



Arxiu històric FUNDACIÓ JAUME BOFILL

La inadaptació infantil a la comarca del Maresme

Anàlisi de la intervenció social amb una perspectiva
històrica

Raimon Bonal

OCTUBRE 1987

FUNDACIÓ
Fundació
JAUME
Jaume
BOFILL
Bofill

Index del contingut

Introducció

I. Les dades demogràfiques del Maresme

1. Evolució de les dades demogràfiques a la comarca del Maresme
- 1.1 La comarca del Maresme en relació a les altres de Catalunya
- 1.2 Els municipis de la comarca i la seva evolució
- 1.3 Població urbana, semiurbana i rural del Maresme i la seva evolució recent
- 1.4 La població infantil de la comarca del Maresme. Evolució 1975-1981, per municipis

A manera de línia general

II. Anàlisi de la intervenció en el camp de la infància a partir de les demandes recollides a diversos centres de la comarca del Maresme.

1. Els centres acollidors analitzats
- 1.1 El Centre Psicopedagògic del Maresme
- 1.2 L'Equip d'Assessorament Psicopedagògic de Mataró (EAP)
- 1.3 El Centre d'Assistència Primària de Calella-Malgrat (CHM)
- 1.4 El centre psicopedagògic municipal de Vilassar de Mar
- 1.5 El centre psicopedagògic municipal de Premià de Mar
- 1.6 Reflexions globals entorn dels centres acollidors analitzats

Apèndix estadístic

2. Les poblacions de residència dels assistits
- 2.1 Les poblacions de residència i la data de la consulta
- 2.2 Les poblacions de residència i l'edat dels qui són objecte de la consulta
- 2.3 Les poblacions de residència i els motius de la consulta
3. Breu història de les atencions assistencials
- 3.1 La cronologia de la demanda en funció del sexe
- 3.2 La cronologia de la demanda i el motiu de la consulta
4. Elements demogràfics i socio-familiars de les persones objecte de la consulta
- 4.1 El sexe i l'edat
- 4.2 L'escolarització
- 4.3 L'edat dels seus pares i el seu estat civil
- 4.4 El lloc de naixement dels pares
5. Els nivells socio-econòmics de les famílies de les persones objecte de la consulta
- 5.1 El dimensionat de les famílies
- 5.2 La situació laboral dels pares
- 5.3 El barri de residència

5.4 L'adscripció a la seguretat social

6.Els motius de la consulta

6.1 Les motivacions de la consulta segons el sexe

6.2 Les motivacions de la consulta segons l'edat

7.Els diagnòstics practicats

7.1 El motiu que va portar el cas a la consulta i el diagnòstic efectivament realitzat

7.2 Els diagnòstics per edat i sexe

8.L'orientació rebuda dels centres

8.1 El motiu de la consulta realitzada i l'orientació efectivament donada

8.2 L'orientació donada en relació amb el diagnòstic practicat

8.3 L'orientació donada en funció de l'edat i el sexe

9.L'eficàcia de l'orientació

9.1 El motiu de la consulta i l'eficàcia de l'orientació

9.2 El diagnòstic i l'eficàcia de l'orientació

9.3 L'orientació donada i la seva eficàcia

10.A manera de reflexió inductiva

III.El mapa assistencial de les atencions en salut mental a la comarca del Maresme

Introducció

1.Aproximació teòrica a la concepció d'aquesta assistència

1.1 L'atenció primària

1.1.1 Els serveis amb funcions d'atenció primària adreçats a grups específics de població. Els centre d'atenció a disminuïts (CAD).

1.1.2 Els serveis en funció d'atenció primària i components de treball social vinculats a xarxes de prestació de serveis de benestar distints dels serveis socials

1.1.2.1 Els Equips d'Assessorament i Orientació Psicopedagògics (EAP)

1.1.2.2 Els psicopedagògics municipals

1.1.2.3 Els Centres d'Atenció Primària en Salut Mental

Reflexions

1.2 Els serveis especialitzats

1.2.1 Serveis i accions de prevenció comunitària. Serveis de detecció i estimulació precoç

1.2.2 Serveis i accions de suport comunitari

1.2.2.1 Els Centres d'Espai per a disminuïts psíquics

1.2.3 Els serveis de suport educatiu dintre i fora de l'escola

1.2.3.1 Centres educatius per a nens sords

1.2.3.2 Serveis de suport escolar

1.2.4 Centres d'atenció espacialitzada

1.2.4.1 Centres de Dia

1.2.4.2 Centres d'educació especial

1.2.4.3 El règim residencial

1.2.4.4 Els Centres Especials d'Integració Laboral

1.3 L'acció preventiva no directament encaminada a la deficiència mental

2.Exemples il·lustratius de les realitzacions dutes a terme a la comarca del Maresme

2.1 L'Equip d'Assessorament i Orientació Psicopedagògic de Mataró (EAP)

2.2 El Centre de serveis socials de Vilassar de Mar

2.3 El Centre d'Higiene Mental de Calella. Centre d'Assistència Primària en Salut Mental

2.4 Servei d'estimulació precoç

2.5 Grup d'Esplai "El Rabadà"

2.6 Cooperativa Alarona

2.7 Aula d'Educació Especial d'Arenys de Munt

2.8 "Nostre Món"

2.9 Aules de paràlisi cerebral

2.10 Llar "Santa Maria Assumpta"

2.11 Taller Horitzó. Centre d'ocupació especial

2.12 El Centre de Formació i Prevenció de Cirera

3.El llistat i el gràfic que resitua l'assistència a la comarca del Maresme

A manera de reflexió inductiva

Reflexions finals: com si fos una conclusió

Introducció

El Patronat Pro-Recuperació dels Subnormals de Mataró insistia fa un temps sobre la necessitat de dur a terme aquest informe que ens plau posar avui al servei dels professionals i de les institucions de la comarca; vells coneguts i amics entranyables que ja fa anys que treballen silenciosament en aquesta dura tasca al servei de la població i que foren els mateixos que ens publicaven, el 1980, una primera recerca sobre La inadaptació al Maresme. Apunts per a una planificació, anàlisi que havíem dut a terme sota la vigilància i el control dels mateixos demandants d'ara.

Les coses han canviat i els paràmetres en els que es mouen els que intervenen en aquesta dura realitat ocupen línees i moments tanmateix ben diversos; és per això que ens demanaven ansiosament de donar-los-hi un altre cop de mà per tal d'adequar la seva tasca quotidiana a unes noves exigències que la realitat els imposava.

La Fundació Jaume Bofill, amatent a la sol·licitud feta per la gerència del Patronat, condescendia a posar-se a treballar amb l'ajuda dels mateixos professionals de la comarca i amb la coordinació de Sílvia Ianatelli, assistent social del centre.

Les preguntes que formulàvem a la realitat en forma d'hipòtesis eren tanmateix ben complexes, puix que la mateixa realitat a tractar no té res de simple. La situació no és pas la mateixa de l'any 1979, data amb què es va dur a terme l'anàlisi precedent: hi ha una evolució clara en la mateixa mentalitat social, puix que les diverses administracions -autonòmica, provincial i municipal- intervenen directament en un camp en el qual anteriorment n'eren quasi absents, donant compliment i contingut a una evolució legal que, amb el nom de política social, prescriu una planificació i organització de serveis.

Dintre d'aquesta línia, l'obertura d'una escola pública d'educació especial a Mataró amb un plaç més o menys breu pot acabar absorbint l'atenció a la problemàtica de la disminució mental a la comarca del Maresme.

Per altra banda, des del Centre Psicopedagògic del Maresme ^{es té} ~~hi ha~~ una clara evolució de la demanda a la comarca; ja no és tant el problema del deficient mental el que preocupa d'una manera prioritària, com l'associació i el conjunt d'altres situacions de personalitat més estretament lligades a la salut mental, com per exemple, les psicosis o les neurosis infantils. Aquesta evolució observada arranca del fet de la llei d'integració de bona part dels

afectats del síndrome de deficiència mental a l'escola normal pública i, per tant, hi ha instàncies lligades al món educatiu que ja assumeixen la problemàtica.

Des d'aleshores, les institucions que treballen amb infants a tota la comarca, s'interroguen a partir de la pròpia experiència sobre el sentit, la direcció i la intensitat d'aquestes variacions; es tenen intuïcions, certes espontànies que demanen a crits un acostament a la demanda present. Quina resposta s'hi dóna en aquests moments? Què cal atendre o cobrir? Sembla que no és tant el deficient mental pròpiament dit, com un nen o una nena que es troben en situació de risc per causes tanmateix ben diverses i que necessiten atencions per part dels qui estan en mesura de donar-les.

També hi ha sobre la taula el problema assistencial dels profunds. Quines necessitats residencials es donaran en un plaç més o menys llarg? Quines perspectives o requeriments d'intervenció social es poden donar en un futur immediat?

Tot plegat ve enquadrat en el context d'una situació demogràfica comarcal que s'intueix com a regressiva i una manca de planificació assistencial que es presenta com inadequada, econòmicament cara i socialment gravosa per a les persones afectades i llurs familiars. Hi ha la sospita argumentada que el planejament no és gens adaptat i que es donen superposicions de competències institucionals diverses; això fa que efectivament l'assistència actual es faci poc menys que inservible i que es posi en evidència una incoherència total dels mateixos serveis. Es això cert? Quina base es dona en la realitat que permet generar aquestes sospites?

Es l'hora, doncs, de repensar les coses, no solament per a garantir-ne una eficàcia, sinó també per a evitar despeses i esforços innecessaris i, indirectament, sotmeti els professionals que hi treballen ^a a un carreró sense sortida.

Aquest és el gran repte que justifica l'anàlisi que pretenem presentar i aquesta és la voluntat que presideix la lectura crítica d'uns fets socials que exigeixen un aclariment i que poden permetre la descoberta d'uns camins possibles d'actuació.

...

...

Hem dividit l'informe amb tres grans apartats que obeeixen a la voluntat de trobar elements de resposta als famosos interrogants que impel·lien els gestors del Patronat a formular aquesta demanda.

El primer és l'estudi de l'evolució de la demografia del Maresme. Volem saber del dinamisme d'aquesta comarca i els indicadors més

clars que el determinen. Volem també conèixer la direcció, intensitat i sentit espacial d'un procés de creixement o d'una regressió determinada.

El segon^a apartat intenta fer una aproximació a la intervenció social en els diversos camps de la infància; es tracta de veure les característiques que es desprenen d'un buidatge sistemàtic de les fitxes o informes que contenen l'anamnesi de les persones ateses. Es tracta fonamentalment de veure les raons d'una demanda, els dictàmens diagnòstics practicats, les línies mestres de les orientacions afectivament donades i els tractaments realitzats i la seva eficàcia.

No podíem, per manca de temps i possibilitats, abarcar totes les situacions que es donen a la comarca i ens hem limitat a uns quants centres que ens semblaven prou significatius, tenint compte que aquell buidatge abarcava una seqüència temporal que va des del 1981 al 1986. Passaríem revista de les informacions aportades pel Centre Psicopedagògic del Maresme, l'EAP de Mataró, el CHM de Calella-Malgrat i dels centres municipals de Vilassar de Mar, Premià de Mar i Pineda. No és solament l'evolució històrica la que interessa, sinó la naturalesa i les formes dels continguts mateixos de la intervenció.

El tercer apartat és la confecció del mapa assistencial de les institucions existents a la comarca; des de la concepció teòrica d'unes atencions ideals a la salut mental, fins al llistat exhaustiu de les realitzacions efectives a la comarca, passant per l'explicitació d'alguns exemples que il·lustren concretament la forma de fer i d'estar en el context estudiat.

Les conclusions no són fórmules i ni tan sols principis d'actuació, sinó reflexions fetes pels mateixos professionals entorn de la lògica de la pràctica realitzada a la comarca.

Ens sembla que el conjunt pot ésser prou útil per tal d'elaborar una política social més coherent i més aplicada a la realitat contextual econòmica i social de la comarca objecte d'estudi. Aquesta utilitat, no solament és efectiva de cara als professionals que hi treballen, sinó també als responsables de la planificació comarcal.

La Fundació Jaume Bofill entrega aquests materials amb la seguretat d'haver fet un servei als qui ens sol·licitaven aquesta anàlisi.

I. Les dades demogràfiques del Maresme

1. Evolució de les dades demogràfiques a la comarca del Maresme

Sabem a través dels organismes internacionals competents que la prevalència de la deficiència mental i de les problemàtiques generals de salut mental, en un context de grans magnituds demogràfiques, sol ajustar-se a unes proporcions constants. Les oscil·lacions entorn de les constants proclamades són notables degut a la desigual distribució de la població en funció de variables sociològiques tan elementals com la ubicació al camp o a la ciutat, la classe social de pertinença, els nivells d'instrucció assolits, l'estratificació professional, la incidència més o menys forta del fenomen migratori, etc.

