tallers Jeroni de Moragas, Tallers Ona, Clar Horitzó i la Cooperativa Estel.

2.2.5.- Deficients (?) amb Q.I. de més de 70

Malgrat que dins el col·lectiu que estem analitzant és un grup poc nombrós, cal veure quins són els equipaments que acullen aquesta tipologia.

- Xaloc: acull un 8,5% de la totalitat del col·lectiu i un 35,5% d'aquest grup.

- Flor de Maig: el 7,5% de la totalitat i el 20% d'aquest grup.

- Cipo: un 11,3% i un 20% respectivament.

- Club Estona: un 2,3% i un 5,9 respectivament.

- Clar Horitzó: un 0,9% i un 3,5% respectivament.

- Asdi: un 2,7% i un 3,5% respectivament.

- Escola J. de Moragas: un 4,1% i un 4,7% respectivament.

En totes aquestes institucions esmentades hi trobem, per una part escoles (Xaloc, Jeroni de Moragas) i per altra part centres d'aprenentatge laboral (Flor de Maig) i tallers ocupacionals (Cipo). Caldria veure fins a quin punt l'adaptació o integració d'aquestes persones és possible en altres llocs normalitzats, i si no es fa, quines en són les causes. La resta d'institucions que també acullen deficients d'aquest grup, però amb la notorietat de les anteriors, són: C.E.E. Aspanias, Taller Jeroni de Moragas i Estimulació Precoç.

2.2.6.- Altres tipologies

Incloem en aquest apartat diferents nuclis, que per les seves pròpies característiques, no podien contemplar-se juntament amb els grups anteriorment analitzats.

- les 129 persones classificades com a normals per les mateixes institucions i en referència al Q.I.; aquestes institucions són, Xalest i Josep Pedragosa que elles mateixes s'autodefineixen com equipaments i serveis per problemes de conducta o inadaptació social. El centre d'Estimulació Precoç també ens ha classificat un bon nombre de les seves persones ateses dins aquesta categoria de normals.

- dins aquest apartat podem considerar-hi també les 34 persones acollides a l'escola La Gavina, amb Q.I. normal però amb diverses deficiències físiques.

- en darrer lloc, hi situem el Centre Bellaire, que acull a 20 autistes, i que constitueix un centre "únic" en el sector.

2.2.7.- Grau d'autonomia

El Q.I. és l'element universalment utilitzat a l'hora de classificar, tipicar i analitzar la realitat del món de la deficiència mental. Malgrat els seus pros i contres és l'instrument més idoni per l'homologació de dades. Hi ha, però, molts altres aspectes que queden al marge i que no es poden oblidar a l'hora de pensar i planificar serveis i equipaments per aquest col·lectiu de població. Pensem concretament en aquells aspectes molt primaris, però essencials per al desenvolupament normal de la vida quotidiana. Ens hem fixat concretament en aspectes tan vitals com són:

- Caminar sol
- Tenir necessitat de cadira de rodes
- Menjar sol
- Control d'esfínters

La manca de qualsevol d'aquestes capacitats exigeix una atenció molt individualitzada i per tant demana més personal que tingui cura dels afectats.

En el col·lectiu que nosaltres estem analitzant, hem trobat un 14% de persones que en algun dels aspectes esmentats, o també en més d'un a la vegada, no es valen per elles mateixes. És un índex aplicable únicament i exclusiva en el nostre cas concret. En absolut podem pensar en extrapolacions que permetin diagnosticar altres realitats. Les característiques més notòries d'aquest nucli amb manca d'un mínim grau d'autonomia les podem explicitar de la següent manera:

- Els més afectats els trobem, lògicament, en les institucions i centres que tenen els índexs més elevats de profunds i severs.

L'aspecte del nivell o grau d'autonomia més afectat és el que fa referència al "control d'esfínters", seguit dels que no mengen sols.

- La immobilitat, no caminar sol, no implica necessàriament l'ús de cadira de rodes. Aquests darrers presenten índexs més baixos respecte als que no poden caminar sols.

Dels centres que es troben més afectats per la presència de persones amb aquestes deficiències, el que presenta la situació més deteriorada relativament parlant, no quantitativament, és el Centre Arimon, seguit del C.Sant Medir, C.E.E. Aspanias i Montserrat Montero.

- Aquesta mateixa situació es dona, encara que amb menys incidència, en centres com Santa Gemma -Bellapart i Asdi.

- Tota una altra qüestió és la que presenta la institució La Gavina -disminuïts físics- i el Centre Bellaire, per autistes. Aquest darrer presenta uns índexs notables de persones que no mengen soles i que no controlen esfínters.

Anteriorment apuntàvem la necessitat de pensar en aquest aspecte del grau d'autonomia, per tot el que comporta d'exigència en la planificació. Cal pensar també en les coincidències que agreugen notablement les situacions, com poden ésser, manca d'autonomia, Q.I. baix, possibles circumstàncies socials deteriorades, que totes juntes poden configurar unes realitats extremes, en el context ja problemàtic de la deficiència mental.

3.- Les poblacions de l'àrea d'estudi i el seu col·lectiu disminuït

La visió global del col·lectiu, els trets més significatius de les institucions, són aspectes que han estat objecte de les anàlisis anteriors. Però hi ha un altre centre d'interès i que no podem oblidar: les característiques d'aquesta població disminuïda, tenint en compte el seu lloc de residència, o bé tenint en compte també les edats, Q.I. i nivell d'autonomia; o també veure quina és la relació entre les edats dels disminuïts i les edats dels pares. Aspectes tots ells que creiem importants de conèixer en la perspectiva d'una planificació de serveis.

3.1.- Sexe i edat dels disminuïts segons el lloc de residència

Una de les constatacions més clares i evidents és l'índex baix de persones del sexe femení que hem trobat en l'anàlisi d'aquest col·lectiu. No sabem el perquè es dona aquesta situació, intuïm algunes raons de tipus social que poden provocar-la però res més.

Si ho recordem, de les 1.290 persones disminuïdes, el 62,1% són nois i el 37,9% són noies. Aquests són els índexs globals que afecten a tot el col·lectiu, però en algunes poblacions del sector geogràfic aquests índexs varien ostensiblement:

- Sant Cugat	48,4% de noies
- Santa Perpètua	52,6
- Sentmenat	50,-
- Castellar del Vallès	43,5
- Polinyà	50,-
- Ciutat Badia	50,-

Ens atenem únicament a l'àrea geogràfica que comprèn el nostre estudi i parlem dels disminuïts que conformen aquesta àrea. Al costat d'aquests municipis on hi trobem una presència més notable de noies, podem citar el municipi de Montcada, en què la presència femenina dins el col·lectiu de disminuïts presenta un índex baixíssim, el 29,6%

Aquesta situació, és deguda a una pura qüestió biològica o hi ha realment algun altre element que juga en el fet que la presència femenina en el món de la disminució psíquica sigui sempre minoritària?

Les edats del col·lectiu en la perspectiva global presentaven el següent quadre:

- de 0 a 5 anys	9,7%
- de 6 a 14 anys	32,9
- de 15 a 18 anys	19,-
- de 19 a 40 anys	35,8
- més de 40 anys	2,7

Mantenint aquests índexs com a punt de referència, exposem quins són els llocs que tenen una significació relativament més important en cada un dels grups d'edat:

- de 0 a 5 anys: presenten uns índexs per damunt del global d'aquest grup:

Sabadell
 Sant Quirze
 Barberà
 Ripollet
 Sentmenat
 Castellar del Vallès
 Sant Llorenç
 Ciutat Badia

Aquestes localitats, no és que totes elles tinguin els nombres absoluts d'aquest grup d'edat més elevat, sinó que en el conjunt de la seva població disminuïda, i atesa, els d'aquestes edats tenen una notòria rellevància. Són les edats en què un cop descoberta qualsevol anomalia es pot pensar en unes teràpies que possibilitin un retrocés de la mateixa, i una normalització de la persona. Montcada i Reixac i Polinyà, són totalment absents d'aquest grup d'edat.

- de 6 a 14 anys: en aquestes edats, moltes vegades, certs tipus de disminucions que en els primers anys de vida, o bé no es van veure o potser també s'intentaven dissimular segons el grau i tipus de disminució es fan més evidents. Els llocs en què els índexs d'aquest grup d'edat són relativament més importants són:

Barberà
Cerdanyola
Ripollet
Ciutat Badia

Són àrees totes elles que han sofert de manera sobtada i galopant uns processos d'urbanització-suburbialització molt grans, i les persones que s'hi han trobat provinents d'altres contextos culturals n'acusen les conseqüències. Amb no tanta rellevància podem situar-hi també Montcada i Reixac i Sant Perpètua.

- de 15 a 18 anys: en aquest grup d'edat hi trobem solament dues localitats que despuntin, Barberà i Cerdanyola.

- els majors de 19 anys: hem fet un sol grup a partir dels 19 anys, ja que no trobem cap aspecte, ni cap municipi en particular que presenti unes peculiaritats dignes d'ésser tingudes en compte. Únicament el municipi de Sabadell i Sant Quirze presenten una significació en el grup a partir dels 40 anys.

Aquestes són les característiques pel que fa a sexe i edat que presenten els disminuïts de cada un dels llocs o municipis que configuren l'àrea d'estudi. Sembla que la tendència la marquen molt prioritàriament les edats de menys de 16 anys. Això contrasta amb les persones d'altres llocs i que són ateses per institucions ubicades en el sector, on hi trobem una incidència relativament important de les edats a partir dels 16 anys. Per clarificar més aquesta constatació és important veure quina és l'edat mitjana que presenten cada un dels municipis i àrees geogràfiques en què hem sectoritzat l'estudi. Aquesta és la relació:

- Sabadell	17,2 anys de mitjana d'edat
- Sant Quirze	18,7
- Barberà	12,7
- Cerdanyola	15,1
- Ripollet	12,4
- Sant Cugat	16,9
- Montcada	16,6
- Santa Perpètua	12,6
- Palau de Plegamans	51,-
- Castellar del Vallès	15,6
- Polinyà	25,2
- Ciutat Badia	11,4
- Resta Vallès Oc.	15,4
- Barcelona-ciutat	20,7
- Barcelonès	19,2
- Baix Llobregat	20,1
- Vallès Oriental	15,8
- Resta de Catalunya	20,7
- Fora de Catalunya	23,8
- EDAT MITJANA DEL COL·LECTIU: 17,5	

Aquest llistat confirma plenament les estimacions que hem fet. Les institucions que atenen els disminuïts del mini-sector del Vallès Occidental, atenen majoritàriament les edats escolars i d'aprenentatge, si exceptuem els casos aïllats de Palau de Plegamans i Polinyà (Hospital Psiquiàtric). En canvi les persones no ubicades en el sector geogràfic de l'estudi, però ateses per les institucions ubicades en el mateix, tenen ja una mitjana d'edat adulta. Podem induir en certa manera que les places existents per disminuïts adults són ocupades per persones de fora de la comarca.

3.2.- El Q.I. segons el municipi de residència

Quan fèiem l'anàlisi de la globalitat del col·lectiu i teníem en compte les estimacions del DSM III, ens trobàvem amb unes confusions que impossibilitaven qualsevol valoració crítica al respecte.