El criteri de classificació de la deficiència mental i la seva prevalència més universalment adoptat en aquests moments és el Manual de Diagnòstic i Estadístic dels Transtorns Mentals, propiciat per l'American Psychiatric Association el 1980, anomenat correntment com el DSM-III. No és casualitat que no hi hagi perfecta coincidència en els criteris estimatius adoptats per diferents fonts internacionals; el problema de la deficiència mental, malgrat que cada dia sigui més conegut, ofereix encara amplis espais profundament desconeguts per la ciència i la clínica i és per això que, no solament hi ha dispersió pel que fa als índexs estimatius de la seva incidència, sinó també pel que es refereix a la mateixa noció de deficiència mental.

De totes maneres, hi apliquem els índexs estimatius que hi volem aplicar, hi ha un interès bàsic en conèixer l'embal·lament d'una població concreta i la seva evolució per tal de poder fer aproximacions, el més ajustades possible, a la realitat demogràfica d'una població determinada.

1.1 La comarca del Maresme en relació a les altres de Catalunya

No és pas casualitat que les recents estimacions i anàlisis de la població de Catalunya fetes pel Consorci d'Informació i Documentació de Catalunya referides a l'any 1986 causessin sorpresa entre els estudiosos. Els resultats demostren que, per a Catalunya, en l'espai dels darrers cinc anys es notava un increment de la seva població només de 15 persones, el que vol dir que relativament aquesta població resident a Catalunya havia experimentat un increment del 0'0 %.(1) Es tracta d'una demografia regressiva.

(1) Dades de població. Recomptes provisionals, Barcelona, CIDC, 1986

Entre el 1981 i el 1986, Catalunya no ha manifestat variacions positives ni negatives de la seva població i, a nivell global, això planteja seriosos interrogants, no solament pel que es refereix al futur de la seva població, sinó també pel que fa als problemes de necessària reposició i renovació dels seus habitants.

En aquest context global, i portant l'anàlisi ^{dimensió} al ~~context~~ comarcal, s'observen unes distribucions ~~comarcals~~ clarament regressives amb una pèrdua ostensible d'habitants i unes altres que mantenen encara un cert dinamisme.

Les comarques actualment més regressives són les següents:

- El Pallars Jussà amb la pèrdua del 7'1 % de la població,
- La Ribera d'Ebre amb un -5'4 %,
- El Priorat amb un -3'5 %,
- El Ripollès amb un -3'1 %, i
- El Barcelonès amb un -3 %.

Per altra banda, les comarques més progressives, són:

- El Baix Penedès amb un increment del 12' 1 %
- La Selva amb + 8'7 %,
- El Maresme amb + 6'2 %,
- L'Alt Empordà amb + 5'5 %,
- El Vallès Oriental amb + 4'5 %,
- El Gironès amb + 4'5 %, i
- El Baix Camp amb + 4'5 %.

La nostra comarca del Maresme és, doncs, de les de Catalunya una de les que manté una dinàmica demogràfica relativament elevada. Tenint compte que el creixement anual esperable per a garantir la necessària reposició de la població es troba a l'interval anual entre el 0'8 % i 1'2 %, hem de pensar que el Maresme garanteix absolutament aquesta renovació dels seus habitants. En principi, hem de descartar la hipòtesi d'un envelliment de la seva població.

...

...

Si contemplem pel mateix interval entre el 1981 i el 1986 els increments de població en nombres absoluts, la comarca del Maresme encara es troba en una situació més privilegiada per respecte a la globalitat de Catalunya. La petita distribució que segueix ens ho deixa ben evident perquè les comarques que més han incrementat el seu nombre d'habitants són les següents:

- El Vallès Occidental ha incrementat de 17.826 persones,
- El Maresme de 15.714,
- El Vallès Oriental de 9.838,
- La Selva de 7.174,

- el Gironès de 6.109, i
- el Baix Camp de 5.233 persones.

La interpretació fonamental que en fan els mateixos analistes és que es tracta de comarques que, de prop o de lluny, s'han vist afectades pel creixement del sector turístic que porta a mig plaç un assentament relatiu de persones nou vingudes sigui pel que es refereix als turistes mateixos o sigui pel que afecta als mateixos treballadors del ram.

...

...

Finalment, ens interessa conèixer la diferent aportació feta a la població pel creixement vegetitiu o pel ~~creixement~~ migratori. Disposem de la informació per les unitats administratives provincials i ens referirem exclusivament a la de Barcelona perquè és la que afecta directament a la comarca del Maresme. L'anàlisi és interessant en tant que presenta l'evolució temporal d'aquesta província des de l'any 1971. Heus aquí la distribució de referència:

Increment vegetatiu i migratori de la província de
Barcelona (1971-1986)

	<u>1971-1975</u>	<u>1976-1981</u>	<u>1981-1986</u>
Creixement vegetatiu	267.892	216.397	93.000
Creixement migratori	<u>206.995</u>	<u>16.910</u>	<u>- 119.387</u>
Creixement total	474.887	233.307	- 26.387

Aquest quadre permet donar explicació al fenomen de la devallada poblacional observat anteriorment. En primer lloc, cal observar com el descens vegetatiu en aquest període de 15 anys és de l'ordre de 2'8 inferior. En segon lloc, cal veure com l'aturada dels corrents migratoris a aquesta província és molt manifesta fins arribar al darrer període a tenir un embalum relatiu important de signe negatiu. Des d'aleshores, no és extrany que el creixement total passi ostensiblement d'un embalum relativament important al primer període -que, per altra banda, és el moment que ja estava estabilitzada la gran vinguda de població forània a Catalunya dels anys 60- fins el saldo negatiu observat al tercer període.

Hem de concloure, doncs, que el fenomen regressiu global de la població de Catalunya i, concretament, de Barcelona, és degut tant al fort descens de natalitat experimentat com al relatiu pes del retorn dels migrants a d'altres contrades i qui sap si al seu mateix país d'origen.

1.2 Els municipis de la comarca i la seva evolució

Tenim, doncs, per sentat que la comarca del Maresme dona un balanç global progressiu en un context de manifesta recessió demogràfica. Anem a veure com es manifesta l'evolució de la població dels diversos municipis de la comarca des del 1950 fins el 1986. El quadre que segueix ens ho vol deixar evident:

Evolució de la comarca per municipis (1950-1986)

Municipis	1950	1960	50-60	1970	60-70	1981	70-81	1986	81-86
Alella	1673	1903	13'7	2300	20'9	3381	47'1	5283	56'3
Arenys Mar	6447	6663	3'3	8325	24'9	10087	21'2	10269	1'8
Arenys Munt	3066	3423	11'6	4023	17'5	4531	12'6	4564	0'7
Argentona	2889	3552	22'9	4058	14'2	6554	61'5	7183	9'6
Cabrera Mar	1262	1487	17'8	1705	14'7	1703	-0'1	1977	16'1
Cabrils	715	884	23'6	913	3'3	1472	37'9	2100	42'7
Caldetes	854	1038	21'5	1053	1'3	1162	10'3	1315	13'2
Calella	7642	7947	4'1	7696	-3'3	11012	43'1	11320	6'9
Canet	4831	5061	4'8	6556	22'8	8062	22'9	8667	7'5
Dosrius	921	886	-3'9	767	-15'7	737	-4'1	848	15'1
Malgrat Mar	4859	5794	19'2	9174	58'3	10972	19'6	10776	-1'8
Masnou	5098	6091	19'5	10410	70'9	14522	39'5	15169	4'5
Nataró	31642	41128	29'9	73129	77'8	97008	32'6	100011	3'1
Montgat	2911	3728	28'1	5020	34'6	6944	38'3	7147	2'9
Orrius	245	259	5'7	218	-18'8	255	16'9	315	23'5
Palafolls	1153	1339	16'1	2270	69'5	2609	14'9	2878	10'3
Pineda Mar	3188	3718	16'6	7776	109'1	11747	51'1	13951	18'8
Premià Mar	3947	5513	39'7	11284	104'7	20034	77'5	20068	0'2
Premià Dalt	1134	1501	32'4	3037	102'3	5241	72'6	5273	0'6
S. Iscle V.	706	667	-5'8	521	-28'1	490	-6'3	492	0'4
S. Cebrià V.	381	428	12'3	537	25'5	614	14'3	706	15'1
Llavaneres	1758	2003	13'9	2575	28'5	2949	14'5	3432	16'4
Vilassar Dalt	3306	4441	34'3	5257	18'4	5527	5'1	6246	13'1
Vilassar Mar	3875	4500	16'1	5736	27'5	9519	65'9	10144	6'6
S. Pol Mar	1723	1845	7'1	2041	10'6	2275	11'5	2401	5'5
S. Susanna	455	540	18'7	565	4'6	509	-11'1	652	28'1
S. Vicenç M.	802	947	18'1	939	-0'8	1191	26'8	1516	27'3
Teià	1461	1715	17'4	2025	18'1	2258	11'5	2872	27'2
Tiana	1596	2198	37'7	2608	18'7	3028	16'1	3911	29'2
Tordera	3593	4483	24'8	6431	43'4	7560	17'6	7747	2'5
TOTAL	104163	125660	20'6	190949	51'9	253527	32'8	269241	6'2

La complexitat i enfarfec de xifres del quadre precedent on hi hem expressat la població dels anys 1950, 1960, 1970, 1981 i 1986 i els increments experimentats en els intervals 1950-1960, 1960-1970, 1970-1981 i 1981-1986, és evident. Però ens permet arribar a les determinacions d'expressar els períodes relatius de creixement de tots i cadascun dels municipis de la comarca; aquesta dada sistematitzada, sí que ja ens permet concretar fenòmens concrets demogràfics que, a nivell comarcal, tenen un interès evident.

Així observem els municipis que han crescut notablement en cadascun dels períodes històrics considerats.

Entre 1950 i 1960, els municipis progressius demogràficament són:

- Mataró
- Premià de Mar
- Argentona
- Montgat
- Premià de Dalt
- Vilassar de Dalt
- Tiana
- Tordera

Entre 1960 i 1970:

- Malgrat
- Masnou
- Mataró
- Pineda
- Premià de Mar
- Palafolls
- Premià de Dalt

Entre el 1970 i el 1981:

- Calella
- Masnou
- Pineda
- Vilassar de Mar
- Alella
- Argentona
- Cabrils
- Montgat
- Premià de Dalt

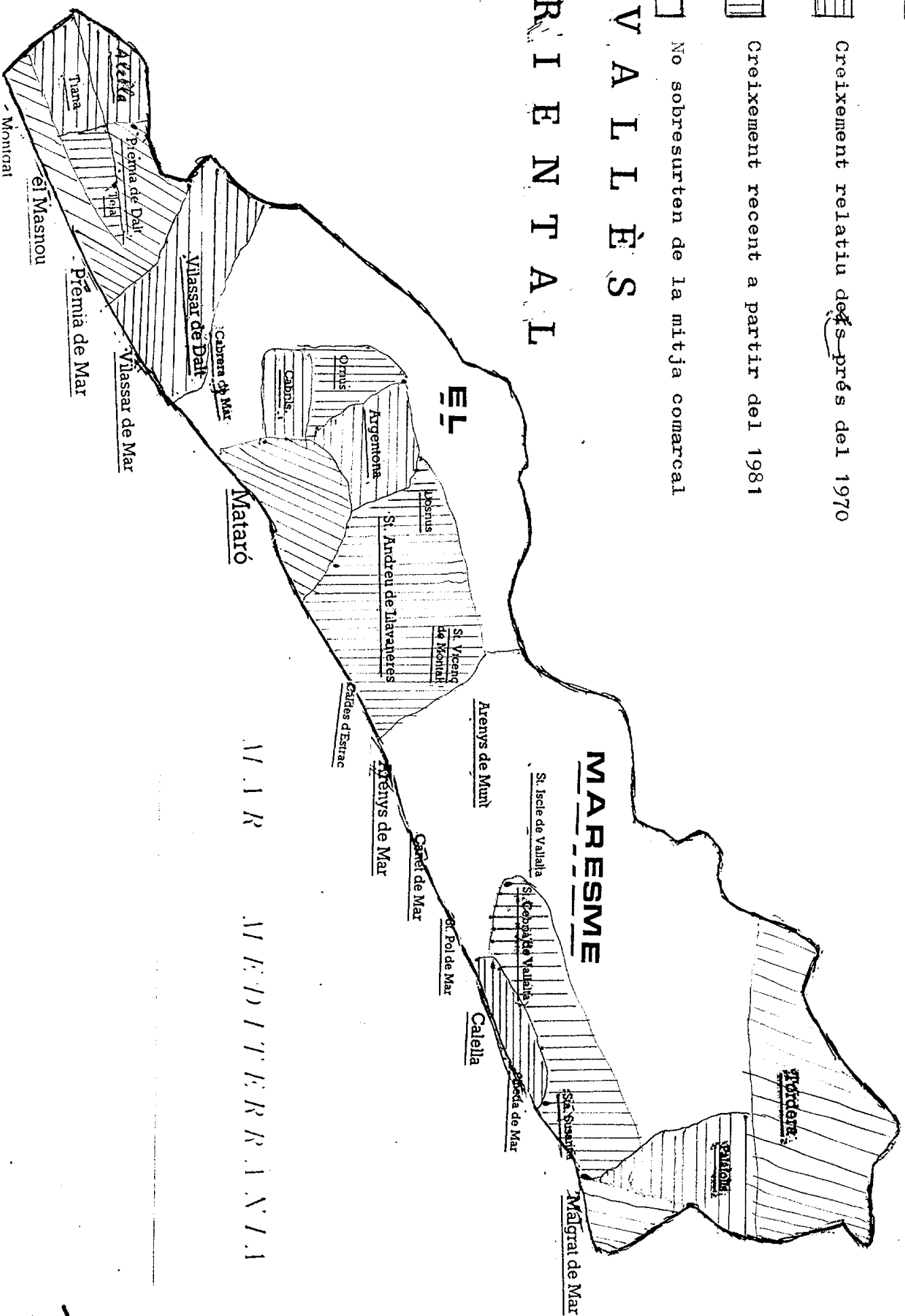
Entre el 1981 i el 1986:

- Pineda
- Alella
- Argentona
- Cabrils
- Palafolls
- Llavaneres
- Vilassar de Dalt
- Teià
- Tiana
- Cabrera
- Caldetes
- Dosrius
- Orrius

--	--	--	--	--

VALLÉS

ORIENTAL



- Sant Cebrià
- Santa Susanna
- Sant Vicenç de Montalt

I, finalment, els municipis que no han experimentat cap creixement destacable en els períodes considerats, són:

- Arenys de Mar
- Arenys de Munt
- Canet de Mar
- Sant Pol de Mar
- Sant Iscle de Vallalta.

En síntesi, observem que, a tenor dels períodes històrics considerats, hi ha uns municipis que han experimentat un creixement comparativament important abans del 1981 i denotant un cert estancament de la seva població en el període dels darrers cinc anys. Són els següents: Malgrat, Masnou, Mataró, Premià de Mar, Montgat, Premià de Dalt, Tordera.

Hi ha un segon grup de municipis que, en moments diversos i en intensitat força diferent, han experimentat un relatiu creixement després del 1970. Es tracta de: Calella, Pineda de Mar, Vilassar de Mar, Alella, Argentona, Cabrils, Palafròls, Vilassar de Dalt i Tiana.

Finalment, el tercer grup és el que clarament ha experimentat un creixement relatiu a partir del 1981. Són: Llavaneres, Teià, Cabrera de Mar, Caldetes, Dosrius, Orrius, Sant Cebrià, Santa Susanna i Sant Vicenç de Montalt.

Aquestes són les gran tendències demogràfiques considerant les diverses unitats municipals de la comarca. Però ens cal ara matisar la naturalesa urbana o rural d'aquests moviments demogràfics.

1.3 Població urbana, semiurbana i rural del Maresme i la seva evolució recent

Aquesta evolució de la població de la comarca observada fins ara no distingeix entre l'assentament rural o urbà, variable que és la que pretenem introduir en aquests moments.

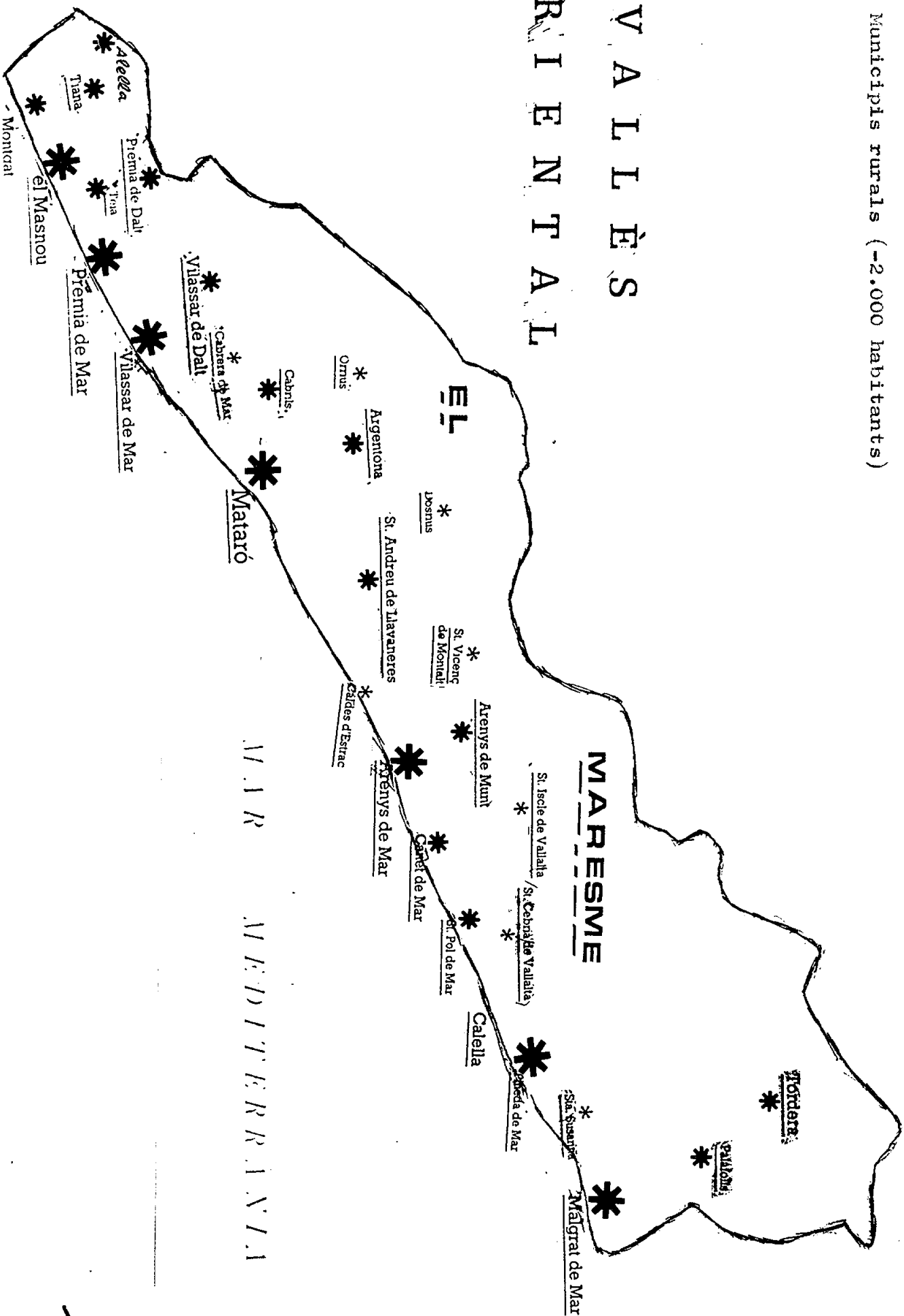
A nivell de definicions, entenem per municipis urbans els que superen els 10.000 habitants, semiurbans són els que es troben a l'interval entre els 2.000 i els 10.000 habitants i rurals els que tenen menys de 2.000 habitants.

Els municipis urbans són: Arenys de Mar (10.269 habitants el 1986), Calella (11.320), Malgrat (10.776), Masnou (15.169), Mataró (100.019), Pineda de Mar (13.951), Premià de Mar (20.068) i Vilassar de Mar (10.144).

- * Municipis urbans (+10.000 habitants)
- * Municipis semiurbans (2.000-10.000 hab)
- * Municipis rurals (-2.000 habitants)

S E T V A

VALLÈS ORIENTAL



9

Aquests municipis urbans tenien el 1981 184.901 habitants i tenen el 1986 191.716 habitants; en aquest període recent de cinc anys han augmentat globalment la seva població de 6.815 habitants, el 3'7 %; és a dir, la meitat del creixement experimentat per la comarca.

Efectivament, a part Arenys de Mar que s'ha mantingut sempre dintre la mitja del creixement comarcal, Calella i Vilassar de Mar han crescut en el període 1970-1981; Mataró va créixer fortament entre el 1950 i el 1970; Malgrat de Mar, entre el 1960 i el 1970; el Masnou entre el 1960 i el 1981 i Premià de Mar en tot el període abans del 1981. L'únic municipi que es presenta encara amb un dinamisme demogràfic que arranca ja del 1960 és Pineda de Mar. Amb tot, hem de convenir que la població urbana de la comarca del Maresme, amb l'excepció de Pineda de Mar està absolutament estancada.

Els municipis semiurbans, són: Alella (5.283 habitants el 1986), Arenys de Munt (4.564), Argentona (7.183), Cabrils (2.100), Canet de Mar (8.667), Montgat (7.147), Palafròls (2.878), Premià de Dalt (5.273), Llavaneres (3.432), Vilassar de Dalt (6.246), Sant Pol de Mar (2.401), Teià (2.872), Tiana (3.911) i Tordera (7.747).

El 1981 aquests municipis semiurbans comptaven amb 61.965 habitants i el 1986 amb 69.704; han crescut doncs de 7.739 habitants, que representa el 12'5 %, o sigui, pràcticament el doble de la comarca del Maresme.

Efectivament, a parts Arenys de Munt, Canet de Mar i Sant Pol de Mar que han crescut al ritme constant de la comarca, Alella i Cabrils han crescut relativament a partir del 1970; Argentona té dos moments concrets de creixement: 1950-1960 i des del 1970 endavant; Palafròls també té dos moments: entre el 1960-1970 i des del 1981 fins ara; Vilassar de Dalt i Tiana va créixer fortament entre el 1950-1960 i des del 1981 fins ara i Llavaneres i Teià han experimentat una dinàmica ben recent precisament a partir del 1981. Per altra banda, Tordera va experimentar un creixement entre el 1950 i el 1960 i prou, Montgat també entre el 1950 i el 1960 i després entre el 1970 i el 1981 i Premià de Dalt en tot el període fins el 1981. En conjunt, aquests municipis semiurbans manifesten una dinàmica relativa relativament important.

Finalment, els municipis rurals, són: Cabrera de Mar (1.977 habitants el 1986), Caldetes (1.315), Dosrius (848), L'Orrius (315), Sant Iscle de Vallalta (492), Sant Cebrià de Vallalta (706), Santa Susanna (652) i Sant Vicenç de Montalt (1.516).

Aquests municipis el 1981 totalitzaven 6.661 habitants i el 1986

10

7.821; o sigui, han crescut en aquest cinc anys amb 1.160 habitants, el que representa el 17'4 %, quasi el triple de la comarca del Maresme.

Efectivament, a part Sant Iscle de Vallalta que ha experimentat una gran devallada de la seva població, tots aquests municipis estan experimentant un creixement significatiu precisament en ^{el} període dels darrers cinc anys; demostren una forta vitalitat demogràfica recent.

Aquesta panoràmica ens obliga a matisar considerablement el dinamisme demogràfic del Maresme per respecte a Catalunya, puix que, a gran trets, cal dir que està experimentant un creixement relativament important pel que es refereix al seu assentament rural o seminurbà i un notable estancament pel que es refereix al seu assentament urbà. Aquesta seria la conclusió matisada que hi afegeix aquesta variable.

Però ens manca encara veure la importància relativa de l'aportació natalista a aquest creixement relatiu de la comarca del Maresme. Això farà l'objecte de l'apartat que segueix.

1.4 La població infantil de la comarca del Maresme. Evolució 1975-1981, per municipis

Malhauradament, no hem pogut tenir les dades més recents; és per això que la nostra anàlisi es basa en la comparació dels dos padrons municipals coneguts més recents: 1975 i 1981 (1). Hem pogut realitzar les comparacions d'ambdós padrons, seleccionant els quinquennis d'edat que es corresponen a la infància i a la joventut: 0-4 anys, 5-9, 10-14 i 15-19 anys.

Aquesta anàlisi ens permet veure els municipis que anuncien una certa renovació demogràfica en base a un relatiu creixement vegetatiu a partir de la proporció de població entre els 0 i 4 anys que hi havia el 1975 en comparació amb la proporció del mateix grup d'edat que s'observa el 1981. D'una banda, hi ha municipis que es troben per damunt de la proporció mitja de la comarca i això fa pensar amb una certa dinàmica natalista i, per l'altra, n'hi ha d'altres que en compte de trobar-se dintre la tònica general d'un descens de la població més infantil han incrementat la proporció relativa dels infants de 0 a 4 anys. Són dades que ens aproximen al creixement vegetatiu de la població i que expressen els punts municipals que poden manifestar un increment natalista de la seva població.

(1) Aquesta informació ha estat possible gràcies a l'amabilitat del CIDC que ens ha obert especialment les seves portes en un període d'obres per a poder obtenir ambdues informacions.

El quadre que segueix exposa la composició absoluta de la població infantil i jove a les dates anteriorment esmentades. Les expressem per municipis.