Aquestes confusions continuen quan intentem una anàlisi tipològica dels disminuïts de cada un dels municipis segons el Q.I. L'evidència d'aquest confusionisme és el que intentem plasmar en el quadre següent, en què reproduïm, per una part, les estimacions per cada un dels nivells de Q.I., i per l'altra la realitat que ens ha donat el cens personal de cada una de les institucions. Volem remarcar que aquesta relació es basa en unes estimacions (DSM III), i com totes les estimacions, tenen la validesa que tenen i prou.

MUNICIPI	PROFUNDS		GREUS		MODERATS		LLEUS		MÉS DE 70	
	E.	C.	E.	C.	E.	C.	E.	C.	E.	C.
Sabadell	20	45	132	58	227	127	1.518	132	-	43
Sant Quirze	1		4	1	7	2	45	1	-	-
Barberà	4	3	21	6	33	11	233	16	-	3
Cerdanyola	6	10	36	11	64	24	419	37	-	5
Ripollet	2	5	18	7	31	10	206	9	-	-
Sant Cugat	3	5	23	11	40	21	265	18	-	6
Montcada	3		18	7	32	10	212	7	-	-
Santa Perpètua	2	3	10	4	16	5	111	4	-	-
Sentmenat		1	3	1	5	1	30	2	-	-
Palau de P.			3		5	2	30		-	-
Castellar	1	5	8	4	14	6	95	4	-	1
Sant Llorenç		1	2	1	3		15	1	-	-
Polinyà			2		3	3	18	1		
Ciutat Badia		1		5		10		5		5

(La E correspon a "estimacions" del DSM III; la C correspon als disminuïts censats a través de les institucions).

Aquests números valen el que valen, i no intentem donar-los cap més valor ni funcionalitat que la de fer evident la impossibilitat d'induir conclusions o valoracions a partir de la realitat que ens mostren. És possible que molta de la població que el DSM III, en les seves estimacions, inclou en la tipologia de lleus i fins potser també en la de moderats, en la realitat passin desapercebuts i visquin immersos en un context social on tinguin una certa acceptació de normalitat.

Per altra part, en els nivells estimats de greus i profunds, les inexactituds poden provenir d'un diagnòstic fet sinó a la lleugera, sí una mica inconscientment. Això ho diem com a pura especulació, però no deixa de tenir

certs graus de probabilitat. Per altra part, i centrant-nos en els casos de greus i moderats, aquest desnivell numèric pot evidenciar la gran manca de places escolars o de tallers i d'altres centres per atendre aquest col·lectiu que presenta unes xifres respectables.

L'afrontament aquesta problemàtica no recau tant en saber la quantitat, com en la seriositat realista, i no tant teòrica, del diagnòstic, que assenyalarà les pautes que calguin per cobrir les necessitats reals d'aquesta problemàtica.

Establint un ordre de prioritats i a partir de les dades que tenim podem fer les següents constatacions:

- El nivell relativament més atès en els pobles que configuren l'àrea d'estudi és el que correspon als lleus, amb un Q.I. entre 51-70. Aquesta significació relativa adquireix rellevància en les poblacions de Sabadell, Barberà i Cerdanyola.

En segon lloc i quasi al mateix nivell que els anteriors podem situar el grup dels moderats, amb Q.I. entre 36 i 50. Els municipis en què aquesta significació relativa és més important són: Sabadell, Cerdanyola, Sant Cugat, Montcada, Castellar del Vallès i Ciutat Badia.

En tercer lloc, cal situar-hi els greus, i els municipis relativament més significats són Ripollet, Montcada i Santa Perpètua.

El nivell de profunds té una importància relativament forta quan tractem les àrees geogràfiques que no formen part del sector del nostre estudi. Sembla talment com si els equipaments i serveis que acullen als profunds estiguin més al servei dels no residents en la zona d'estudi. Aquesta situació també es constata quan es tracta del grau de mobilitat, la majoria relativa de persones que no es valen per elles mateixes són de fora de la comarca: Barcelonès, Baix Llobregat, Resta de Catalunya.

3.3.- El Q.I. i els diferents grups d'edat

La correlació d'aquestes dues variables pot il·lustrar i refermar els resultats obtinguts fins ara en les anàlisis, així com també aportar nous elements que ajudin a conèixer una de les situacions que constitueixen un dels objectius de l'estudi: l'atenció als deficientes greus i profunds.

Cal tenir present que les dades que són la base de la nostra anàlisi són les obtingudes a través de les institucions, i que responen a les persones acollides en aquestes institucions. Un col·lectiu molt concret i definit,

amb tots els pros i contres que en el transcurs de l'estudi hem anat observant: els equipaments i serveis més en funció d'altres llocs que no pas del sector, els nivells de deficients més atesos per aquests serveis, etc.

Fetes aquestes observacions, les característiques més notables que podem induir de la correlació de les dues dades anteriorment esmentades són les següents:

- en el grup de 0 a 5 anys: (recordem que aquest grup representa el 9,5% del total del col·lectiu) Hi destaca de manera important el nivell dels lleus, com el nucli més notable d'aquestes edats. No tenim en compte els classificats com a normals ja que aquests responen als diagnòstics portats a terme pels centres dedicats a la prevenció i que segons el criteri de Q.I. quedarien exclosos de la tessitura de l'estudi. Tant en aquest grup com en els que seguiran, el fet que remarquem els nivells de Q.I. més destacats, no vol dir que no hi hagi també d'altres nivells.

Una atenció el més extensa possible i seriosa en aquestes edats pot ésser una eina molt important de cara a les previsions de futur.

- el grup de 6 a 14 anys: lògicament aquest grup constitueix un nucli important dins la globalitat del col·lectiu, presenta un índex del 32,9%. Si deixem a part els que representen un Q.I. de més de 70 i els classificats normals, solament els lleus (51-70) tenen un pes relatiu important. Però a diferència del grup anterior, aquí hi trobem una certa incidència dels diagnosticats entre 36-50.

- grup de 15-18 anys: aquestes edats que podríem qualificar d'aprenentatge, i que comprenen el 18,8% del col·lectiu analitzat, continua la tònica dels grups anteriors, presentant els del Q.I. entre 51-70, com els que tenen el pes relatiu més important. S'observa de manera clara, en aquest grup, i per aquest ordre, un augment de la presència dels moderats, profunds i greus.

- grup de 19 a 40 anys: iniciem aquí les edats pròpiament adultes, en les quals teòricament s'ha acabat el període d'aprenentatge. Aquest grup és el més important, quantitativament parlant, de tot el col·lectiu. El seu índex és del 36%. Prenent com a punt de referència aquest índex, els nivells amb un pes relatiu més important, són ordenats de la següent manera: els greus, els profunds, i en darrer terme els moderats.

Del grup de més de 40 anys, cal esmentar únicament que segueix la mateixa tònica, accentuant-la, del grup anterior. No oblidem que en aquest grup hi comptabilitzem tots els assistits en hospitals geriàtrics.

Aquestes constatacions ens assenyalen unes característiques que s'han de tenir present a l'hora de valorar aquestes dades:

- És evident que en les edats de pre-escolar i escolar, els grups realment importants són els que tenen un Q.I. entre 51-70 i que correspon als qualificats com a lleus. Quan s'acaben les edats escolars, aquesta rellevància correspon als nivells de moderats, greus i profunds. Com més progressen en edat, més progressa la importància relativa dels Q.I. baixos.

¿Es tracta d'un procés selectiu i integrador a la vegada, que a mesura que passen els anys va escollint les persones més afectades i totalment irreuperables i que són les que constitueixen aquests nuclis d'edat adulta i amb Q.I. baixos?

Això podria tenir certa verosimilitud si no es tractés d'un col·lectiu ja institucionalitzat i atès, i respongués únicament als afectats en general de tota la població resident en l'àrea estudiada. Però aquí tenim la presència de molts deficients de fora de la comarca, que són els que constitueixen el gruix fort dels profunds i greus, atesos en les institucions ubicades en el sector i que responen en gran part a les edats adultes del col·lectiu estudiat.

Queda encara l'interrogant sobre el futur dels profunds i greus del sector que avui estan en edats de pre-escolar i escolar, quan les institucions, serveis i equipaments existents en el sector estan saturats i en la major part estan també al servei dels afectats residents fora de la zona estudiada. Aquestes previsions de futur s'han de fer a partir de la realitat actual, però no es pot esperar a què aquesta sigui extremadament greu, ja que llavors és impossible una actuació coherent. Únicament es tapen forats, i encara només els que no es poden amagar.

Pel que fa referència al grau de mobilitat, els índexs relativament importants afecten als grups d'edat pre-escolar. Això pot ésser tant perquè són grups quantitativament importants, com perquè són les edats en procés de recuperació i educació, sempre dins els límits que la deficiència permet.

Si mirem la relació entre Q.I. i grau d'autonomia, lògicament ens trobem que els qui acumulen els més baixos graus de mobilitat són els qualificats com a profunds, amb Q.I. inferiors a 20. L'ordre d'importància d'aquesta manca d'autonomia, la podem establir de la següent manera, i en base a les dades que tenim: la més notòria és la de no poder menjar sols, en segon terme els que usen cadira de rodes seguit de la manca de control d'esfínters, i, en darrer terme, els que no poden caminar sols.

3.4.- Una qüestió final

En darrer terme exposem el resultat del creuament de dues variables que fan referència, per una part, a l'edat del deficient i, per l'altra, a l'edat actual de la mare. Aquest creuament ens ha possibilitat de conèixer l'edat de la mare al moment de néixer el fill que avui pateix algun nivell de disminució.

Aquesta qüestió sobre la perillositat que comporta una concepció a partir d'una certa edat per part de la mare, és de les coses de què darrerament, i des de molts llocs, s'ha parlat i, fins a cert punt, ha arribat a formar part de la saviesa popular al respecte. Però, malgrat tot, les dades que donem a continuació fan pensar seriosament en la necessitat d'una informació, formació i consell per part dels professionals pertinents, a fi que la tasca preventiva de la subnormalitat sigui portada a terme de manera pràctica i eficient.

L'edat en què, segons els tècnics en la qüestió, comença l'existència d'un cert risc, és la de 35 anys. A partir d'aquí, a mesura que passen els anys, aquest risc augmenta.

Les mares que formen part del col·lectiu que estem estudiant i que han tingut el fill a partir dels 35 anys, són 299, el 25,9% de totes les mares de les quals ens consta l'edat. És un índex molt respectable; representa la quarta part del col·lectiu. És una senzilla constatació i no volem donar-hi cap sentit de causalitat. Són altres professionals els qui han de tenir aquesta dada en compte i valorar des de la seva òptica, la incidència directa que pot tenir en la disminució, i prendre les mesures pertinents.

Si aquestes 299 mares les desglosem en diferents grups d'edat, la relació és com segueix:

- de 35 a 39 anys	169	56,5%(14,6% del col·lectiu)
- de 40 a 45 anys	108	36,1% (9,3%)
- més de 45 anys	22	7,4% (1,9%)

Una relació en freqüències anuals ens dóna el llistat següent:

- de 35 anys	40	13,4%
- de 36	41	13,7
- de 37	27	9,-
- de 38	36	12,-
- de 39	25	8,4
- de 40	29	9,7

- de 41	29	9,7
- de 42	29	9,7
- de 43	13	4,3
- de 44	18	2,7
- de 45 i més	22	7,4
	<hr/>	
TOTAL	299	100,-

Aquestes dades no es poden extrapolar i no es poden aplicar aquests índexs a d'altres col·lectius. Malgrat això, constitueixen un element a tenir en compte de manera bàsica i essencial, sempre que es parli o es projecti algun tipus d'acció o programa de cara a la prevenció de la subnormalitat.