Població infantil i juvenil de la comarca del Maresme
1975 i 1981. Per municipis. Amb intervals de 5 anys

Municipis	1981					1975			
	0-4	5-9	10-14	15-19		0-4	5-9	10-14	15-19
Alella	266	328	293	261		221	221	227	191
Arenys Mar	770	871	812	822		738	809	886	766
Arenys Munt	376	372	321	360		425	358	291	292
Argentona	624	635	559	512		539	511	395	307
Cabreba Mar	108	131	161	163		110	130	121	125
Cabrils	103	130	130	119		90	115	86	65
Caldetes	68	90	76	89		61	40	95	116
Calella	779	817	817	785		635	733	767	782
Canet	698	727	672	572		742	686	579	475
Dosrius	37	60	42	61		40	70	40	45
Malgrat	944	1009	967	850		1025	989	918	793
Masnou	131	1439	1239	1068		1353	1203	993	719
Mataró	8.768	9179	8513	8103		9728	8818	8339	7874
Montgat	669	673	617	510		708	599	410	429
Orrius	10	17	22	16		5	10	15	15
Palafolls	177	280	260	253		257	268	258	199
Pineda Mar	1.141	1173	1025	978		1104	1051	999	863
Premià Mar	2.024	2247	1828	1427		2049	1879	1404	1133
S. Iscle Vall.	32	33	24	29		45	20	61	30
Elavaneres	187	252	284	286		214	226	235	251
S. Cebrià Vall.	42	51	49	60		15	50	50	80
Vilassar Dalt	391	498	468	466		485	474	555	488
Vilassar Mar	909	964	730	635		534	441	379	374
Premià Dalt	504	552	528	483		627	579	581	553
Sant Pol Mar	174	196	183	159		184	163	122	135
S. Susanna	39	45	34	34		35	30	50	15
S. Vicenç M.	76	106	91	84		95	50	75	80
Teià	195	181	174	154		145	210	161	165
Tiana	202	282	274	216		237	226	217	203
Tordera	597	725	661	687		671	594	726	626
	22.221	24063	21854	20262		23117	21553	20034	18188
	(8'8)	(9'5)	(8'6)	(8'-)		(10'-)	(9'3)	(8'7)	(7'8)

A nivell comarcal, aquesta població de menys de vint anys ha incrementat de 5.508 persones; però mentre l'any 1975 suposava el 36'8 % de la població del Maresme (82.892 persones), l'any 1981 suposa només el 34'9 % de la gent de la comarca (88.400 persones). Tot i l'augment, doncs, i malgrat la dinàmica excepcional de la comarca, hi ha un sensible envelliment de la població en aquest espai de cinc anys de quasi dos punts (1'9).

En efecte, mentre que la població de 0 a 4 anys el 1975 suposava el 10 % de la de la comarca del Maresme, el 1981 aquest interval d'edat era només de 8'8 % de la població de la comarca. Hem de dir, doncs, que a nivell comarcal hi ha una tendència clara a l'envelliment de la població o, almenys, a la pèrdua global de població per

1. The first part of the paper is devoted to the study of the asymptotic behavior of the solutions of the system (1) as $t \rightarrow \infty$. It is shown that the solutions of the system (1) tend to zero as $t \rightarrow \infty$ if and only if the matrix A is stable. The second part of the paper is devoted to the study of the asymptotic behavior of the solutions of the system (1) as $t \rightarrow \infty$ if the matrix A is not stable. It is shown that the solutions of the system (1) tend to infinity as $t \rightarrow \infty$ if and only if the matrix A is not stable.

*



A manera de línia general

De les comarques de Catalunya, la del Maresme és una de les que manté una dinàmica demogràfica més viva tenint compte de les dades més recents de les que es disposa. Almenys podem afirmar que en un context regressiu com Catalunya on el descens de població s'explica tant per la baixa natalitat com per la no vinguda i àdhuc fugida de població nascuda fora de Catalunya (almenys des de l'any 1976), el Maresme encara manté les constants que garanteixen una reposició de la seva població.

Els increments més recents de la població a la comarca no es centren en els municipis urbans, si exceptuem Pineda de Mar. Dóna la impressió que la comarca s'estira a partir de les embranzides demogràfiques dels municipis rurals i d'alguns semiurbans. I hipotèticament aquests contempen l'assentament de persones que adopten residències rurals permanents, puix que, per altra banda, el fenomen natalista dels pobles rurals no queda gens clar.

La dinàmica de creixement demogràfic de la comarca ve extraordinàriament matitzada per la constatació d'un envelliment de la població relativament important. S'observa un desplaçament proporcional de quasi dos punts de la població de menys de vint anys en benefici de les edats superiors a aquest interval d'edat. Malgrat l'existència d'alguns municipis dinàmics, la tendència general de la comarca és regressiva i perd ostensiblement població per la base de la piràmide.

Aquestes impressions tretes de l'estructura de la demografia de la població, permeten i autoritzen a pensar que ens trobem possiblement davant d'un no agreujament de les situacions ~~de~~ de la deficiència mental, almenys pel que a les estimacions que es puguin fer sobre la població. En tot cas i com ja hem acabat de veure, la dinàmica demogràfica de la comarca no interessa directament la població infantil. Aquesta és la verificació que ens interessava directament quan vam començar l'anàlisi d'aquest capítol.

Segons ens diuen informants autoritzats als qui hem sotmès a consideració aquestes dades, se'ns ha confirmat el fet que hi ha un moviment població de gent vinguda de fora de la comarca que hi ha fet un assentament; aquest allau poblacional prové, sobretot, de la gran ciutat.

Aquest fenomen de mobilitat territorial respon a la tendència de les persones a buscar una residència fora de Barcelona. Des del punt de vista de l'oferta d'habitacles hi ha un doble procés marcadament diferenciat; d'una banda, una oferta d'habitacle unifamiliars caríssims acollint una població que té una tendència clara a l'estabilitat, amb

una certa qualificació professional i un poder adquisitiu relativament considerable: es tracta d'unes famílies que el que cerquen és una millor qualitat de vida. D'altra banda, hi ha també una oferta d'habita-cles de protecció oficial que acull un tipus de població d'una classe social molt més modesta.

Per altra banda, els nostres informants diuen que hom observa com s'ha incrementat el nombre d'escoles als pobles petits i que a la ma-teixa ciutat de Mataró hi ha hagut més matriculació a les escoles; això fa pensar que hi ha a la comarca una relativa immigració i un clar des-plaçament de la població cap els nuclis més petits, procés que encara no s'ha aturat.

Des del punt de vista de la intervenció social, el gran interrogant és el de la possible integració d'aquests moviments poblacionals; és encara massa aviat per a afirmar-ho o desafirmar-ho. Hi ha qui s'atre-veix a dubtar-ne, encara que al costat s'afirmi categòricament que no hi haurà seguretat d'aquesta ~~afirma~~ participació fins a la segona ge-neració.

II. Anàlisi de la intervenció en el camp de la infància
a partir de les demandes recollides a diversos cen-
tres de la comarca del Maresme.

1. Els centres acollidors analitzats

~~2.696~~ ^{Son} 2.696 històries analitzades ha estat molt diferent la quantitat efectiva de dades aportades pels diversos centres analitzats en el període 1981-1986. La distribució per centres de la informació recollida és la següent:

<u>Centre</u>	<u>Nombre</u>	<u>%</u>
EAP de Mataró	811	30'1
CAP de Calella-Malgrat	693	25'7
Servei Psicopedagògic (Premià Mar)	579	21'5
" (Vilassar Mar)	372	13'8
Centre Psicopedagògic Maresme	223	8'3
Servei Psicopedagògic (Pineda Mar)	18	0'7
Total	2.696	100

Entre l'EAP de Mataró i el CAP de Calella hi ha més de la meitat (55'8 %) de les històries recollides i només el primer suposa quasi la tercera part.

No es pot oblidar que l'EAP de Mataró es troba a la població més gran des del punt demogràfic de la comarca, que l'EAP té un àmbit territorial més ampli i rep una població més heterogènia.

El ~~CAP~~ ^{CHH} de Calella, per la seva banda, té també un àmbit comarcal (exceptuant la ciutat de Mataró) i és l'únic centre que fa psicoteràpia amb el tractament de persones amb problemes de personalitat, de conducta, etc. Més tard haurem de verificar aquesta dada. *de la part nord del Maresme*

Els tres psicopedagògics municipals concentren ells sols el 35'9 % de les històries recollides; però el de Pineda de Mar, per les causes que sigui, fa tanmateix una molt petita contribució. Es per aquesta poca relevància que desestimarem la informació de Pineda en les nostres anàlisis posteriors.

Finalment, la resta del 8'3 % de les històries pertanyen al Centre Psicopedagògic del Maresme.

Aquesta és la primera informació d'on ha estat recollida la informació efectivament. Anem ara a fer l'anàlisi de cadascun d'aquests centres intentant posar en relleu les seves semblances i similituds.

1.1 El Centre Psicopedagògic del Maresme

En el conjunt de la informació recollida, aquest centre jugava un important paper l'any 1981 (el 26 % de les històries recollides al psicopedagògic de Mataró foren aplegades aquest any, quan en aquesta

data es recollien globalment només l'11'1 % d'històries). Aquesta for-
ta arrencada, es veu sensiblement disminuïda l'any 1982 on encara
el psicopedagògic de Mataró té una certa relevància. Durant els anys
següents, 1983, 1984 i 1985 el pes relatiu d'aquest centre és insig-
nificant, per a tornar a tenir una certa importància l'any 1986.

Tot el que podem dir és que l'embranchida dels psicopedagògics ~~de municipis~~
~~Provincia de Mar~~ pot explicar el poc pes relatiu del centre psicopeda-
gògic del Maresme a partir de l'any 1983. I també la hipòtesi, que
s'haurà de confirmar, que l'atenció a la deficiència mental lleu ha
anat derivant cap a l'escola ordinària per causa de la llei d'inte-
gració; de totes maneres, és prematur encara per a poder-nos permetre
de fer aquesta inducció i donar-la com a definitiva.

...

...

El centre psicopedagògic del Maresme rep una demanda molt important
entorn de consultes referides a la primera infància, és a dir, abans
dels 5 anys d'edat; és la dedicació més abundant. Segurament que és
la disponibilitat d'un servei d'estimulació precoç; extrem que caldrà
també verificar posteriorment.

...

...

Les consultes arriben al centre, sobretot, per trastorns especí-
fics; és a dir, tics, terrors nocturns, sonambulisme, tartamudeig,
problemes psicomotrius, etc. Caldrà veure si és encara aquell servei
d'estimulació precoç que en determina la causa.

...

...

Els diagnòstics més abundants són els que es refereixen a la defi-
ciència mental (la seva majoria), la deficiència física i els trans-
torns específics. Caldrà veure si hi té alguna cosa a veure el servei
de paràlisi cerebral del que disposa.

...

...

Les orientacions a les que el centre encamina són, sobretot, l'es-
cola especial i el tractament personal (fisioteràpies, estimulació
precoç i logopèdia) i, també, el taller ocupacional. Sembla que es
confirman les hipòtesis apuntades i que, per tant, hi ha una correla-
ció entre serveis o recursos disponibles o l'orientació donada.

...

...

Finalment, s'ha de dir que el centre és dels de la comarca el que
ostenta l'índex més elevat de tractaments continuats; junt amb els in-
termitents, cal dir que és la institució que menys casos perd a la
comarca (només el 22'1 % en un context en el que el 59'9 % dels casos
es perden).

1.2 Equip d'Assessorament Psicopedagògic de Mataró (EAP)

Aquest Equip va jugar, com el centre psicopedagògic del Maresme, un paper importantíssim els anys 1981 i 1982; però, a diferència d'aquell, ha observat una devallada relativa en el decurs dels anys. Segurament que és aquest que ha experimentat la competència més forta dels diversos psicopedagògic municipals.

...

...

L'EAP de Mataró, per la seva mateixa dedicació de suport als centres escolars, manifesta una tendència lleugerament sensible a les edats compreses dintre la vida escolar.

...

...

Com a conseqüència lògica les consultes que s'adrecen a l'EAP es concentren en situacions derivades dels problemes de rendiment escolar i una mica també a les alteracions de llenguatge.

...

...

Pel que fa als diagnòstics practicats, les alteracions de personalitat i conducta són els més importants; però també els casos de psicosi i autisme i les alteracions de llenguatge.

La diversitat de diagnòstics de l'EAP és el resultat de diagnosticar o de decidir sobre tota mena de deficiències i de trastorns. Del fet que la detecció dels problemes es realitzi des de les escoles, no hi ha una demanda filtrada. Cal dir, a més, que en el diagnòstic influeix el concepte que tenen els professionals sobre els trastorns en salut mental; hi ha reticències a vegades a diagnosticar trastorns mentals a la primera infància.

...

...

La reeducació és l'orientació més sovintejada per l'EAP conseqüent amb els problemes que tracta; però també orienta relativament, encara que amb una importància molt menor, al suport a l'escola d'EGB, l'escola especial i el tractament personal (fisioteràpia, estimulació precoç, logopèdia i semblants).

...

...

Pocs són relativament els casos de tractament continuat o intermitent que fa l'EAP; la majoria dels casos es perden (90 %). Aquest fracàs és explicable en tant que l'EAP intenta cobrir tota la comarca i segurament es fa difícil fer un tractament amb altres institucions que no siguin la pròpia.

4

1.3 El Centre d'Assistència Primària de Calella-Malgrat ^{CHM} ~~(CAP)~~

^{CHM}
El ~~CAP~~ comença a fer notar la seva forta activitat des de l'any 1984. De fet, és l'únic centre de la comarca que tracta els problemes de salut mental i el seu creixement progressiu s'explica en tant que s'ha anat lentament fent lloc a la comunitat; les psicoteràpies, ~~i soe~~ ^{CHM} ~~sobretot les infantils~~, produeixen molta més ansietat que la reeducació.

...
^{CHM}
El ~~CAP~~, de manera tanmateix ben notòria, rep consultes de persones ~~més grans de 18 anys, és a dir~~, el que n'hem anomenat adolescents.

...
Sobretot les alteracions de conducta, però també els problemes psicossomàtics i les alteracions funcionals són les motivacions que sovintegen més les consultes al ^{CHM} ~~CAP~~.

Els problemes psicossomàtics que adquireixen una relativa importància al CAP acostumen a ésser derivats pels metges. I, de fet, són pocs relativament els casos que han recorregut al CAP per a fer un tractament d'aquesta mena. No serà que els professionals de la medicina prefereixen usar la medicació que no pas un tractament?

...
Les alteracions de la personalitat i de la conducta i, també, els trastorns funcionals (enuresi, encopresi) i els problemes psicossomàtics són els diagnòstic més freqüents al ^{CHM} ~~CAP~~. Amb tot, tenen també aquí una relevància els casos que no tornen o dels que no se'n ha sapigut res més.

Tornem a trobar ara uns diagnòstics lligats als recursos institucionals disponibles.

...
La psicoteràpia i la denominació indefinida d'"altres" són les orientacions més sovintejades al ^{CHM} ~~CAP~~, en un context en el que els que no tornen és relativament important.

...
^{CHM}
Sobresurten, finalment, al ~~CAP~~ els tractaments continuats, quedant els casos perduts dintre la important mitja comarcal (57'9 %).

1.4 El centre psicopedagògic municipal de Vilassar de Mar

Ens trobem ara i en el cas que segueix amb una institució que té un àmbit municipal d'actuació; això matisa extraordinàriament el seu pes dintre del conjunt comarcal del Maresme.

El psicopedagògic de Vilassar de Mar mostra una certa força

en el conjunt comarcal els anys 1981 i 1982 i, des que apareix el de Premià de Mar, es va mantenint més o menys dintre la mitja comarcal, a partir del 1983.

...

...

Vilassar presenta una intervenció particularment notable als períodes d'edat corresponents a l'escolaritat, en detriment precisament de les etapes corresponents als adolescents. Es pot pensar amb una intervenció ben directa ^{als} ~~referits~~ problemes relacionats amb l'aprenentatge escolar.

...

...

Dada que ens ve plenament confirmada en tant que aquí i ara les motivacions de les consultes es centren significativament en els problemes de rendiment escolar i les alteracions de llenguatge.

...

...

Els diagnòstics practicats pel centre són, sobretot, els dels problemes específics (tics, terrors nocturns, , sonambulisme, tartamudeig, problemes psicomotrius, etc) i el fet que la persona consultant sigui efectivament considerada normal; amb molt menys força destaquen les alteracions de llenguatge i la psicosi i autisme.

...

...

La orientació a la guarderia o als pares són les indicacions més sovintejades per Vilassar de Mar i, també, pesa bastant el suport proporcionat a l'escola d'EGB. Sorprèn a Vilassar també pesi molt el tractament personal (les fisioteràpies, l'estímulació precoç o la logopèdia). Segurament que es disposa de personal especialitzat i recursos directament encaminats cap aquestes intervencions.

...

...

Finalment, a Vilassar hi predomina la possibilitat de fer tractaments en forma continuada o intermitent; són relativament pocs els casos que es perden.

1.5 El centre psicopedagògic municipal de Premià de Mar

Des del seu naixement, el 1983, aquest centre s'ha presentat com excepcionalment dinàmic, si exceptuem la petita disminució observada l'any 1984.

...

...

I, excepcionalment, Premià és l'únic psicopedagògic de la comarca que acull una relativa problemàtica de l'edat adolescent.

...

...

Les consultes que acudeixen al psicopedagògic de Premià de Mar singularitzen de manera notable aquest centre respecte als seus similars, precisament perquè es concentren significativament en les alteracions de llenguatge i en les alteracions de personalitat, quedant molt a un segon pla de significació els problemes de rendiment escolar.

...

...

Pel que fa als diagnòstics, el centre de Premià contempla una important proporció de casos que no tornen. De totes maneres pel que fa als diagnòstics efectivament realitzats, hi ha una lleugera punta pel que es refereix als deficient físics,^a les alteracions de llenguatge i als individus considerats normals.

...

...

Les orientacions, efectivament, vénen molt condicionades per la gran quantitat de persones que no tornen. Amb tot, s'ha d'assenyalar el predomini de les orientacions donades tant a la guarderia com als pares.

...

...

Finalment, el centre de Premià de Mar realitza una proporció notable de tractaments tant continuats com intermitents. I el curiós és que, malgrat la important proporció de casos perduts a l'hora del diagnòstic, quan comença el tractament no és dels centres de la comarca que en perdin massa de casos.

1.6 Reflexions globals entorn dels centres acollidors analitzats

1^a/ D'una atenció exclusivament centrada fa ben pocs anys en la iniciativa del Patronat del Centre Psicopedagògic del Maresme de Mataró s'ha passat a una forta dispersió de punts de diagnòstic i de tractament. Això ha beneficiat la població directament afectada i ha introduït noves formes d'abordatge de la realitat problematitzada.

Precisament és en aquest sentit que el tractament psicoterapèutic facilitat per la institució de Cal·lala en el treball sectoritzat de la salut mental, té dificultat a fer-se un lloc perquè suposa, no solament un canvi de mentalitat en la població en la via de superar les ansietats que un tal tractament comporta, sinó també un canvi en el personal mèdic en tant que superació del model únic que és la ~~re~~educació. En aquest sentit, encara s'està en procés de canvi, puix que s'observa una forta descompensació dels centres clínics al costat d'una gran proliferació dels psicopedagògics. La irrupció d'aquests s'ha fet amb força i ha permés atencions i ha acostat els recursos a la població afectada.

2ª/ Si es contempla l'edat dels qui recorren als centres, es compartimenta ostensiblement la població assistida. En aquest sentit, crida l'atenció el pes relatiu important de l'adolescència al centre de Premià de Mar; bon indicador del tipus de problemàtica que allà s'hi dona, identificat la intervenció d'aquest centre amb el Centre d'assistència primària de Calella.

3ª/ Quan els problemes que motiven les consultes tenen algun fonament a l'escola (rendiment escolar o alteracions de llenguatge) els psicopedagògics juguen un notable paper receptiu.

Amb tot, i com sempre, el psicopedagògic de Premià de Mar rep un nombre relatiu important de consultes per conductes nascudes d'alteracions de la personalitat, diferenciant-se o almenys matisant el que passa en la resta dels psicopedagògics.

4ª/ Els problemes de conducta que fan un important motiu de consulta al CAP de Calella acaben definint-se, des del punt de vista del diagnòstic, tant com a fets conductuals com de problemes de personalitat; aquests són els diagnòstics més freqüents fets no solament a Calella sinó també a l'EAP de Mataró. La manifestació externa que veuen els pares és la conducta; però aquesta pot ésser deguda a un problema de personalitat. Més tard haurem de precisar aquesta dada.

5ª/ Com que la detecció es sol fer des de l'escola i, per tant, no hi ha una demanda filtrada, observem com els psicopedagògics, sobretot l'EAP de Mataró, diagnostica tot tipus de deficiències i trastorns; els psicopedagògics, en general, tenen un important paper receptiu en aquest sentit.

6ª/ Es veu molt que es diagnostica i s'orienta en funció del tractament que ofereix cadascun dels centres. En aquest sentit, cal preguntar-se si no manca una coordinació en tant que no es fa una derivació dels consultants d'un centre a l'altre.

7ª/ El centre de Premià de Mar i el CAP de Calella són els qui tenen més dificultats per a lograr una continuïtat per tal de fer un diagnòstic i una orientació i hom pensa si no és precisament degut a la problemàtica similar que reben referida majoritàriament al món de l'adolescència.

8ª/ Pel que fa a l'orientació, tots els psicopedagògics solen optar

per solucions més o menys vinculades a l'escola: orientació a la guarderia o als pares i ajut a l'escola d'EGB.

9ª/ Finalment, s'ha d'assenyalar el gran relleu que tenen els casos perduts a l'EAP de Mataró; com que ha de fer un tractament seguit a tota la comarca, no fa tractaments en tant que orienta normalment cap a d'altres institucions. I, en contrast, el CAP de Calella és de les institucions la que logra un tractament més continuat; de fet, la psicoteràpia així ho exigeix.

APENDIX ESTADISTIC

Centres		1981	1982	1983	1984	1985	1986	Infància	Primera	Adolescència	Conducta	Alteracions específics	Transforms	escolar	Rendiment	psicosomàtic	Problemes	funcionals	Alteracions llenguatge	Alteracions personals	Total
1. Psicopedagògic del Maresme		26'-	17'-	12'-6	10'-8	15'-2	18'-4	52'-5	26'-	21'-	9'-	52'-	26'-	-	1'-	11'-	2'-				7'-1
2. EAP de Mataró		21'-	25'-4	14'-8	21'-6	12'-7	4'-6	14'-3	47'-	38'-	16'-	3'-	47'-	0'-	3'-	23'-	8'-				29'-8
3. CAP de Calella		0'-3	11'-3	19'-5	26'-4	23'-7	18'-9	10'-2	32'-	58'-	35'-	6'-	21'-	8'-	12'-	8'-	10'-				25'-7
4. Vilassar de Mar		17'-7	18'-	16'-9	20'-4	11'-3	15'-6	16'-2	65'-	19'-	9'-	3'-	46'-	1'-	1'-	28'-	10'-				15'-
5. Premià de Mar		-	-	35'-6	14'-3	24'-7	25'-4	15'-9	33'-	51'-	13'-	6'-	37'-	0'-4	3'-	24'-	16'-				22'-4
Total.....		111'-1	144'-5	200'-6	200'-2	181'-1	151'-4	161'-8	411'-	421'-	191'-	81'-	371'-	21'-	51'-	191'-	101'-				100
(296)		(389)	(552)	(541)	(486)	(414)	(438)	(1076)	(104)	(435)	(184)	(847)	(54)	(114)	(444)	(234)					
Data de la demanda																					
Estat del consultant																					
Motiu de la consulta																					
def. mental																					
def. física																					
psic.+autisme																					
alt.llenguatge																					
alt.pers. i conducta																					
prob.psicosomàtic																					
alt.funcionals																					
prob.específics																					
no tornen																					
individu normal																					
or.guarderia																					
EGB amb ajut																					
esc especial																					
taller ocupacional																					
tract.personalitizat																					
psicoteràpia																					
reeduació																					
orienta.pares																					
no tornen																					
altres																					
tract.continuat																					
tract. intermitent																					
s'han perdut																					

Nota: Tota la informació ha estat donada en xifres relatives i, quan ha mancat espai, els decimals han estat ajustats.

El diagnòstic

El l'orientació donada

Eficàcia de l'orientació

2. Les poblacions de residència dels assistits

Els centres es troben ubicats a les poblacions més importants de la comarca i el que ara ens interessa és veure la procedència domiciliar de les persones que han estat causa de les consultes en els expedients efectivament buidats dels diversos centres que han fet l'objecte de l'anàlisi.

La relació exhaustiva de les poblacions de la comarca en la que resideixen les persones afectades és la següent:

<u>Poblacions</u>	<u>Nombre</u>	<u>%</u>
Premià de Mar	618	22'9
Mataró	591	21'9
<u>Vilassar de Mar</u>	<u>402</u>	<u>14'9</u>
Pineda	188	7'1
Calella	185	6'9
<u>Malgrat</u>	<u>110</u>	<u>4'1</u>
Arenys de Mar	88	3'3
Tordera	83	3'1
<u>Canet de Mar</u>	<u>82</u>	<u>3'1</u>
Premià de Dalt	45	1'7
Arenys de Munt	44	1'6
<u>Palafolls</u>	<u>44</u>	<u>1'6</u>
=====		
Argentona	29	1'1
El Masnou	24	0'9
Montgat	24	0'9
Altres	22	0'8
Vilassar de Dalt	16	0'6
Tiana	14	0'5
Llavaneres	11	0'4
Sant Pol de Mar	10	0'4
Sant Cebrià de Vallalta	9	0'3
Sant Vicenç de Montalt	9	0'3
Comarca del Barcelonès	8	0'3
Teià	7	0'3
Cabrera de Mar	5	0'2
Cabrils	5	0'2
Caldetes	5	0'2
Dosrius	4	0'1
Santa Susanna	4	0'1
Alella	3	0'1
Sant Iscle de Vallalta	3	0'1
Comarca del Vallès Oriental	2	0'1
Orrius	1	0'0
No consta	1	0'0
<u>Total</u>	<u>2.696</u>	<u>100</u>

Dintre d'aquesta distribució general, treballarem les correlacions abans de la ratlla indicada entre Palafolls i Argentona. I, per altra banda, sectoritzarem la informació tenint compte que el 59'8 % dels consultants resideixen a les tres primeres poblacions (Premià de Mar, Mataró i Vilassar de Mar), que el 18 % es concentra a les tres

següents (Pineda de Mar, Calella i Malgrat de Mar), que el 9'4 % resideixen a Arenys de Mar, Tordera i Canet de Mar i que el restant de la comarca acumula el 12'8 % dels consultants.