3.5.- Conclusions

Les conclusions operatives han d'ésser fruit de les discussions i reflexions de l'equip interprofessional que ha d'endegar la planificació.

Aquesta part de l'estudi vol aportar elements enriquidors d'aquestes reflexions i aclaridors de les accions que s'hagin de portar a terme. Per aquest motiu les nostres conclusions es limiten a la puntualització d'alguns aspectes importants de l'anàlisi anterior.

1.- L'anàlisi de les dades ens ha evidenciat dues constatacions, en primer lloc el domini del sexe masculí. En alguns centres aquest domini és quasi absolut, són contats els centres que tenen majoritàriament dones. Aquesta tònica és idèntica si agafem els municipis com unitat d'anàlisi.

2.- L'edat mitjana del col·lectiu és de 17 anys, clar indicador de què les edats d'aprenentatge són les que realment pesen. Com més puja l'edat, a partir de l'edat mitjana, més baixa el nombre de deficients. Segurament que la preocupació pels deficients, nascuda fa menys de 20 anys, pot ésser un element provocador d'aquesta situació. Malgrat això i presuposant com a cert aquest supòsit, continua en peu la pregunta: què passa, què passarà amb els deficients adults, principalment greus i profunds?

3.- Les dades de què disposem, reflecteixen una no cobertura de les necessitats d'atenció a moderats, greus i profunds, si prenem com a punt

de referència les estimacions fetes en base del DSM III. Parlem d'una cobertura quantitativa, no qualitativa. La cobertura existent, en molta part, basada en les places que ofereix la capital de comarca. Això no obsta perquè la no coordinació entre les dades referents a persones ateses i les estimacions sigui molt clara i evident. Una cosa són les estimacions, que malgrat ésser l'únic element que tenim per apropar-nos a la realitat, valen el que valen, i l'altre és aquesta realitat molt difícil d'avaluar.

4.- Les anàlisis fetes ens permeten establir una escala de les institucions a doble nivell. Per un costat, una escala que fa referència a la seva funcionalitat de servei als problemes i necessitats del sector geogràfic estudiat (vegi's l'apartat "Les institucions al servei de la comarca"), i, per un altre costat, una escala que qualifica o tipifica les institucions segons el nivell o grau de disminució dels seus usuaris (vegi's l'apartat "Nivell de disminució de les persones ateses").

Tant en un aspecte com en l'altre, les dificultats per establir unes categories clares, són evidents. Si, per una part, podem dir que en la zona hi ha una bona quantitat d'equipaments, amb més o menys incidència en aquesta zona, també podem dir que aquesta s'ha convertit en una zona d'equipaments "metropolitans". La tipificació de les institucions segons el Q.I. dels seus usuaris no determina una exclusivitat de dedicació per part d'aquestes a un cert tipus de deficients, malgrat que hi domini un tipus de grau o nivell de subnormalitat.

5.- És notòria l'absència d'altres dades que no sigui el Q.I. quan s'intenta analitzar i conèixer el món dels deficients. És hora de què altres factors i de diferent ordre (aspectes socials, grau d'autonomia...) siguin tinguts en compte.

III.- L'ANÀLISI DE LES DADES DE L'INSS

Hem dut a terme el buidatge de la informació que proporciona el llistat dels qui reben un subsidi mensual de la Seguretat Social.

Aquest llistat ens ve donat per municipis i coneixem algunes característiques sociològiques de les persones subsidiades: el sexe, l'edat, l'etiologia, el grau o coeficient intel·lectual i la valoració o pronòstic o nivell d'autonomia; tota aquesta abundant informació és el resultat dels expedients complimentats a l'hora de presentar la sol·licitud i, per tant, són fruit dels diagnòstics exploratius duts a terme per les instàncies oficialment reconegudes per verificar l'adequació de la sol·licitud als requisits legals i administratius per tal de poder gaudir del subsidi corresponent.

Recordem que aquesta legislació és la del decret 2.421 del 20 de setembre del 1968 i la del decret 1.076 del 9 d'abril del 1970. En la definició dels beneficiaris de la subvenció de la Seguretat Social hi entren els conceptes següents (article quart):

- cecs amb visió inferior de 20/200 als dos ulls després de l'oportuna correcció,
- sordmuts i sords profunds amb pèrdua d'agudesesa auditiva de més de 75 decibel·lis,
- paraplàgics, semiplègics i tetraplàgics,
- invàlids que han perdut les dues mans, els dos peus, una mà i un peu o un peu i una mà,
- oligofrènics amb coeficient intel·lectual inferior a 0,50,
- paralítics cerebrals.

Aquest és el concepte legal de subnormal que dóna dret a una ajuda periòdica i mensual (actualment és de 3.000 pessetes) que s'atorga com a contribució al sosteniment de les despeses que l'educació, la instrucció i la recuperació dels subnormals origini als familiars que els tenen al seu càrrec.

Per l'interès del nostre estudi, per la nostra banda, se'ns han facilitat únicament els llistats amb les característiques anteriorment descrites dels disminuïts psíquics beneficiaris a la zona d'influència de Sabadell. El caràcter d'aquestes dades és el d'una "informació reservada" i fa referència als subsidiats l'any 1985.

Sense voler fer dir a les dades el que en realitat no poden pas revelar i sense voler fer comparacions que són efectivament incomparables, comencem pel quadre que, per municipis, relliga el que ha estat tractat fins ara amb

l'aportació concreta d'aquesta globalitat dels llistats de referència. El quadre que segueix pretén exposar de manera descriptiva les estimacions fetes per a cadascun dels municipis incloent-hi els deficients de tot grau i nivell, els deficients efectivament atesos i els que consten als llistats de l'Institut Nacional de la Seguretat Social, amb els matisos que la mateixa llei imposa.

<u>Municipis</u>	<u>Estimats</u>	<u>I.N.S.S.</u>	<u>Atesos</u>
Sabadell	1.897	567	423
S. Quirze del Vallès	57	7	8
Barberà del Vallès	290	42	39
Cerdanyola	525	194	91 + 28 (1)
Ripollet	257	52	33
S. Cugat del Vallès	331	57	62
Montcada i Reixac	265	70	27
S. Perpètua de Mogoda	139	31	16
Sentmenat	38	11	6
Palau de Plegamans	50	3	2
Castellar del Vallès	118	21	23
S. Llorenç Savall	19	4	6
Polinyà	23	? (2)	4
	4.009 (4)	1.059 (5)	768 (3)

Notes: (1) Aquests 28 atesos a Ciutat Badia pertanyen simultàniament als municipis de Barberà del Vallès i de Cerdanyola.

(2) No es va sol·licitar la informació de Polinyà i és per això que se'n desconeix l'embalum en aquest municipi.

(3) Entre els atesos, caldria tenir en compte els 51 que sabem que es troben internats en hospitals psiquiàtrics.

(4) Del total de les estimacions, sabem que 3.207 són disminuïts lleugers amb coeficients intel·lectuals superiors a 0,50. És a dir, entre mitjans, severos i profunds, en serien estimats 802.

(5) Com veurem més tard, 148 són persones amb coeficients intel·lectuals superiors a 0,50 malgrat les exigències legals.

Aquestes tres distribucions tenen la virtualitat de fer-nos veure de sobte les estimacions fetes per a cadascuna de les poblacions de referència entorn a l'embalum "suposat" de la deficiència mental, les deteccions fetes

per l'Institut Nacional de la Seguretat Social a partir de la sol·licitud del subsidi de referència i la població efectivament atesa a les diverses institucions del sector.

Malgrat el caràcter indicatiu de les mateixes, ens atrevim a dir que possiblement l'atenció practicada en realitat a cadascun dels municipis considerats, s'acosta força a la realitat de la problemàtica que efectivament s'hi presenta. No podem de cap manera fer aproximacions estadístiques que difícilment suportarien una crítica rigurosa; però ens sembla poder dir que les relacions següents ens acosten al fet que acabem d'esmentar:

- població estimada (nivells: mitjans, severos i profunds): 802
- població censada per l'INSS (mateixos nivells) : 911
- població efectivament atesa (no precisió de nivells) : 768

Sospitem que globalment estem molt pròxims a l'òptim. Encara que aquesta afirmació s'haurà de matisar.

1.- L'anàlisi de la variable sexe

La informació elaborada que prové de l'Institut Nacional de la Seguretat Social ens dona per a cadascun dels municipis de la nostra zona d'estudi, la distribució del quadre que segueix.

Com es pot veure, hi hauria subsidiats molts més homes que dones i això agreuja considerablement la diferència que ja ha estat objecte d'interpretacions anteriorment. A la població efectivament atesa a la zona de Sabadell, el 60,7% eren homes i el 39,9% dones.

De fet aquestes diferències en les proporcions considerades, serien un fidel indicador que hi ha una notable proporció de dones deficientes psíquiques que no són ateses per les institucions de la zona. Amb alguns matisos, no tots els municipis es trobarien en una idèntica situació i el quadre que segueix ho explicita:

<u>Municipis</u>	<u>Homes</u>		<u>Dones</u>		<u>Total</u>
	<u>Absolut</u>	<u>%</u>	<u>Absolut</u>	<u>%</u>	
Montcada i Reixac	45	64,3	25	35,7	70
Castellar del Vallès	9	42,9	12	57,1	21
Palau de Plegamans			3	100,-	3
Ripollet	28	53,8	24	46,2	52
Sabadell	324	57,1	243	42,9	567
Sant Cugat del Vallès	39	68,4	18	31,6	57
Sant Llorenç Savall	3	75,-	1	25,-	4
Sant Quirze del Vallès	2	28,6	5	71,4	7
Barberà del Vallès	24	57,1	18	42,9	42
Santa Perpètua de Mogoda	16	51,6	15	48,4	31
Cerdanyola	113	58,2	81	41,8	194
Sentmenat	6	54,5	5	45,5	11
	609	57,5	450	42,5	1.059

Als municipis on tenim el dret de pensar que les atencions a les dones deficientes poden ésser poc rellevants són els següents: Castellar del Vallès, Ripollet, Santa Perpètua de Mogoda i Sentmenat. (1)

2.- L'anàlisi de la variable edat

Ja s'ha vist anteriorment com la distribució de la població atesa a les institucions de la influència de Sabadell presentava una estructura ben concreta: un 57,5% de les atencions anaven adreçades a menors de 18 anys.

(1) L'any 1973 vam realitzar un estudi partint de la mateixa font informativa a l'àrea de la província de Barcelona (Estudio de las necesidades para residencias de deficientes mentales adultos en la provincia de Barcelona, CTEH, Barcelona, 1973) i la distribució per sexes era la següent:

fins els 18 anys:	58,9% homes	i	41,1% dones
de més de 18 anys:	65,1% homes	i	34,9% dones
població total:	61,5% homes	i	38,4% dones

Es interessant comparar-la amb la distribució de les mateixes edats que dona la font informativa dels qui cobren el subsidi de l'INSS:

<u>Edats</u>	<u>Població atesa</u>	<u>I.N.S.S.</u>
0 - 5	10,4%	3,4%
6 - 14	28,5	24,6
15 - 18	18,6	14,7
19 - 40	38,7	49,6
+ 40 anys	2,9	7,7
	100,-	100,- (1)

La comparació ens fa veure com els menors de 18 anys als llistats de l'INSS són el 42,7% que contrasta extraordinàriament amb aquell 57,5%. Se'ns reafirmen, per tant, els greus interrogants fets anteriorment sobre les atencions degudes als qui excedeixen els 18 anys d'edat.

Per municipis, aquesta distribució és la següent:

<u>Municipis</u>	<u>0-5</u>	<u>6-14</u>	<u>15-18</u>	<u>19-40</u>	<u>+ 40</u>
Montcada i Reixac	3	10	12	40	57,1 5
Castellar del V.		6	4	8	3 14,3
Palau de Plegamans		1	33,3	2	66,6
Ripollet	1	11	9	25	6
Sabadell	25	144	68	288	42
S.Cugat del Vallès	1	14	9	24	9 15,8
S.Llorenç Savall			2	50,- 2	
S.Quirze del Vallès		1	2	28,6 3	1 14,3
Barberà del Vallès	1	20	47,6 5	13	3
Sta. Perpètua Mogoda	3	9,7 5	7	22,6 13	3
Cerdanyola	2	45	37	100	10
Sentmenat		3	1	7	63,6
	36	3,4 260	24,6 156	14,7 525	49,6 82

(1) A l'estudi anteriorment esmentat a la nota precedent, les relacions trobades curiosament s'acosten més a les de la població efectivament atesa a les institucions de Sabadell i el seu entorn: 0-5=7,7%; 6-14=33,6%; 15-18=15,7%; 19-40=35,8% i +40=7,2%

En aquesta distribució, cal destacar la relativa importància de les edats entre 6 i 14 anys de Barberà del Vallès, el relleu notable de les edats entre els 19 i 40 anys de Montcada i Reixac i de Sentmenat i de més de 40 anys de Sant Cugat del Vallès. Parlem sempre en termes relatius i en el quadre precedent només hi fem constar els percentatges de les relacions que adquireixen un cert relleu.

3.- L'anàlisi de la variable etiològica

Les causes o etiologia de les deficiències o retards mentals són una de tantes qüestions ben desconegudes per la clínica. Amb tot, a l'hora de fer la demanda d'un subsidi, els expedients mèdics fan constar l'origen etiològic de la patologia. Per municipis, la distribució d'aquesta variable es presenta així a la nostra àrea d'estudi:

<u>Municipis</u>	<u>01</u>	<u>02</u>	<u>03</u>	<u>04</u>	<u>05</u>	<u>06</u>	<u>07</u>	<u>08</u>	<u>09</u>	<u>10</u>	(1)
Montcada R.	7	14	8	3	12	1			8	17	
Castellar V.	2	6		1	3				4	5	
Palau Pl.		1	1							1	
Ripollet	3	11	5	2	6			1	8	16	
Sabadell	46	93	49	25	122	1	5	8	99	119	
S.Cugat V.	3	13	5	2	10		2	1	8	13	
S.Llorenç S.		1			2			1			
S.Quirze V.	2			1					1	3	
Barberà V.	5	4	2	2	7				10	12	
S.Perpètua M.	1	8	2	2	7	1			3	7	
Cerdanyola	12	46	11	40			2	2	25	56	
Sentmenat	1			1	3				5	1	
	82	197	83	79	172	3	9	13	171	250	
	(7,7%)	(18,6)	(7,8)	(7,4)	(16,2)	(0,3)	(0,8)	(1,2)	(16,1)	(23,6)	

(1) La llegenda d'aquestes etiologies l'hem acompanyada entre parèntesi dels percentatges obtinguts a l'estudi anteriorment esmentat de l'any 1973:

01 - Endògena (5,8%)

02 - Anòxies cerebrals perinatals (22,1%)

03 Infeccions i inflamacions del sistema nerviós central (6,7%)

El quadre de la plana anterior (en què per manca d'espai no hi hem introduït els valors relatius o percentuals de cadascuna de les dades) ens diu el següent:

- A Castellar del Vallès tenen un especial relleu les anòxies cerebrals perinatals
- A Ripollet hi pesen les etiologies no aclarades o desconegudes
- A Sant cugat hi destaquen relativament els problemes RH
- A Barberà del Vallès es fan notar tant les "altres etiologies" com les que són desconegudes
- A Santa Perpètua de Mogoda hi despunten relativament tant les anòxies cerebrals perinatals com les enzimopaties i errors metabòlics
- A Cerdanyola, els traumes obstètrics i les etiologies desconegudes
- A Sentmenat, el mongolisme i les "altres etiologies".

Malgrat tot, aquesta descripció de la realitat de la comarca objecte d'estudi, no pot impedir que fem unes reflexions globals sobre aquestes dades (malgrat els interrogants carregats de perplexitat que presenten aquests diagnòstics segons reconeixement explícit dels mateixos que l'han practicat).

-
- 04 - Trauma obstètric (7,9%)
 - 05 - Mongolisme i d'altres cromosomopaties (25,3%)
 - 06 - Enzimopaties i errors metabòlics (0,9%)
 - 07 - Problemes RH i anàlegs (1,2%)
 - 08 - Hipotiroïdisme i endocrinopaties en general (1,4%)
 - 09 - Altres causes (12,2%)
 - 10 - Etiologia no aclarada (12,6%)

Cal notar que el terme "endògen" no es refereix pas al caràcter desconegut. Quan una etiologia no és endògena i se suposa que la causa és "exògena", es correspon amb l'etiologia 10. L'etiologia 03 inclou processos inflamatoris i infecciosos de la gestació i del primer any de vida.

1ª) Quan comparem la distribució de les etiologies de Sabadell i el seu entorn amb la que es va trobar a l'estudi del 1973, es veu clarament que, en el context d'unes distribucions estructuralment molt paral·leles, hi ha unes diferències significatives que cal posar en relleu. A la nostra zona d'estudi, concretament, s'haurien rebaixant considerablement els índexs de les anòxies cerebrals perinatals i el mongolisme i les cromosomopaties i, en canvi, s'haurien incrementat les "altres etiologies" i les que són desconegudes.

Si la realitat fos tal com diuen aquestes xifres, caldria pensar que tant les cures i atencions prestades per les diverses maternitats de casa nostra com els progressos de la prevenció i els coneixements mèdics s'haurien incrementat notòriament. Efectivament, les anòxies en moltíssims casos poden ésser evitades per una atenció adequada a l'embaràs i al part i el mongolisme i les cromosomopaties en general són detectables prematurament; per altra banda, el ventall etiològic s'hauria ampliat considerablement fent engruixir la xifra d'aquestes altres etiologies que han quedat com un etern calaix de sastre.

2ª) Malgrat aquestes notes d'esperança, cal notar com encara és la quarta part (25,5%) de la població afectada en aquesta àrea d'estudi de la influència de Sabadell que té el seu origen en problemes d'atenció a l'embaràs i al part; concretament, un 18,1% ho és per anòxies cerebrals perinatals i un 7,4% tenen el seu origen etiològic en traumes obstètrics. Malgrat que no sempre ambdues situacions siguin degudes als serveis prestats per les maternitats, cal convenir que es tracta en gran mesura d'accidents que es podrien evitar.

4.- L'anàlisi de la variable intel·ligència

Els tests d'intel·ligència que mesuren el que s'anomena "coeficient intel·lectual" tampoc resisteixen una crítica que es vulgui mínimament objectiva. Amb tot, la informació provinent de l'Institut Nacional de la Seguretat Social ens aporta aquesta dada que és un element a tenir en compte i a no deixar-lo lleugerament a l'oblit. Heus aquí la distribució de referència:

<u>Municipis</u>	<u>01</u>	<u>02</u>	<u>03</u>	<u>04</u>	<u>05</u>	<u>06</u>	<u>07</u>	<u>08</u>	<u>09</u>	<u>10</u>	<u>11</u>	<u>12</u>	(1)
Montcada			5	4	2		22	6	9	8	8	6	
Castellar	1		1	1			7	2	1	2	1	5	
Palau Pl.			1				1	1					
Ripollet			11	1			9	6	7	10	4	4	
Sabadell	3	5	44	17	3	1	202	70	42	77	46	57	
S.Cugat V.			3	3	3		19	7	9	6	3	4	
S.Llorenç S.							1			1		2	
S.Quirze V.			1				2		2		1	1	
Barberà V.		2	4	3			9	11	2	4	2	5	
S.Perpètua M.		1	10				8	2		4	2	4	
Cerdanyola	1		10	3	3	1	41	20	15	31	33	36	
Sentmenat							7		1	1	2		
	5	8	90	32	11	2	328	125	88	144	102	124	

(1) La llegenda d'aquests coeficients intel·lectuals l'hem acompanyada també de les relacions obtingudes a l'estudi del 1973:

- 01 - més de 75
- 02 - entre 70 i 74
- 03 - entre 65 i 69
- 04 - entre 60 i 64
- 05 - entre 55 i 59 (4,5%)
- 06 - entre 50 i 54
- 07 - entre 45 i 49 (32,9%)
- 08 - entre 40 i 44 (14,2%)
- 09 - entre 35 i 39 (9,9%)
- 10 - entre 30 i 34 (12,9%)
- 11 - entre 25 i 29 (13,~%)
- 12 - menys de 24 (12,6%)

Comparant aquestes dades de l'àrea de Sabadell amb aquelles de l'any 1973 per a tota la província de Barcelona i les de la població deficient atesa a les institucions de Sabadell i el seu entorn domiciliada als municipis de la comarca en funció dels coeficients intel·lectuals, tenim la distribució següent:

<u>Coeficient intel·lectual</u>	<u>INSS</u> (àrea i municipis de Sabadell)	<u>Atesos</u>	<u>1973</u> (prov. Barna)
+ 50	14,-	41,3	4,5
35-49	51,1	31,7	57,-
20-34	23,2	16,-	25,9
- 20	11,7	11,-	12,6
	100	100	

Basant-nos en aquestes tres distribucions i amb el risc de comparar dimensions que se sostenen en un concepte tan aleatori com la mesura de la intel·ligència (practicada, a més, amb tests diferents i amb criteris de funcionalitat diversos), podem dir que aquestes xifres ens revelen una constant situada precisament en el cens dels profunds i una forta disparitat dels lleugers i els de coeficient intel·lectual de més de 0,50. Pel que es refereix a les altres dues dimensions, els moderats i els lleugers, hi hauria una relativa debilitat d'atencions per respecte a les distribucions censals considerades.

Què ens diu en realitat aquesta primera aproximació? Que l'atenció als lleugers a la nostra àrea d'estudi jugaria veritablement un paper definitivament predominant en detriment de l'atenció deguda als moderats i severs, mantenint constant l'atenció relativa als profunds. De totes maneres, aquesta afirmació és perillosa pel fet que, legalment, en les dades de l'Institut Nacional de la Seguretat Social hi són exclosos els coeficients superiors a 0,50 i això distorsiona notablement les distribucions censals que provenen dels centres de diagnòstic de la Seguretat Social.