2.1 Les poblacions de residència i la data de la consulta

Any 1981: L'afluència forta de consultants es situa a la capital de la comarca Mataró i a la seva veïna Vilassar de Mar. El 1981 aplega només 268 consultes; és a dir, el 10'8 % de la totalitat i el pes de la demanda es situa precisament en aquestes dues poblacions.

Any 1982: Tot i que les dues poblacions esmentades continuant aportant relativament una notable clientela, Calella de la Costa, Arenys de Mar, Arenys de Munt i, sobretot, Palafolls aporten també una relativa quantitat de consultants.

Any 1983: Coincidint amb la posta en marxa del centre psicopedagògic municipal de Premià de Mar és precisament aquesta la població que aporta relativament més clientela, al costat de poblacions com Premià de Dalt i una mica Pineda que deixen sentir també la seva presència. Aquest és un any dels que acumula juntament amb el següent més nombre de consultes als diversos centres (20'6 % del total analitzat) i és també l'any en el que menys diferències s'entreveuen a part de les que acabem de senyalar. Ha desaparegut el pes fort de Mataró i Vilassar de Mar.

Any 1984: Sembla que sigui l'hora de la dispersió, puix que la procedència de les consultes és tanmateix ben dispersa: Arenys de Mar, Arenys de Munt, Calella, Pineda, Premià de Dalt són les poblacions que més destaquen.

Any 1985: Segueix la tònica de l'any anterior en el que Tordera i Palafolls mostren una particular embranzida, al costat de la relativa aportació d'Arenys de Mar, Canet de Mar, Malgrat i Premià de Mar.

Any 1986: Es la consolidació d'aquella dispersió, puix que Arenys de Munt, Tordera i Premià de Mar os fan sentir amb una relativa força, al costat de Canet de Mar i Malgrat.

No ens atrevim a incloure el quadre estadístic que dona fe d'aquestes diferències temporals per causa de la seva complexitat; però sembla que globalment hi hagi hagut un desplaçament manifest de les grans poblacions de la comarca a les petites, si exceptuem Premià de Mar. A

mesura que els serveis són més coneguts, s'observa una relativa funcionalitat i operativitat a quasi tota la comarca.

2.2 Les poblacions de residència i l'edat dels qui són objecte de la consulta

La primera infància (menors de 5 anys d'edat): Mataró i Arenys de Munt són les poblacions que absorbeixen les consultes directament referides a aquest interval d'edats. La ponderació relativa és molt semblant.

Amb tot, hi ha una contribució comarcal relativa força notable a tots els municipis de la comarca, si exceptuem Palafolls, Premià de Dalt i Pineda.

L'edat escolar (entre 5 i 18 anys): Vilassar de Mar i Mataró, per aquest ordre són ara les que proporcionen més clientela d'aquestes edats. En principi, semblaria lògic en tant que l'abundància d'escoles d'ambdues faria ressentir fortament la necessitat.

L'adolescència (~~entre~~ ^{de} 12^a a 18 anys): Es l'interval d'edat sobre el que més consultes es donen i, tret de Vilassar de Mar i Mataró, totes les poblacions considerades es veuen afectades per aquesta mena de consultes. Les que més: Premià de Dalt, Pineda, Malgrat, Calella i Tordera; les que menys: Arenys de Mar, Arenys de Munt, Canet de Mar i Premià de Mar.

En tot cas, el que sí que es pot generalitzar és que les problemàtiques referides a l'adolescència afecten molt i globalment a tota la comarca considerada. I aquesta sí que és una inducció que ens porta a considerar que els recursos disponibles, no solament afecten a la clínica o a la justícia, sinó als serveis socials en general.

2.3 Les poblacions de residència i els motius de la consulta

Alteracions de conducta: Els motius guiats per aquesta simptomatologia es concentren fortament a Calella, Arenys de Mar, Arenys de Munt, Tordera i Palafolls i amb menys intensitat a Pineda, Canet de Mar i Malgrat.

Com es pot veure, la conducta té una forta incidència i no precisament a les poblacions més urbanes.

Transtorns específics (tics, terrors nocturns, etc): tenen un petit pes global i provenen de Palafolls, Arenys de Mar i Mataró.

Problemes de rendiment escolar: són els que motiven més les demandes perquè és el que capten directament els pares i l'escola. Es concentren lògicament a les poblacions que han aportat globalment més històries (Mataró, Vilassar de Mar i Premià de Mar) i també Canet de Mar i Premià de Dalt.

Problemes psicossomàtics: són pocs els casos que abunden com a motivació de consulta i tractament; aquesta és una problemàtica de difícil lectura. Sobresurten aquests casos a Calella i Malgrat; però també a Arenys de Munt, Pineda, Palafolls i Tordera. Les diferències són tanmateix ben petites.

Alteracions funcionals (enuresi, encopresi): de ben poca rellevància global també, Palafolls, Pineda i Calella despunten amb una certa força; però també amb menys força a Arenys de Mar, Tordera, Malgrat i Canet de Mar.

Alteracions de llenguatge: és una altra simptomatologia que és fàcilment detectable; arriba a la cinquena part de les històries recollides. I lògicament, a més de les tres poblacions que pesen més en el conjunt (Mataró, Vilassar de Mar i Premià de Mar), Premià de Dalt també es fa notar.

Alteracions de la personalitat: suposa el 10 % de les històries recollides i observem una forta dispersió en el conjunt de les poblacions de la comarca. Premià de Dalt, Premià de Mar i Arenys de Mar són les ^{que} més despunten.

Sembla que es pot dir que els símptomes més generalitzats i de fàcil visibilitat s'escampen ostensiblement en funció de la distribució general de les històries en les diverses poblacions de la comarca. En canvi, allò que motiva les consultes i que permaneceix de més difícil lectura, no observa la distribució general i s'identifica en municipis més dispersos en el conjunt de la comarca.

L'anàlisi d'aquesta variable de la població de residència dels assistits, es manté a un nivell molt descriptiu i poca cosa ens aporta respecte a la hipòtesi central que guia aquesta recerca.

3. Breu història de les atencions assistencials

Es interessant observar la cronologia històrica de la intervenció en aquest terreny partint de la data de la demanda efectuada, de la primera visita o del primer contacte pres en les diverses institucions analitzades de la comarca. Disposem entorn d'aquest tema de la relació de la data amb l'edat de les persones objecte de la consulta i de la

cronologia de les motivacions de les mateixes.

La distribució de les històries en funció dels anys considerats és la següent:

<u>Any</u>	<u>Nombre</u>	<u>%</u>
1981	301	11'2
1982	391	14'5
1983	555	20'6
1984	546	20'3
1985	487	18'1
1986	416	15'4
	<u>2.696</u>	<u>100</u>

Hi ha una punta notable en l'aplegament d'històries que s'hauria de situar els anys 1983 i 1984. Són els anys del naixement generalitzat dels psicopedagògics municipals que fan incrementar fortament la demanda de serveis.

L'abans i el després d'aquestes dates es manté a uns nivells sensiblement semblants. Es fa difícil pensar que l'increment d'informació expliqui aquestes fluctuacions i ni tan sols ens inclinem a pensar que el procés demogràfic regressiu de la natalitat en pugui donar una adequada interpretació, puix que la comarca del Maresme, com ja hem vist més amunt, no presenta pas indicis d'una regressió significativa.

En principi aquesta evolució cronològica, almenys per ara, es manté a un nivell sensiblement descriptiu.

3.1 La cronologia de la demanda en funció del sexe

El creuament d'ambdues variables és tanmateix ben poc significativa, puix que les diferències proporcionals són pràcticament insignificants. El quadre que segueix ens ho fa veure:

<u>Anys</u>	<u>Homes</u>	<u>Dones</u>
1981	67'1	32'9
1982	69'-	31'-
1983	63'7	36'3
1984	63'2	36'8
1985	66'5	33'5
1986	61'9	28'1
<u>Total</u>	65'- (1.749)	35'- (943)

3.2 La cronologia de la demanda i el motiu de la consulta

Aquesta, en principi, és una dada molt més interessant, en tant

que pot donar resposta a la hipòtesi bàsica que estem cercant. Vegem-ho. Comencem per a fer una lectura a la correlació de referència.

Anys	Alteracions de conducta	Transtorns específics	Rendiment escolar	Problemes psicosomàtics	Alteracions funcionals	Alteracions de llenguatge	Alteracions de personalitat
1981	19'6	6'7	43'5	-	2'4	19'6	8'2
1982	16'7	8'5	47'4	1'8	3'5	16'1	6'1
1983	16'8	9'1	37'9	2'1	5'2	16'6	12'4
1984	19'5	6'1	35'6	2'8	5'6	20'4	10'-
1985	18'9	7'4	27'4	3'1	6'-	23'9	13'4
1986	22'-	10'1	31'8	3'4	5'6	18'3	8'7
	18'8	8'-	36'6	2'3	4'9	19'2	10'2
	(435)	(185)	(848)	(54)	(114)	(444)	(235)

En el quadre hi ha petites diferències que ens revelen la diversitat dels camins que porten a les persones a la consulta en el decurs d'aquest període considerat.

Els dos primers anys, 1981 i 1982, estan absolutament dominats per les preocupacions que comporten els difícils "rendiments escolars".

L'any 1983, es diversifica ostensiblement aquella primera motivació única, puix que al costat del rendiment escolar, comencen a aparèixer els trastorns específics (tics, terrors nocturns, sonambulisme, tartamudeix, problemes psicomotrius, etc), les alteracions funcionals (enuresi, encopresi) i les alteracions de personalitat.

L'any 1984 desapareix el rendiment escolar com a motivació principal o compartida per a donar pas a les alteracions de conducta, de llenguatge i funcionals.

L'any 1985 és de la gran dispersió, tònica que serà encara seguida el 1986; passen aquests anys al primer pla els problemes psicosomàtics i les alteracions funcionals, a més de les de llenguatge i personalitat el 1985 i les de conducta i els trastorns específics el 1986.

En general, hom té la impressió que hi hagut una clara evolució pel que fa almenys a les motivacions de la consulta: s'ha passat d'una lectura única girant entorn dels problemes de rendiment escolar a una demanda molt més centrada en els problemes de personalitat i de llenguatge.

Si això fos cert, i que intentarem verificar-ho per altres bandes, tindríem la confirmació de la hipòtesi que ens plantejàvem al començament.

4. Elements demogràfics i socio-familiars de les persones objecte de la consulta

El perfil social i demogràfic dels qui fan l'objecte d'una consulta ve definit no solament per la composició d'edat i sexe dels qui són directament afectats, sinó també per les característiques d'edat i laborals de les famílies de les que formen part.

4.1 El sexe i l'edat

Aquestes són informacions purament descriptives i que, malgrat tot, ens interessa conèixer. Heus aquí les distribucions:

<u>Sexe</u>	<u>Nombre</u>	<u>%</u>
Homes	1749	64'9
Dones	<u>943</u>	35'-
<u>Edat</u>	2.692	
Primera infància (-5anys)	440	16'4
Edat escolar (5-8 anys)	1076	40'-
Adolescència (9-18 anys)	1111	41'3
Adults (+ 18 anys)	<u>62</u>	<u>2'3</u>
	2.689	100

Com era d'esperar, les dues terceres parts de les consultes afecten els homes; precisament la problemàtica escolar, per mentalitat social, afecta considerablement més els nois en tant que s'espera d'ells que s'obrin camí i és per això que socialment es fa un èmfasi particular superior a qualsevulla dificultat que afecti els nois.

La distribució per edats ens fa veure com l'edat escolar i, sobretot, el que hem enquadrat dintre l'adolescència, s'emporten pràcticament el 82 % de les consultes realitzades. Hi ha deteccions difícils de fer a la primera infància i, pel que fa als adults, s'han superat ja les etapes més conflictives de la vida.

De totes maneres, la correlació edat/sexe és prou interessant:

<u>Sexe</u>	<u>-5 anys</u>	<u>5-8 anys</u>	<u>9-18 anys</u>
Homes	15'1	42'7	42'2
Dones	<u>19'5</u>	<u>37'9</u>	<u>42'6</u>
	16'7	41'-	42'3

Les noies fan objecte d'una consulta, sobretot a la primera infància; és a dir, interrogants que es plantegen els pares amb tota evidència ja des dels seus primers anys de vida. Els nois, en canvi,

predominen relativament a l'edat escolar quan l'escola comença a veure unes dificultats d'aprenentatge a l'aula. Se'ns confirmaria el que dèiem fa un moment entorn de la problematització^{superior} de les conductes i de les actituds dels nois a l'escola.