Per tant, si prescindim, en les tres distribucions, dels coeficients superiors a 0,50, les distribucions es presenten així:

<u>nivells</u>	<u>INSS</u>	<u>Atesos</u>	<u>1973</u>
moderats	59,4	54,-	59,8
severs	27,-	27,4	27,1
profunds	13,6	18,6	13,1

Pel que sembla que les atencions als profunds serien més importants a compte dels nivells moderats, mantenint-se constants les atencions als severos. Aquesta relació ens acosta al que pretenem exposar ara on prescindim de les comparacions amb les dades del 1973.

El quadre que segueix pretén exposar poble per poble i per nivells de deficiència mental, la comparació definitiva entre els censats per l'Institut Nacional de la Seguretat Social i els efectivament atesos en funció de les nostres xifres. Heus aquí la distribució respectiva.

<u>Poblacions</u>	<u>Lleugers</u> (i més de 0,50)		<u>Moderats</u>		<u>Severs</u>		<u>Profunds</u>	
	<u>INSS</u>	<u>Atesos</u>	<u>INSS</u>	<u>Atesos</u>	<u>INSS</u>	<u>Atesos</u>	<u>INSS</u>	<u>Atesos</u>
Montcada R.	11	7	37	10	16	7	6	
Castellar V.	3	5	10	6	3	4	5	5
Palau Pleg.	2		2	2				
Ripollet	12	9	22	10	14	7	4	5
Sabadell	73	175	314	127	123	58	57	45
Sant Cugat V.	9	24	35	21	9	11	4	5
S.Llorenç S.		1	1		1	1	2	1
S.Quirze V.	1	1	4	2	1	1	1	
Barberà V.	9	19	22	11	6	6	5	3
S.Perpètua M.	11	4	10	5	6	4	4	3
Cerdanyola(1)	18	52	76	34	64	16	36	11
Sentmenat		2	8	1	3	1		1
	149	299	541	229	246	116	124	79

Segons aquest quadre estarien atesos el 66,7% dels disminuïts lleugers i persones amb coeficients superiors a 0,50, el 29,7% dels moderats, el 32% dels severos i el 38,9% dels profunds. És així, doncs, que prescindint dels matisos que s'haurien de fer pel que es refereix al coeficient intel·lectual i la manera de realitzar els exàmens psicòmètrics, podem dir que hi hauria un embalum relativament notable de persones que no són efectivament ateses a la comarca. Ho són fora de la comarca? Es troben arraconats en un espai anònim de la casa? No en sabem pas massa al respecte. L'única cosa que ens atrevim a afirmar és que apareixen al cens de l'INSS una bona quantitat de deficients dels que no ens consta la seva ubicació en un centre de la zona d'influència de Sabadell. I punt; no es pot dir res més al respecte.

(1) Aquí hi són també els de Ciutat Badia

Encara, i pel que ens diuen les xifres que estem considerant, hem de dir que a les poblacions que son més susceptibles de presentar uns dèficits assistencials, són per aquest ordre (de més deficitaris a menys): Montcada i Reixac, Sentmenat, Santa Perpètua de Mogoda, Sant Quirze del Vallès, Cerdanyola, Ripollet i Palau de Plegamans. Quedant la resta a un nivell d'atenció raonablement acceptable.

5.- L'anàlisi del nivell d'autonomia

La valoració del pronòstic també és una dada que ens aporta la informació de l'Institut Nacional de la Seguretat Social. Evidentment, aquesta és una variable que no permet comparacions amb els nivells d'autonomia considerats anteriorment, puix que respon a una tipologia ben pròpia i particular als dictàmens realitzats pels centres de diagnòstic oficials. Segons com es miri, aquesta dada diu molt més que la del coeficient intel·lectual pel que es refereix a la necessitat d'intervenció sòcio-pedagògic-terapèutica en el terreny concret de la deficiència mental. Heus aquí la distribució de referència:

<u>Municipis</u>	<u>01</u>		<u>02</u>		<u>03</u>		<u>04 (1)</u>	
	<u>Absolut</u>	<u>%</u>	<u>Absolut</u>	<u>%</u>	<u>Absolut</u>	<u>%</u>	<u>Absolut</u>	<u>%</u>
Montcada R.	10	14,3	28	40,-	29	41,4	3	4,3
Castellar V.	3	14,3	8	38,1	8	38,1	2	9,5
Palau de Pl.			1	33,3	2	66,6		
Ripollet	9	17,3	20	38,5	20	38,5	3	5,8
Sabadell	88	15,5	213	37,6	236	41,6	30	5,3
S.Cugat V.	8	14,-	20	35,1	24	42,1	5	8,8
S.Llorenç S.	1	25,-	3	75,-				
S.Quirze V.	1	14,3	2	28,6	3	42,8	1	14,3
Barberà V.	9	21,4	13	31,-	17	40,5	3	7,1
Santa Perpètua M.	8	25,8	9	29,-	14	45,2		
Cerdanyola	32	16,5	93	47,9	62	32,-	7	3,6
Sentmenat	1	9,1	5	45,5	2	13,2	3	27,3
	170	16,-	415	39,2	417	39,4	57	5,4

(1) La llegenda d'aquestes variables és la següent (també hi hem fet constar les valoracions relatives trobades a l'estudi esmentat):

Aquesta informació ens indica alguns punts destacables en funció de cadascun dels municipis: la relativa importància dels qui no tenen massa possibilitats de convivència familiar ni d'actuació psicopedagògica és important a Santa Perpètua de Mogoda i Barberà del Vallès; els qui tenen més possibilitats de convivència familiar i social es fan notar a Cerdanyola i Sentmenat; els qui tenen possibilitats d'adaptació psicopedagògica també destaquen a Santa Perpètua de Mogoda i els qui àdhuc tenen possibilitats d'adaptació laboral es fan notar a Sentmenat i a Sant Quirze del Vallès.

Comparant les dades del cens actual de Sabadell i el seu entorn respecte a les obtingudes l'any 1973 per a tota la província de Barcelona, destaca l'increment notable dels dos estadis més inferiors a les dades de Sabadell i els seus pobles: el 16% no tenen possibilitat de convivència familiar ni d'actuació psicopedagògica a la zona de Sabadell per només un 11,6% a la globalitat de la província de Barcelona l'any 1973; i el 39,2% tenen només possibilitat de convivència familiar i social a l'àrea de Sabadell per un 33,8% a tota la província de Barcelona aquell mateix any.

Aquesta és una dada que, si realment té una significació, indicaria un considerable agreujament de la situació a la nostra zona d'estudi; però aquesta ens sembla ésser una afirmació massa arriscada donada la distància d'aquestes magnituds en el temps.

6.- Conclusions

A partir dels llistats de l'INSS hem fet una altra aproximació al fet de l'existència i l'atenció realitzada a la deficiència mental a l'àrea de Sabadell i els municipis del seu entorn.

-
- 01- Sense possibilitat de convivència familiar ni d'actuació psicopedagògica (11,6%)
 - 02- Amb possibilitat de convivència familiar i social (33,8%)
 - 03- Amb possibilitat d'adaptació psicopedagògica (44,5%)
 - 04- Amb possibilitat d'adaptació laboral (10,1%)

Nota: Les valoracions més altes inclouen les possibilitats inferiors.

La primera dada que se'ns confirma és l'abundància d'homes subsidiats en relació a les dones. La comparació amb la població atesa tenint en compte la variable sexe, fa pensar en uns dèficits relatius a les dones pel que es refereix a l'acolliment d'aquestes en institucions. Aquesta situació deficitària s'agreujaria notablement a Castellar del Vallès, Ripollet, Santa Perpètua de Mogoda i Sentmenat.

Se'ns confirma així mateix el dèficit d'atencions a les persones més grans de 18 anys, encara que això tampoc seria cert a Montcada i Reixac, Sentmenat i Sant Cugat del Vallès.

Etiològicament, en un context on predominen les anòxies cerebrals perinatales, el mongolisme i d'altres cromosomopaties, les altres etiologies conegudes i les etiologies no aclarades, les anòxies despunten a Castellar del Vallès i Santa Perpètua de Mogoda, els problemes de RH a Sant Cugat del Vallès, a Santa Perpètua de Mogoda les enzimopaties i els errors metabòlics, a Cerdanyola els traumes obstètrics, a Sentmenat el mongolisme, a Barberà del Vallès i Sentmenat les altres etiologies conegudes i a Ripollet, Barberà del Vallès i Cerdanyola les etiologies desconegudes.

No podem pas deixar en silenci el fet que una quarta part dels casos trobin l'origen etiològic de la disminució en problemes d'atenció a l'embaràs i al part; la cura a les maternitats es troba ara certament al primer pla.

Sembla com si la detecció dels nivells profunds sigui pràcticament una constant acostant-se força a l'exhaustivitat, tant a nivell de cens com pel que respecta a les atencions.

Amb tot, el contrast entre la població detectada pel cens i l'efectivament atesa, segons els nivells de deficiència mental, deixa un ampli interrogant sobre aquella exhaustivitat. Apareixen en el cens de l'INSS una bona quantitat de deficients dels qui no ens consta la seva ubicació en un centre de la zona d'influència de Sabadell.

Les poblacions més susceptibles de presentar dèficits assistencials són: Montcada i Reixac, Sentmenat, Santa Perpètua de Mogoda, Sant Quirze del Vallès, Cerdanyola, Ripollet i Palau de Plegamans.

Pel que es refereix, finalment, al pronòstic fet des de les instàncies de la Seguretat Social, tenim globalment un 16% de disminuïts dels qui no es pot esperar res més que una decisió assistencial, al costat d'un 40% que pot arribar a conviure familiarment i socialment, un altre 40% que pot fer una adaptació psicopedagògica i un 5% que pot iniciar una adaptació laboral. Santa Perpètua de Mogoda i Barberà del Vallès són les poblacions més afectades per la presència de persones inhàbils a la vida social.

IV.- A MANERA DE PROPOSTA

L'anàlisi del contingut d'aquest estudi porta a la comissió tècnica que ha assumit l'encàrrec d'apropar-se a la realitat assistencial en el camp dels disminuïts psíquics severs i profunds de la comarca del Vallès Occidental a un seguit de suggeriments a fi que serveixin com a pauta per a prendre decisions als respectius òrgans de govern que tenen la competència del tema.

La recent Llei de Serveis Socials publicada en data del 10.1.86, ens és el marc referencial que ha d'ajudar a una ordenació provisional del sector tot esperant el desplegament de la mateixa; fem menció específica dels articles i enunciats següents:

- "- Art. 8 (apartats a, b, c) - Competències del Govern de la Generalitat
- Art. 10 - Competències dels ens territorials
- Art. 11 - Competències dels Ajuntaments
- Secció segona, art. 15 - De la participació
- Secció tercera, art. del 18 al 22 - Del finançament."

Consideracions

- La correlació entre la demanda potencial de 802 places i l'oferta de les mateixes en els tipus de serveis i equipaments estudiats, ens portaria a concloure que el sector presenta una possibilitat de cobertura bastant acceptable. D'un total de 1.195 places que ofereix la zona dona atenció a 768 deficients; es pot dir que el 64,3% està en funció de les necessitats de la zona. El nombre global de persones de la zona en llista d'espera és aproximadament de 160.

- De l'estimació de necessitats per edats no se'n pot treure cap conclusió, sí, però, es pot parlar de grups d'edat atesos, el 57,5% té menys de 18 anys, a partir dels 32 anys i fins els 40 presenten una forta davallada, cal ressaltar, però, que als 27 anys hi trobem una agulla que sobresurt per damunt de totes les edats; cal pensar que a partir de certa edat no es disposa d'equipaments; podríem preguntar què se'n fa dels disminuïts adults, tot tenint present que l'expectativa de vida no és gaire elevada.

La resta de les edats no mantenen cap constant, els nivells d'atenció són molt desiguals.

- Un altre aspecte important que es dedueix de l'estudi és que el disminuït no és atès, en molts casos, pel servei o equipaments més adients al tipus de disminució que presenta.

- També es dedueix que un % considerable de places ocupades ho són per beneficiaris que no són de la zona, sobretot en els casos de disminuïts profunds.

Propostes

- Potenciar prioritàriament residències per a majors de 16 anys en les diverses modalitats.

- Potenciar l'Atenció Primària com a funció preventiva i orientadora tant per a una assumpció del disminuït per part de la seva família, com per a la utilització d'aquells serveis que potencien fins a on és possible l'autonomia del disminuït; sense oblidar l'oferta de serveis alternatius prestats al mateix domicili, com és l'ajuda domiciliària.

- Potenciar la funció informadora i els sistemes per tal que tots els disminuïts puguin accedir al nomenament de tuteles, fins ara tasca que realitzen amb dificultats les Associacions de Familiars dels afectats.

- Potenciar l'acció del voluntariat degudament format i sempre com a personal complementari, sense que això suposi un detriment del personal tècnic necessari segons la tipologia del servei.

- Lliure disponibilitat dels recursos del sector per a un màxim rendiment de la inversió pública: com pot ser el servei del transport.

- S'hauria d'articular a partir de l'existència del C.A.D., centre que exerceix la competència de valoració i reconeixement legal del grau de disminució, el reconeixement de les entitats que ofereixen serveis i equipaments en aquesta subcomarca i la funció d'assignació del recurs més adient per a cada cas.

Per ser viable la proposta, el C.A.D. hauria de posar al dia l'oferta de places existents, coneixent la seva idiosincràcia terapèutica i institucional, per a una correcta adjudicació de cada una de les places.

El C.A.D. faria una tasca coordinadora a l'ensem que fa les valoracions i control de qualitat dels centres.

- Pel que fa als criteris d'admissió als centres, seria convenient anomenar una comissió mixta, composta pel propi C.A.D., representants dels diferents

ens locals i de la iniciativa privada de la zona, que inicialment elaborés criteris d'admissió i prioritats en la cobertura de places així com el sistema per accedir-hi i documentació a presentar.

Seria també funció de la comissió articular i vetllar per l'equilibri entre la competència de planificació i ordenació i l'autonomia de cadascuna de les institucions, actuant sota l'orientació que estableix el mapa de Serveis Socials en aquest àmbit i les normatives que es despleguin de la Llei de Serveis Socials.

- Pel que fa al finançament dels Serveis Socials i equipaments de la zona, hem de constatar que tots ells reben subvenció dels ens públics. Per tal de garantir, en les admissions als centres, que els criteris socials prevaleixin per damunt dels economicistes, caldria articular un sistema de finançament participatiu dels Ajuntaments de la zona en funció dels disminuïts atesos en cada centre per aquelles places que no quedin subvencionades per aportacions de la Generalitat o Diputació.

Per això caldria que les diverses administracions, conjuntament, acordessin demanar anualment a les entitats subvencionades una documentació homogeneïtzada (memòria, dades econòmiques, programa, etc.).

De l'aplicació d'aquests punts s'aconseguirien els objectius següents:

- . Ordenar l'atenció que es porta des de la zona.
- . Que progressivament les places que ofereix la zona siguin cobertes per disminuïts de la zona.
- . L'encert a l'hora de proposar prioritats en les inversions i ubicació dels nous serveis i equipaments.
- . Racionalitzar els recursos que s'ofereixen des de la zona.
- . Implicació de la Iniciativa Privada i Pública en una coordinació per l'atenció social als disminuïts.
- . Millorar la qualitat en l'atenció al disminuït de la zona.

Proposta final

- Per tal de donar funcionalitat a la proposta, la comissió eleva la petició de què sota la directriu de la Generalitat es prenguin uns acords entre els ens locals i la iniciativa privada en forma de concert per a desplegar els apartats enunciats.

- Anar a curt termini a crear un ens amb personalitat jurídica pròpia que gestioni en el futur serveis i equipaments per arribar a una cobertura total de la zona, tot respectant les autonomies de llurs institucions.

APENDIXLes dades provinents dels hospitals psiquiàtrics

Quan ja havíem donat per acabat aquest informe ens han arribat les dades referides als deficients mentals de la comarca de Sabadell que es troben internats i reclosos en diversos Hospitals Psiquiàtrics: Sanatori Villablanca de Tarragona (27 persones), Institut Psiquiàtric Nostra Senyora dels Dolors de Sant Boi de Llobregat (6 persones) i Hospital Psiquiàtric Nostra Senyora de Montserrat, també de Sant Boi de Llobregat, (6 persones). En total, doncs, 39 persones la descripció de les característiques demogràfiques i socials de les quals és la que segueix: (1)

1) Atenint-nos a la població de residència la distribució és la següent:

Sabadell	26
Montcada i Reixac	4
Cerdanyola	3
Santa Perpètua de Mogoda	2
Barberà del Vallès	1
Palau de Plegamans	1
Sant Cugat del Vallès	1
	<hr/>
	39

2) Considerant el sexe

Homes	22
Dones	17

3) Tenint en compte l'edat

16-19 anys	4
20-25	11
26-35	8
36-50	7
+ 50	9

(1) Al moment d'elaborar aquest apèndix no teníem a mà la informació dels 12 casos de l'Institut Pere Matas de Reus.

4) Contemplant el quocient intel·lectual

- 20 (profunds)	8
20-35 (greus o severes)	4
36-50 (moderats o migs)	17
51-70 (Bordelines)	8
+ 70 (normals)	2

5) Si veiem el seu nivell d'autonomia personal

25 no caminen sols
23 no controlen esfínters
21 no mengen sols
2 van en cadira de rodes
10 tenen una autonomia total

6) Si observem les activitats que realitzen a l'internat,

22 fan laborteràpia o col·laboren a les feines de la institució de caràcter quotidià (neteja, cuina, jardí, etc.)
10 a més de les anteriors, participen en activitats lúdiques
6 no fan cap mena d'activitat ni participen en res
1 no consta

7) Si tenim en compte els tipus de tractament rebut

30 reben un tractament psicofarmacològic
8 no necessiten d'aquest tractament
1 no consta

8) Finalment, cal dir que cap d'entre ells rep una beca o ajuda subsidiària i, pel que es refereix a les dades sòcio-familiars (edat dels pares, si hi ha algun difunt, el nombre de germans i l'edat dels mateixos), les grans absències d'informació no ens permeten fer elaboracions al respecte; només hi ha 12 casos especificats i que ens permeten dir:

- sembla haver-hi una tendència a tenir pares en edats molt grans, destacant considerablent els qui tenen més de 70 anys
- hi ha, a més, un predomini de persones els pares dels quals són ja difunts

- la freqüència de dos i tres germans és notable, encara que també hi ha fills únics
- en la majoria dels casos, l'edat d'aquests germans excedeix els 50 anys.

Fins aquí la informació pura i simple de les dades que provenen dels centres psiquiàtrics on hi ha deficients mentals reclosos en aquestes institucions. Amb tot, aquesta informació bàsica ens permet fer algunes reflexions al respecte.

1) El 66,7% de la població considerada és resident a Sabadell. En aquesta població sabadellenca, contràriament a la relació de la distribució per sexes general, el 61,5% són dones i hi despenen de manera rellevant les edats compreses entre els 20 i els 50 anys, i hi tenen una representativitat molt inferior els més joves i els més grans.

2) El 56,4% dels internats són homes. Sembla que se segueix la tònica general de buscar solucions més immediatistes i radicals per les persones del sexe masculí.

3) Posant el llistó mitjà d'edat als 35 anys, hi ha una relativa importància numèrica inferior a aquesta edat. Contràriament al que intuïtivament es podria creure, la població deficient mental internada en centres psiquiàtrics no és pas necessàriament d'edats massa grans.

4) Pel que fa als quocients intel·lectuals assignats pels diagnòstics, la freqüència modal es troba entre 36 i 50, és a dir, els nivells considerats moderats o mitjans (és el 43,6% de la població considerada). Només una quinta part és dels nivells més profunds.

5) Una quarta part gaudeixen d'una autonomia total. Pel que fa als handicaps considerats, el 35,2% no caminen sols, el 32,4% no controlen els esfínters i el 29,6% no mengen sols; només un 2,8% va en cadira de rodes. El quadre, almenys sobre el paper, és del tipus de persona que en un domicili particular reclama unes atencions que es fa difícil de cobrir sense originar veritables problemes.

6) Només un 15% es mantenen absolutament al marge de les activitats quotidianes de la institució; la participació en activitats laborterapèutiques d'una manera o altra i àdhuc la participació en activitats comunitàries són veritablement la tònica general.

7) Hem de fer esment d'aquest 76,9% que rep un tractament psicofarmacològic als nostres hospitals; només en el 20,5% dels casos, la quinta part, és considerat inapropiat aquest tractament.

Se cita el tipus de medicació dispensada i, degudament assessorats, podem reduir-la o sintetitzar-la als següents:

- neurolèptics o tranquil·litzants majors (Meleril, Sinogan, Largactil, Haloperidol, Nemactil, etc.)
- barbitúrics antiepilèptics (Mysoline, Epilantil, Rivotril, Comital, Epanutin, Nemactil, ec.)
- antiparkinsonians (Akineton, Amantide, Sinemet, etc)
- tranquil·litzants menors o ansiolítics (Orfidal, etc.)

Aquest és el quadre que ens revelen aquestes dades dels hospitals psiquiàtrics referides als deficients mentals internats en aquests centres.

Legislació essencial sobre persones amb disminució psíquica

1.- De forma molt resumida i esquemàtica podem dir que abans de publicar-se la Llei d'Integració social dels minusvàlids, el 1982, la legislació espanyola en relació als disminuïts psíquics era, a grans trets, confusa, paternalista, assistencial, gracioble, parcial i, en resum, caòtica per la seva dispersió i contradicció. Després d'uns inicis de Patronats oficials poc concrets, una primera fita remarcable en el camp que analitzem és la Llei 45/60, de 21 de juliol, que crea els Fons Nacionals per a l'aplicació social de l'impost de l'Estalvi, que origina la creació i funcionament dels Fons Nacional d'Assistència Social, el de Protecció al Treball i el del Principi d'Igualtat d'Oportunitats, que si bé no neixen per tractar específicament el tema dels disminuïts, facilita que tant els professionals com els pares dels disminuïts psíquics, s'acullin als seus recursos per finançar activitats i centres, i ser durant molts anys l'únic recurs econòmic pels mateixos, amb excepció de la pròpia aportació dels interessats.