4.2 L'escolarització

A quina forma d'ensenyament està integrada la persona que fa l'objecte d'una consulta? Aquesta és una dada extraordinàriament interessant en tant que defineix fins a cert punt qui és que ha estat preocupat davant les manifestacions de la persona (evidentment això no afecta a la persona adulta). La distribució és la següent:

<u>Està escolaritzat?</u>	<u>Nombre</u>	<u>%</u>
Escola normal	2321	88'9
Escola especial	62	2'4
No està escolaritzat	<u>228</u>	<u>8'7</u>
	2.611	100

La majoria de les deteccions de problemàtiques són fetes des de l'escola normal; però ens sembla molt important aquest percentatge de nois i noies que vénen del carrer i que no estan escolaritzats. ~~encara~~.

~~Es precisament el carrer qui juga avui un important paper socialitzador i les problemàtiques que genera, almenys en part, fan l'objecte d'una consulta als diversos centres.~~

4.3 L'edat dels seus pares i el seu estat civil

Es una altra dada demogràfica que resitua a un nivell purament descriptiu l'extracció socio-familiar dels qui han fet l'objecte d'una consulta.

Pel que fa a l'edat, la distribució és la següent:

<u>Intervals d'edat</u>	<u>Referida als pares</u>		<u>Referida a les mares</u>	
- 30 anys	194	16'9 %	399	21'7 %
31-40	929	52'3	971	52'8
41-51	498	28'4	381	20'7
+ 51 anys	<u>156</u>	<u>8'8</u>	<u>87</u>	<u>4'7</u>
	1.777	100	1.838	100

El quadre només ens revela, com era d'esperar, una edat mitja superior en els homes per damunt de les dones. Precisament, la correlació de l'edat de les persones objecte de la consulta amb l'edat dels seus progenitors només fa que confirmar aquesta observació. Ni val la pena de transcriure el quadre de la correlació de referència, puix que es veu que, pels pares, quan aquests tenen menys de 30 anys, els qui han

motivats la consulta tenen menys de 5 anys d'edat i, quan els pares es troben a l'interval entre els 31-40 anys, la persona objecte de la consulta es troba a l'edat escolar. Quan el pare té més de 40 anys la consulta és feta entorn d'un adolescent.

Les mares, en canvi, quan tenen més de 31 anys, ja han fet la consulta sobre un adolescent; i quan l'objecte de la consulta és una persona menor, les mares es troben també sota el límit dels 31 anys.

Per altra banda, pel que es refereix a l'estat civil dels pares, només observem un 8'1 % de situacions irregulars (separats, vidus, mares solteres o difunts); i aquesta és una dada que es correspon amb la globalitat de la població. És difícil poder endevinar una relació entre l'estat civil dels pares i la patologia dels fills.

La distribució és la següent:

<u>Estat civil dels pares</u>	<u>Nombre</u>	<u>%</u>
Casats	2478	91'9
Separats	134	5'-
Mare vídua	54	2'-
Pare vidu	12	0'4
Mare soltera	9	0'3
Difunts	8	0'3
	<u>2.695</u>	<u>100</u>

4.4 El lloc de naixement dels pares

Es una dada mancada d'informació puix que entorn del 66 % de les històries aquesta dada no hi constava.

Malgrat tot, s'observa una idèntica proporció tant en els pares com en les mares del pes de la immigració; exactament el 67'6 %, les dues terceres parts. Faltaria saber la identificació exacta dels períodes que aquests immigrants van fer un assentament al Maresme. La dada, doncs, queda purament a un nivell descriptiu. I ni tan sols permet identificar la problemàtica en els fills de la immigració, perquè manca massa informació per a poder-ho dir; el risc d'error és massa fort.

5. Els nivells socio-econòmics de les famílies de les persones objecte de la consulta

Aquesta és una aproximació indirecta a la realitat socio-econòmica de les famílies consistint bàsicament en l'anàlisi de diverses variables d'interès: el dimensionat de la família (nombre de germans i altres persones visquent a la llar), la situació laboral dels progenitors, la ubicació perifèrica o central del domicili i l'adscripció a

la seguretat social com a sistema de protecció. Anem a treballar ràpidament sobre aquests diversos extrems.

5.1 El dimensionat de les famílies

Són les nostres famílies sobrecarregades de persones?

Pel que fa als fills, tenim les dues relacions següents:

-9'9 % de les famílies són de fill únic, i

-25'9 % de les famílies tenen més de tres fills (una quarta part)

Per altra banda, pel que fa a altres persones visquent a la llar a més dels pares, sabem que pràcticament la quinta part (el 19'7 %) són famílies on almenys hi ha una persona no perteneixent al nucli familiar.

Aquestes dades es corresponen a les famílies sobre les que efectivament es posseeix informació al respecte; però, per tal d'ajustar-nos més a la realitat, si tenim compte de la globalitat de totes i cadascuna de les famílies, (es tingui o no informació), veiem que el 22'9 % de les famílies tenen més de tres fills i en 8'4 % d'elles hi ha almenys un membre que no pertany a la família nuclear.

Hem de pensar que aquestes proporcions són prou elevades per a interpretar que, en general, es tracta de famílies més aviat nombroses, almenys pel que es refereix al nombre de membres.

5.2 La situació laboral dels pares

Desgraciadament, ens manca el 40 % de la informació tant referida als pares com a les mares; és a dir, treballem només amb el 60 % restant.

La distribució de referència és la següent:

<u>Activitat laboral</u>	<u>Referida al pare</u>		<u>Referida a la mare</u>	
Per compte d'altre	1135	70'1 %	453	28' - %
Per compte propi	248	15'3	234	14'5
Es troba a l'atur	155	9'6	34	2'1
No treballa	75	4'6	52	3'2
Fa les feines de la llar	5	0'3	846	52'3
	1.618	100	1.619	100

La incidència de l'atur és sensiblement baixa, és la primera observació que es pot fer; amb tot, es pot pensar amb una proporció d'atur encobert en la important proporció de dones que fan les feines de la llar.

Per altra banda, només el 15 % de famílies tenen recursos propis, quedant configurada la globalitat d'aquesta població com assalariada.

5.3 El barri de residència

Diem d'entrada que el 70 % de les històries no tenen motivació concreta per a definir-se dintre de la categoria de viure en un barri perifèric en oposició al centre de la ciutat; només 799 històries podien fer-ho corresponent-se amb les poblacions més urbanes de la comarca: Mataró, Premià de Mar i Vilassar de Mar.

De totes maneres, d'aquest 30 % que ho pot identificar, les tres quartes parts (74'2 %) diuen habitar un barri perifèric; el que permet definir uns nivells d'assentament ben definits.

5.4 L'adscripció a la seguretat social

En el context d'un 42'8 % d'absències en aquesta dada, només 3'6 % diuen no estar adscrits al règim de la seguretat social; realment és una proporció tanmateix ben poc significativa.

...

...

El perfil socio-econòmic de les famílies vindria definit per les induccions següents:

- molts membres a la llar,
- població assalariada,
- notable proporció visquent a una perifèria urbana, i
- imperceptible no adscripció a la seguretat social.

Hem de concloure, doncs, que es tracta fonamentalment de gent treballadora amb uns nivells socio-econòmics migs a una comarca a l'entorn industrial i agrícola com és la del Maresme.

6. Els motius de la consulta

Per quin motiu es va als diversos centres de la comarca? Fem una atenta lectura de la distribució de referència:

	<u>nombre</u>	<u>%</u>
Problemes de rendiment escolar	848	31'5
Alteracions de conducta	444	16'5
Alteracions de llenguatge	435	16'2
Altres	377	14'-
Alteracions de personalitat	235	8'7
Transtorns específics	185	6'9
Alteracions funcionals	114	4'2
Problemes psicosomàtics	<u>54</u>	<u>2'-</u>
	2.692	100

Malgrat la important proporció d'aquest calaix de sastre ("altres"),

és evident que les motivacions de la consulta vénen dominades pel gran allau de factors que, d'una banda, més preocupen la gent i, per l'altra, són de més fàcil lectura per qui observa des de l'exterior sense un coneixement de causa: el rendiment escolar, el llenguatge i la conducta.

A l'altre extrem de la distribució, hi ha els problemes que han pogut motivar a una persona relativament entesa en el tema: les qüestions de personalitat, els trastorns específics entorn dels quals no s'hi para massa atenció, les alteracions funcionals i, en una proporció tanmateix ben minsa, els problemes psicosomàtics.

Efectivament, pel que es refereix al motiu de la consulta aquesta distribució era ben esperable.

6.1 Les motivacions de la consulta segons el sexe

Es interessant veure ara si hi ha diferències en les motivacions quan es tracta d'un noi o d'una noia. La correlació és aquesta:

<u>Motius de la consulta</u>	<u>Homes</u>	<u>Dones</u>
Alteracions de conducta	69'7	30'3
Trastorns específics	56'-	44'-
Problemes de rendiment escolar	64'9	35'1
Problemes psicosomàtics	48'1	51'9
Alteracions funcionals	72'8	27'2
Alteracions de llenguatge	69'4	30'6
Alteracions de personalitat	56'6	43'4
	65'1	34'9

Els nois motiven la consulta per alteracions funcionals (enuresi, encopresi), per problemes de conducta i per alteracions de llenguatge. Les noies, en canvi, per problemes psicosomàtics, per trastorns específics i per alteracions de personalitat. I és curiós constatar com els problemes de rendiment escolar motiven de manera semblant els uns i els altres.

Es tot el que podem afirmar a partir d'aquesta correlació.

6.2 Les motivacions de consulta segons l'edat

Ens interessa ara veure si hi ha diferències en les motivacions de la consulta tenint compte de la variable de l'edat. D'una banda, aquesta correlació defineix unes tendències; però, de l'altra, ens permet definir el tipus de deteccions que realitzen els responsables educatius, pares o mestres, respecte a la problemàtica que presenten els educands.

La primera lectura que es proposa és la del quadre que refereix aquesta correlació:

<u>Notius de la consulta</u>	<u>- 5 anys</u>	<u>5-8 anys</u>	<u>9-18 anys</u>
Alteracions de la conducta	13'8	36'8	49'4
Transtorns específics	45'6	31'9	22'5
Rendiment escolar	43'6	47'8	46'7
Problemes psicossomàtics	13'2	22'6	64'2
Alteracions funcionals	9'8	47'3	42'9
Alteracions llenguatge	28'7	50'6	20'7
Alteracions personalitat	12'-	34'6	53'4
	15'7 (361)	43'- (987)	41'2 (945)

El ~~que~~ que es sol detectar de manera més generalitzada a la primera infància són els trastorns específics (tics, terrors nocturns, sonambulisme, tartamudeig, problemes psicomotrius...) i, també amb menys importància les alteracions de llenguatge.

Entre els 5 i els 8 anys, la problemàtica es concentra manifestament en els problemes de rendiment escolar i les alteracions funcionals (enuresi i encopresi) i, encara amb més força, les alteracions de llenguatge. És l'edat en la que es comencen a fer els aprenentatges escolars i és per això precisament que la detecció dels problemes ~~es~~ ^{es concentra} ~~afecten~~ als que generen dificultat a l'escola.

Entre els 9 i els 18 anys, coincidint amb les etapes que van des del nivell mitjà d'EGB fins a l'adolescència pròpiament dita, els problemes psicossomàtics i les alteracions de personalitat despunten amb una força ben considerable, al costat dels problemes de rendiment escolar i les alteracions de conducta.

En general, és evident una correlació entre l'edat i la problemàtica que es pot detectar; hi ha una evolució lògica a cada etapa amb els problemes que es presenten associats a cadascuna d'elles.

7. Els diagnòstics practicats

Una cosa és el que porta o motiva una consulta a un centre de la comarca i una altra molt diferent el diagnòstic efectivament comprovat; això fins el punt que els diagnòstics siguin en general d'una fiabilitat absoluta: moltes vegades és la lectura de la problemàtica real que fan els professionals entorn del que havia estat motiu de la consulta. I aquesta lectura depèn del moment concret de coneixements científics i experimentals que es posseeixen en un moment donat.

Efectivament, un diagnòstic es fa a través d'una sèrie d'intervencions que ^{es} redueixen a tres: interrogatori de la persona implicada o dels qui en poden tenir un coneixement, observació de les manifesta-

cions o signes externs o interns de la patologia i anàlisi clínica dels elements que poden integrar una exploració global. El que és cert és que les tècniques es milloren amb la pràctica i que, sobretot tractant-se dels desequilibris que diuen relació amb la psicologia de la persona, hi ha una clara influència, no solament del moment de la ciència, sinó de la ideologia clínica de la persona que practica el diagnòstic.

Amb aquestes matisacions, veiem la distribució global dels diagnòstics practicats a la comarca del Maresme.