Entre Patronats i Comissions amb molt poca eficàcia, s'arriba a l'any 1968, en què per Decret 2421/68, de 20 de setembre, s'introdueix l'assistència dels anomenats aleshores subnormals i minusvàlids a la Seguretat Social, assistència que primer és limitada en edat i prestacions i que amb normes posteriors va ampliant-se.

Del 22 d'agost de 1970 data la primera regulació laboral dels disminuïts psíquics (Decret 2531/70), que després s'ampliarà en posteriors normes.

L'any 1974 sorgeix el SEREM, que canalitza l'assessorament i les ajudes oficials als disminuïts psíquics.

L'any 1975 es crea l'Institut Nacional d'Educació Especial, que un any després serà integrat dins el Reial Patronat d'Educació Especial, primer, i Educació i Atenció a Deficients, el 1978.

L'any 1976 es dicten, també, diverses normes legals sobre els treballs dels deficients i, un any després, quan es despenalitza el joc, s'estableix una part de beneficis a favor dels subnormals, percentatge i destí molt discutit i discutible.

2.- La desaparició de l'antic règim i l'entrada en una societat més democràtica ha comportat canvis essencials al país, canvis, de vegades, molt més profunds que aparents, i que es reflecteixen, encara que lentament, a la legislació del país i a la seva filosofia.

L'aprovació, primer, de la reforma política i després, l'any 1978, de la Constitució Espanyola, suposa la consagració d'un estat social de dret i un canvi important en l'orientació normativa.

La nostra Carta Magna estableix, en el seu art. 49, que els poders públics duren a terme un apolítica de previsió, tractament, rehabilitació i integració dels disminuïts físics, sensorials i psíquics, als quals es prestarà l'atenció especialitzada que requereixen i els empararan especialment en la consecució dels drets que la Constitució atorga a tots els ciutadans.

Es important l'esmentat article perquè suposa un primer reconeixement legal, al més alt nivell normatiu, no sols de l'existència dels disminuïts psíquics, sinó també de la seva equiparació social i legal als altres ciutadans. Si a l'art. 49 de la Llei General d'Educació de l'any 1970 s'esmentava una certa protecció similar, el plantejament de la Constitució, rang a part, dóna a les esmentades persones amb disminució psíquica un tractament molt més global, legal i real.

Posteriorment, i com a desenvolupament, en part, de la Constitució, la Llei 13/1982, de 7 d'abril, d'integració social dels minusvàlids, suposa ja la consagració d'una llei marc que estableix la filosofia en què ha d'encarregar-se la problemàtica dels disminuïts psíquics. És un primer intent de refundició seriosa i real de la legislació anterior adequant-la a les necessitats reals. Malgrat les crítiques rebudes, la LISMI, com també se la coneix, és evident que ha inspirat tota la legislació posterior a nivell estatal i autonòmic. La integració com a finalitat, la normalització, la individualització del tractament, la descentralització, facilitada per l'estructura autonòmica de l'Estat, la primacia de les necessitats del disminuït, la necessitat d'una planificació racional i el control de les activitats portades a terme en aquest camp, com a mitjans, són principis que inspiren tota la legislació general posterior, incorporant els disminuïts dins el context normal i general. Aquesta ha estat la millor eficàcia de la llei, que, per altra banda, no ha estat desenvolupada com tots voldríem en els camps concrets que regula: prevenció, diagnòstic i valoració de minusvàlues, sistema de prestacions econòmiques, rehabilitació mèdico-funcional, psicològica, educativa, professional, la integració laboral, les barreres arquitectòniques, etc.

3.- En aquest sentit integrador i normalitzador, la Llei orgànica 8/1983, de 25 de juny, que reforma el Codi Penal, incorporant-hi la disminució psíquica-

ca com eximent i atenuant, si bé ho fa parlant d'alteracions en la percepció.

Més concreta i específicaés la modificació del Codi civil, portada terme per la Llei 13/1983, de 24 d'octubre, en el qual es procedeix a la reforma radical de tot el relatiu a la incapacitat i a la tutela, atorgant un paper primordial en la mateixa a l'autoritat judicial.

4.- La prevenció de la disminució psíquica ha estat afrontada a través de diversa normativa:

- Instruccions sanitàries.0.30.4.1980.
- Normes d'execució del pla nacional. 0.27.4.1981.
- Normes d'execució del pla nacional. 0.30.3.1982.
- Res. 29.6.1981 i 0.29.6.81 de la Generalitat de Catalunya.

La Seguretat Social va elevar la quantia de la prestació econòmica per RD.25.1.1980.

L'ordre de 18.10.1985 estableix la consideració de treballadors en atur no subsidiat a efectes de prestació econòmica.

Quant a educació, cal remarcar la següent normativa:

- La composició i funcions dels equips multiprofessionals. Int. Nac. Educ. Especial.0.9.9.82 i 0.19.1.1983
- L'ordenació de l'educació especial. Reial Decret 15.10.1982 i Reial Decret 6.3.1985
- Regulació de centres experimentals a Catalunya.L.18.4.1983
- Ordenació a nivells pre-escolar i bàsic.0.14.6.1983
- Ordenació a nivell de formació professional.0.18.10.1983
- Mòduls de subvenció per gratuïtat.0.12.12.1984
- Planificació i experimentació d'integració 85/86.-0.20.3.85

En relació al treball dels disminuïts psíquics, cal remarcar la darrera normativa:

- Treball de treballadors minusvàlids. RD.19.6.81
- Contractació temporal de treballadors. RD.3.7.81 i 3.8.81
- Contractació de treballadors minusvàlids. Foment. RD.25.6.82
- Condicions d'empreses protegides i centres especials de treball i d'iniciació productiva.0.16.3.1983
- Mesures de foment de la contractació laboral. RD.11.5.83

Quant a les ajudes econòmiques hi ha diversa normativa al respecte, però cal destacar, a més dels plans de prestacions, ajudes públiques a disminuïts i ajudes a centres i institucions:

- El règim unificat de les ajudes públiques. RD.5.2.81 i 0.5.3.82 i 0.15.2.1983, 0.13.1.84
- Sistema especial de prestacions socials i econòmiques. RD.1.2.1984, 0.14.2.1985
- Subsidi de garantia d'ingressos mínims i per ajuda de tercera persona. RD.23.1.1985 i Res.22.2.1985

En el que fa referència a diagnòstic i valoració de la disminució, cal recordar les següents normes:

- Reconeixement, declaració i qualificació de condició de subnormal. RD. 24.7.1981 i l'Ordre de 5.1.1982
- Determinació del grau de minusvàlua per ser beneficiari del sistema especial de prestacions socials i econòmiques.0.8.3.1984

Hi ha altra normaiva que també és de força aplicació, però el que sembla més important és, repetim, la incorporació del disminuït psíquic a la legislació general del país, el que fa que sigui molt menys marginat i discriminat i molt més integrat a la societat.

14.1.86 - Andreu Corominas

L'atenció primària en la funció assistencial i preventiva de la disminució psíquica

A manera de proposta del que pot esdevenir un model organitzatiu de l'Atenció Primària sòcio-sanitària, s'exposa el treball que porta a terme l'Ajuntament de Sabadell en la línia de racionalitzar i ordenar l'oferta de serveis i equipaments existents al municipi, al marge de la seva titularitat, per tal de superar l'anterior situació institucional de les diferents Administracions i de la Iniciativa Privada, que han motivat la dispersió de recursos i despeses innecessàries als darrers anys.

En conseqüència, una pèssima atenció al ciutadà, tot potenciant la dependència i consumisme de la beneficència i la medicació, afavorint la marginació i no pas l'autonomia personal.

En el camp dels Serveis Socials és important diferenciar els dos nivells d'atenció, la primària i la secundària, i ens basarem en la definició que s fa al municipi de Sabadell a fi que s'utilitzi un sol contingut per un mateix concepte, per tal d'estalviar interpretacions diverses en una competència tant nova com són els serveis socials.

Es dona el concepte d'Atenció Primària al nivell organitzatiu de serveis, centres, equipaments, programes i activitats que constitueixen un primer nivell d'atenció als problemes socials que afecten a una població i que tenen com a característica el fet de ser descentralitzats amb una responsabilitat global sobre el territori, oberts a l'accés directe de la població i que intenten resoldre els problemes en el mateix context social en què es produeixen, procurant no substituir les funcions personals i col·lectives dels individus i de les col·lectivitats.

Dins del conjunt de serveis d'atenció primària, els serveis socials d'atenció primària i, en el cas de Sabadell, els Centres d'Atenció primària sòcio-sanitària, ocupen un lloc prominent com a centres coordinadors d'aquest nivell d'atenció i amb facultats de programació sobre les necessitats socials i sanitàries del territori.

Però, en el territori no trobem solament una organització primària de serveis socials, sinó també d'altres xarxes dirigides a altres necessitats de la població (serveis sanitaris, educatius, esportius, culturals...) el conjunt dels quals configuren els serveis de benestar social, d'atenció personal. Per tant, caldrà situar els centres d'atenció primària sòcio-sanitària

en aquest marc més ampli en el qual els serveis socials no juguen el paper de coordinadors, però sí que hi formen part d'una estructura organitzativa coordinada de més abast.

Pel que fa a l'atenció secundària, l'entenem com el conjunt de serveis generalment d'ordre assistencial i destinats a acollir les persones que per causes econòmiques, de salut, socials o de manca d'autonomia no poden ser atesos en el seu medi personal o familiar, i que suposen un cert grau d'institucionalització, és a dir, la vida d'una persona depèn, d'una forma total o parcial, d'una institució.

Aquesta definició ens permet fer una sèrie de reflexions que ajudaran a aclarir alguns conceptes, avui encara no gaire definits, sobre l'organització dels serveis socials.

- a) La definició que hem donat d'atenció secundària va estratament lligada a l'atenció institucionalitzada. Malgrat que en la majoria dels casos és així, creiem que cal deixar-la oberta i no afirmar una correspondència en exclusiva. Especialment per a aquells serveis com els centres de dia... que formen una franja intermèdia difícil de classificar en la secundària o en la primària.
- b) El fet que considerem d'ordre secundari un equipament no vol dir que no pugui desenvolupar activitats típiques de l'atenció primària obertes a la col·lectivitat, fora o dintre de la institució. Al contrari, hauria de ser un dels seus objectius.
- c) El fet que un equipament sigui considerat com a secundari no vol dir que estigui fora de la comunitat. De fet, tots els serveis socials, sigui quin sigui el seu nivell, haurien d'estar estretament inserits a la comunitat.
- d) Els serveis socials d'ordre secundari haurien d'estar molt coordinats amb els serveis socials primaris i amb les xarxes d'atenció primària de la resta d'àrees d'atenció personal, per oferir als seus usuaris una atenció globalitzada. D'aquí es dedueix que, malgrat que l'atenció secundària tingui una autonomia organitzativa dependent d'una estructura central a nivell de ciutat, convé establir uns ponts de coordinació amb els nivells descentralitzats de l'atenció primària.

Seguint el criteri anunciat, l'Ajuntament de Sabadell en data del desembre de 1984 va signar un concert amb l'Institut Català de la Salut de la Generalitat de Catalunya, pel que fa a la integració dels serveis sanitaris i serveis

socials municipals als centres d'Assistència Primària de la xarxa de l'I.C.S.

El punt de partida ha esdevingut la fixació de les Àrees Bàsiques de salut al municipi de Sabadell (sectorització territorial, veure annex) a proposta de l'Ajuntament escoltada l'Àrea de Gestió de l'I.C.S. i aprovada per la Generalitat.

Finalment s'ha autoritzat als serveis tècnics de l'I.C.S. i de l'Ajuntament a desenvolupar el contingut de l'acord, constituint-se una comissió mixta composta per dos tècnics de l'I.C.S. de Sabadell i dos Tècnics de l'Ajuntament de Sabadell.

Els criteris que s'han utilitzat per a definir la programació de treball d'aquesta comissió ha estat el d'ordenar els recursos existents al municipi per tal que els equips d'atenció primària sòcio-sanitaris treballin mitjançant programes i protocols adreçats a grups específics de població no tant en funció de les problemàtiques que presenten sinó de les necessitats per edats, priorititzant l'actuació, dintre de cada grup d'edats, a la població risc; aquesta metodologia permet definir millor els nivells d'intervenció de cada professional, els mitjans necessaris i la seva posterior avaluació.

Equip d'Atenció Primària

L'Equip d'Atenció primària sòcio-sanitària ha d'ésser el responsable de les accions sobre l'individu, tant de les assistencials com de les preventives, com a base d'una atenció integral a la persona i a la comunitat.

En l'atenció primària, la persona participa com a element actiu en la consecució del benestar físic, psíquic i social.

Composició bàsica dels Equips

- Personal sanitari
 - . metge de capçalera
 - . metge pediatre
- personal d'infermeria
- Personal de Serveis Socials
 - . Assistent Social
 - . Educador especialitzat de medi obert
 - . Treballador familiar
- Personal d'admissió i administració

Sense perjudici que el futur desplegament de la Reforma Sanitària introdueix altres prestacions professionals al si dels C.A.P.

PROPOSTA DE PROGRAMACIÓ DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA EN EL CAMP DELS DISMINUÏTS PSÍQUICS

Servei i Equipaments

El disminuït psíquic, en tant que persona que forma part de la societat, acudirà als serveis generals i, només en els casos que les seves característiques ho exigeixin, gaudirà d'uns serveis específics a la seva problemàtica.

És de gran importància l'eficàcia d'aquests serveis, ja que del seu funcionament depèn l'evolució positiva o negativa del disminuït.

Prevenició

La prevenició és l'eix bàsic d'actuació en qualsevol pla que faci referència a la disminució psíquica. Hi ha diversos nivells de prevenició.

Tal com s'ha anunciat, i per tal de donar prioritat a l'atenció primària sòcio-sanitària, passem a presentar els serveis que cal racionalitzar i coordinar i els programes que cal preveure per fer front a una correcta acció preventiva i d'atenció sòcio-sanitària al disminuït psíquic i a la llar familiar.

La protecció materno infantil constitueix una part fonamental de la promoció de la salut individual i divideix l'atenció en els apartats següents:

- La planificació familiar
- Educació i orientació sexual
- Prevenició de les malalties i malformacions congènites
- Atenció a la gestant
- Atenció al part
- atenció al post-part
- Orientació i suport social a les famílies
- Programa de vacunació a la infància i adults
- Programa de salut a l'escola
- Serveis d'ajut a la llar

- Centres de Treball Protegits
- Els Centres de Dia
- Programa d'integració dels disminuïts psíquics en el sistema de Llars-Bressol i Escola Ordinària

Atenció primària sòcio-sanitària

L'atenció que s'ofereix sota el control de l'equip d'atenció primària sòcio-sanitària passa per disposar d'un protocol d'actuacions per a aquest programa, assumit en primera instància pel metge de capçalera que, sota la seva indicació, ha de treballar amb el conjunt de l'equip.

La utilització de serveis específics serà objecte de derivació, retornant en tot moment el procés de l'usuari al C.A.P. de referència.

Els serveis que complementen aquest programa es troben en procés d'ordenació de funcions, ja que venen treballant en el seu camp específic al marge d'una actuació global cara a l'usuari. Aquests serveis són de titularitat diferent, tal com veurem:

Ajuntament:

- Serveis Socials d'Atenció Primària
- Planificació Familiar
- Educació i orientació sexual
- Atenció pre-part i educació materno-infantil
- Programa de vacunacions a la infància
- Programa de salut a l'escola

I.C.S.:

- Serveis de Tocòleg i Llevadores
- Control de gestant en risc
- Vacunacions i control d'adults
- Hospitalització

Iniciativa Privada

- Serveis d'estimulació precoç
- Centre de Dia
- Centre de Treball Protegit

Pel que fa a la integració al sistema ordinari educatiu existeix un conveni Ajuntament/Generalitat on, a partir de les Aules d'Educació Especial a les Escoles Públiques, van integrant nens disminuïts, psíquics i sensorials.

Aquest procés està en funció de les disponibilitats de l'escola i de les dotacions que la Generalitat ofereix.

L'Ajuntament, mitjançant els Serveis de Recursos per a la renovació pedagògica, programa material i seminaris de treball i formació adreçats als mestres.

Pei que fa a aquest apartat, si bé no s'adreça al col·lectiu de disminuïts que ens ocupa, és important de destacar que, si bé els recursos existents són minsos, l'avançar cap a la consecució d'uns objectius plantejats està més en funció d'una voluntat decidida de millorar l'oferta dels serveis públics en benefici d'una qualitat de vida que no pas de mantenir postures d'inhibició i d'insolidaritat entre l'Administració amb competències concurrents i l'esforç de la iniciativa privada, finançada amb suport majoritàriament públic.

Serveis d'ajut a la llar

Els serveis d'ajut a la llar constitueixen una anella més de la cadena de serveis organitzats per donar resposta a les necessitats del deficient i la seva família.

El rol de la família en el desenvolupament de la personalitat del deficient és inqüestionable. El pes que la seva presència té en una casa crea a vegades situacions insostenibles, que es resolen amb la residència o l'internament.

Si aquest ajut no es dona, la família corre el risc de no poder assolir la coherència i l'estructura que ha de presentar per tal que el deficient hi pugui trobar l'ambient adequat al seu desenvolupament.

Els objectius primordials d'aquests serveis són:

- donar a la família aquells recursos que li permetin mantenir en el seu si el fill deficient, evitant que es converteixi en un factor de desunió.
- suport a famílies amb infants disminuïts que o bé no poden ser atesos correctament o bé ho són deficientment per manca de coneixements, sobrecàrrega familiar, imperatius familiars...
- oferir al deficient la possibilitat d'estar en un context familiar en la comunitat i de fer una vida normalitzada.

Funcions:

- Aconseguir higiene i ordre a la llar, en casos de desorganització

- Ajut en l'administració de l'economia domèstica, en situacions d'absència temporal d'algun membre o de manca de coneixements
- Compra d'aliments i assessorament en el seu règim en situacions d'impossibilitat física i de manca d'educació dietètica
- Suport a la família en situacions de palès deteriorament, a través de l'estimulació i l'activació de la dinàmica familiar
- Orientació en l'atenció específica a l'atenció i educació de nens disminuïts, pel que fa a la relació, la comunicació, el joc i en general a l'estimulació
- Proporcionar descans i alleujament a la família
- Procurar per la higiene i l'atenció general del cos, afavorint el moviment, controlar la medicació, prevenint accidents domèstics, etc.

Estimulació precoç

L'estimulació precoç o estimulació primerenca -ja que la paraula precoç sembla indicar una acceleració del procés- consisteix substancialment a obtenir les millors condicions possibles perquè la família del nen l'inclogui com un més; és a dir, que en lloc de centrar des del començament la nostra preocupació en aplicar al nen una tècnica que li permeti adquirir tal habilitat o tal altra, cal que primer ens preocupem de la família i tinguem en compte què significa aquest nen per aquesta família. Convé agafar el nen i la seva família des del naixement.

Així és possible, en molts casos, crear la situació necessària a l'estimulació espontània, és a dir, que la família s'adapti al nen i el nen d'aquesta manera vagi inscrivint-se progressivament en la família.

Per tant, la meta fonamental a aconseguir és la integració del nen disminuït psíquic, com a persona, en el seu ambient familiar i, fins a un cert punt, social. Això comporta: millors nivells per a l'accés a l'escolaritat, recuperació intel·lectual i capacitat creativa.

Objectius de l'estimulació

1. Tot allò que es faci en estimulació primerenca ha d'apuntar -i confluïr-hi- a la constitució d'una persona autònoma, capaç de comunicar-se i d'actuar amb sentit en relació amb el món i amb les persones que l'envolten

2. La recuperació de les funcions afectades concretes s'ha d'incloure i subordinar al primer objectiu.

Centre de Dia

Són llocs d'acolliment bàsicament destinats a disminuïts psíquics profunds, pensats com a alternativa a l'internament.

Aquests centres tindran els següents objectius prioritaris:

- afavorir al màxim els hàbits d'autonomia personal
- afavorir tot coneixement pedagògic que independitzi el disminuït
- afavorir la realització familiar i la cooperació mútua
- afavorir la sociabilitat, tant interna com externa

Per assolir aquests objectius, s'utilitzaran tècniques com la psicomotricitat, la rehabilitació física, la psicoteràpia de grup, partint d'un estudi multiprofessional individualitzat.

Centres de Treball protegits

Els disminuïts psíquics han de tenir accés als treballs per als quals estiguin capacitats en les mateixes condicions que la resta de la població.

Unes de les opcions laborals per al deficient que ens ocupa consisteix en els centres de treball protegit. Cal que estiguin organitzats amb criteris de la màxima rendibilitat possible, amb participació de personal especialitzat que resolgui directament o indirectament els problemes de formació permanent, adaptació i rehabilitació que s'hi plantegin.

Entre altres hi ha dues menes de problemes a solucionar en aquest taller:

- el de recursos econòmics per posar en funcionament i per mantenir aquests equipaments
- determinar les bases de negociació i fixació dels salaris dels disminuïts psíquics que hi treballen, establint com a remuneració mínima el salari mínim interprofessional.
- en aquest sentit, cal trobar les fórmules de control i coordinació administrativa de manera que es faciliti i agilitzi la gestió.

Així mateix, cal regular els drets laborals dels disminuïts psíquics, la seva afiliació a la Seguretat Social o les assegurances per accident de treball.

La comissió encarregada d'elaborar les propostes per a una planificació de serveis i equipaments per a disminuïts psíquics, profunds i severs a la subcomarca del Vallès Occidental eleva a les instàncies institucionals que correspon la petició de dissenyar els dispositius que calguin perquè, a partir de les necessitats existents en aquest camp, regulin la relació, coordinació i sistemes de seguiment en el desplegament i aplicació de l'atenció primària sòcio-sanitària entre les entitats i institucions afectades.

Els Ajuntaments han de fer ús de les competències que els atorga la llei de base de Règim Local, capítol 3er. art.25, apartats (i) la participació en la gestió de l'atenció primària de la salut, (k) la prestació dels serveis socials i de promoció i reinserció social.

Fonts documentals utilitzades: "Programa d'Atenció a la Disminució Psíquica. Diputació de Barcelona. Servei de Serveis Socials". "Pla d'Atenció a la Vellesa a Sabadell. Ajuntament de Sabadell". "Centres d'Atenció Primària Sòcio-Sanitària. Ajuntament de Sabadell".