<u>Diagnòstics</u>	<u>Nombre</u>	<u>%</u>
Alteracions de personalitat	681	25'3
Alteracions de llenguatge	280	10'4
Alteracions de conducta	201	7'5
Problemes específics (tics, tartamudeig...)	153	5'7
Deficiència mental mitja	146	5'4
Deficiència mental lleu	143	5'3
Deficiència mental profunda	29	1'1
Alteracions funcionals	89	3'3
Deficiència física	69	2'6
Problemes psicosomàtics	42	1'6
Psicosi	41	1'5
Autisme	5	0'2
Altres	334	12'4
No tornen	291	10'8
Persona normal sense problemes	189	7'-
Total	2.693	100

La primera cosa que es posa en relleu és la determinació diagnòstica que la quarta part dels casos presentats són deguts a problemes de personalitat; i això al costat d'aquest 18 % de casos que, o no tornen i desapareixen per a poder realitzar efectivament un diagnòstic, o són considerats com individus que no pateixen cap mena de trastorn. I si tenim compte, encara, d'aquest 12'4 % de casos que tenen un diagnòstic diferent del presentat a la distribució precedent i que entren dintre el "calaix de sastre" dels "altres", acabem pensant en les greus dificultats de realitzar adequadament una diagnosi, puix que, pel que sembla, només es pot diagnosticar una mica el que és evident.

Dintre d'aquesta evidència, les alteracions de personalitat i de llenguatge s'emporten la tercera part de la distribució, la deficiència mental en tots els seus graus i categories és només el 12 % i els problemes de més difícil lectura (psicosomàtics, psicosi i autisme)

suposen només el 3'5 % de la població diagnosticada. Aquests darrers solen ésser els temes sobre els quals els professionals estableixen una certa distància.

7.1 El motiu que va portar el cas a la consulta i el diagnòstic efectivament realitzat

Anem ara a creuar aquestes dues variables per a veure els possibles lligams o diferències dels diagnòstics per respecte a allò que va motivar la consulta. La correlació és la següent:

<u>Diagnòstics</u>	<u>Motius de la consulta</u>					
	problemes rendiment escol·lar	alteracions llenguatge	alteracions personalitat	problemes psicosomàtics	alteracions funcionals	alteracions conducta
Deficiència mental	55'6	11'2	7'3	0'5	-	8'3
Deficiència física	28'-	24'-	2'-	2'-	-	2'-
Psicosi+autisme	45'5	12'1	6'1	-	-	27'3
Alteracions llenguatge	14'6	76'8	3'4	-	0'4	1'5
Alteracions personalitat i conducta	35'-	9'2	16'8	1'5	3'1	31'1
Problemes psicossomàtics	27'5	2'5	-	57'5	-	10'-
Alteracions funcionals	8'5	1'2	1'2	1'2	78'-	7'3
Problemes específics	35'6	16'8	0'7	-	0'7	4'-
No tornen	32'-	15'4	10'9	4'-	15'3	28'3
Persona normal	35'6	24'8	16'8	0'7	-	16'8
	33'4	20'6	10'7	2'4	5'1	19'5
	(682)	(421)	(218)	(49)	(104)	(397)

= 16'1

En general, hi ha una certa correspondència entre les motivacions de la demanda i el diagnòstic realitzat; sobretot, quan es tracta de problemes psicossomàtics o de trastorns funcionals (enuresi, encopresi). Pel que es refereix a les altres motivacions de la demanda, cal matisar una mica més.

I és així que quan la demanda ve motivada per qüestions de llenguatge, fonamentalment és aquest el diagnòstic; però també la deficiència física o, ~~també~~ ^{encara}, es tracta d'una persona sense més problema. Que quan la motivació de la demanda són alteracions de la personalitat, efectivament es tracta per diagnosi de qüestions de personalitat, però

també mantes vegades no es veu cap problemàtica significativa. I encara quan la motivació era un problema de conducta, el diagnòstic a més de la conducta, ha trobat problemes de psicosis i autisme o són persones que desapareixen i sobre les quals no es pot acabar un diagnòstic.

Malgrat aquesta correspondència generalitzada, hem de parlar de la motivació de consulta determinada per un problema de rendiment escolar que suposa nogensmenys que la tercera part dels motius de les consultes realitzades. La resposta de la diagnosi es concentra significativament en la deficiència mental i la psicosis o l'autisme; però també és una alteració de la personalitat i conducta, un problema específic (tics, terrors nocturns, sonambulisme, tartamudeig, problema psicomotiu, etc.) o una persona que no presenta cap problemàtica determinada.

Això també ens porta a veure com, sovint, es descobreixen més problemes dels que hi ha en realitat, puix que les proporcions altes de persones considerades perfectament normals es donen, per aquest ordre, quan la motivació de la consulta era o una alteració de la personalitat, o una alteració de llenguatge, ~~o una alteració de conducta~~ o un problema de rendiment escolar. Aquest extrem ens il·lustra sobre la importància dels factores socials en el tractament i diagnosi de les patologies que es donen a la comarca, en tant que els factors de personalitat, de llenguatge, ~~de conducta~~ i de rendiment escolar deriven als centres bon nombre de casos darrera els quals, efectivament, no hi havia cap mena de problema. Aquesta és una inducció que no hauria de deixar indiferent a ningú.

7.2 Els diagnòstics per edat i sexe

Es interessant veure ara el tipus de diagnòstic realitzat segons l'edat i el sexe. La correlació és la que segueix:

<u>Diagnòstics</u>	<u>Homes</u>	<u>Dones</u>	<u>"</u>	<u>-5anys</u>	<u>5-8 anys</u>	<u>9-18 anys</u>
Deficiència mental	57'4	42'6	"	19'4	36'3	44'4
Deficiència física	58'-	42'-	"	37'3	37'3	25'4
Psicosis+autisme	73'9	26'1	"	29'5	47'7	22'7
Alteracions llenguatge	71'3	28'7	"	27'-	50'-	23'-
Personalitat i conducta	68'-	32'-	"	10'7	41'-	48'3
Prob.psicosomàtics	61'9	38'1	"	14'6	34'1	51'2
Alteracions funcionals	67'4	32'6	"	6'9	50'6	42'5
Problemes específics	54'3	45'7	"	24'2	53'6	22'2
No tornen	65'3	34'7	"	14'4	28'4	57'2
Persona normal	66'1	33'9	"	18'4	47'-	34'6
	65'3	34'7	"	16'8	41'5	41'7
	(1538)	(817)	"	(386)	(956)	(960)

Si agafem la distribució segons el sexe, es veu clar que en els homes les diagnosis predominants són les de psicosi i autisme, les alteracions de llenguatge, les alteracions de personalitat i conducta i les alteracions funcionals (enuresi, encopresi).

Les dones, en canvi, despunten en els problemes específics (tics, terrors nocturns, sonambulisme, tartamudeix, problemes psicomotrius...), en la deficiència mental, la deficiència física i els problemes psicosomàtics.

No podem endevinar diferències significatives en els casos que es tracta de persones normals i en els que no es pot acabar el diagnòstic perquè no tornen.

Ens sembla que aquesta relació es manté molt a un nivell purament descriptiu; l'única cosa que podem dir és que els factors socials en el tractament i la diagnosi que havíem descobert anteriorment, afecten igualment quan es tracta de nens o de nenes.

Més interessant sembla la distribució segons l'edat. En efecte, a la primera infància, els diagnòstics més freqüents incideixen en la deficiència física, en la psicosi o l'autisme, en les alteracions de llenguatge, en els problemes específics (tics, terrors nocturns, sonambulisme, tartamudeig, problemes psicomotrius...) i, també, amb molta menys relevància, la deficiència mental.

A l'edat escolar, entre els 5 i els 8 anys, els diagnòstics accentuen, sobretot, els problemes específics; però també les alteracions funcionals (enuresi, encopresi), les alteracions de llenguatge, la psicosi o l'autisme i el fet que la persona no acabi presentant cap mena de problemàtica.

Finalment, l'adolescència (entre 9 i 18 anys) és la que denota més casos en els que no s'ha pogut realitzar efectivament un diagnòstic i els problemes psicosomàtics; quedant a un segon pla les alteracions de la personalitat i la conducta i la deficiència mental.

Pel que es refereix a l'edat, doncs, a part l'aspecte purament descriptiu de la relació, hem de constatar la gran dificultat de fer un diagnòstic a les etapes que hem anomenat de l'adolescència perquè les persones solen desaparèixer, i també la incidència d'aquells factors socials en el tractament i diagnosi reduïda quasi exclusivament a les edats abans dels 8 anys i de manera més forta entre els 5 i els 8 anys. En aquests intervals d'edat, qualsevol alteració de la normalitat esperada, motiva considerablement els pares i l'escola a recórrer a la consulta d'un centre autoritzat... i no són pas pocs els casos en què l'angoixa produïda per la situació era inútil en tant que es tractava d'una persona absolutament normal i sense problema.

8. L'orientació rebuda dels centres

Realitzat el diagnòstic, els diversos centres donen unes indicacions de tractament i resposta a la situació patològica ^{observada} ~~analitzada~~; és el que ens proposem analitzar ara. Heus aquí la distribució de les orientacions donades pels diversos centres a la globalitat de la població estudiada.

<u>L'orientació donada</u>	<u>Nombre</u>	<u>%</u>
Reeducació	405	15'9
Psicoteràpia	403	15'8
Orientació als pares	254	10'-
Orientació a la guarderia	9	0'4
Orientació als mestres	168	6'6
Permanència a l'escola EGB amb un ajut	151	5'9
Logopèdia	146	5'7
Escola especial	142	5'6
Estimulació precoç	80	3'1
Taller ocupacional	49	1'9
Fisioteràpia	22	0'9
Centre de psíquics	14	0'5
Escola especial paràlisi cerebral	11	0'4
Altres	321	12'6
No tornen	376	14'7
Total	2.551	100

La tercera part de les orientacions s'encaminen vers la reeducació o la psicoteràpia en la mateixa proporció cadascuna d'elles; ambdues exigeixen un tractament desinstitucionalitzat que respon clarament a una tendència actual en la comprensió de la problemàtica en salut mental. (Tinguem en compte que a la comarca només hi ha un centre (Calella-Malgrat) que disposi efectivament de la pràctica psicoterapèutica, al costat dels nombrosos centres de reeducació existents).

El tractament institucionalitzat (escola especial típica o de paràlisi cerebral, taller ocupacional i centre de psíquics) són relativament poques (8'- %) les orientacions donades; no considerant tractament institucionalitzat ni la logopèdia, ni l'estimulació precoç ni la fisioteràpia que, de fet, es poden fer ambulatòriament. Se'ns confirma, doncs, la voluntat de desinstitucionalització d'aquestes orientacions.

A una sexta part dels casos (14'7 %) no es pot arribar a fer una orientació perquè desapareixen i aquí també hi ha un famós calaix de

sastre, "altres" (12'6 %) que ens manté en la ignorància de gran part de les possibles orientacions donades pels centres.

Observem, també, com no és pas un recurs infreqüent donar una orientació pedagògica als pares, als mestres, a la guarderia o a l'escola habitualment freqüentada per l'interessat; suposa nogensmenys que el 17'9 % de les orientacions efectivament donades.

Tot plegat ens fa pensar en la importància atorgada al medi social de vida intentant defugir, almenys pel que es refereix a l'orientació, ~~xxxxx~~  un procés fàcil d'internament en institució de les persones que han estat objecte de la consulta.

8.1 El motiu de la consulta realitzada i l'orientació efectivament donada

Ens interessa ara veure l'acord o desacord manifest entre les motivacions de la consulta i la resposta orientativa efectivament donada pels centres. Només treballarem amb les formes d'orientació que hem vist que són més freqüents en la distribució precedent. La correlació és la següent:

<u>Orientacions donades</u>	<u>Motivacions de la demanda</u>						
	Alteracions conducta	transstorns específics	rendiment escolar	problemes psicossomàtics	alteracions funcionals	alteracions llenguatge	alteracions personalitat
Psicoteràpia	32'2	4'8	27'3	2'9	11'8	7'8	13'1
Reeducació	11'1	4'1	52'4	-	2'4	22'6	7'3
Orientacions diverses	17'2	4'5	35'8	0'5	3'8	22'2	16'9
No tornen	27'8	4'-	31'8	5'8	5'5	12'2	12'8
	21'8	4'3	36'8	2'2	5'8	16'3	12'6
	(320)	(64)	(541)	(32)	(86)	(240)	(185)

Quan l'orientació no és possible donar-la perquè s'ha desaparegut, el motiu de la demanda era, sobretot, un problema de conducta o una alteració psicossomàtica.

La psicoteràpia respon sempre i majoritàriament a un problema de conducta com a demanda o a una alteració funcional (enuresi, encopresi).

La reeducació, en canvi, s'adequa a una demanda motivada per problemes de rendiment escolar o per alteracions de llenguatge.

Finalment, les orientacions diverses a pares, mestres o institucions es corresponen a una demanda motivada per les alteracions de llenguatge o de personalitat.

Hom té la impressió que les motivacions que porten un cas a la consulta, pel que fa a les orientacions efectivament donades, es correspon en part; és per això que quan la consulta és motivada per una alteració funcional s'indica orientativament la psicoteràpia i que quan el motiu és una alteració de personalitat s'acaba orientant el centre educatiu o els mateixos pares.

Tot plegat, és una mostra més de la difícil lectura dels educadors i responsables al respecte.

8.2 L'orientació donada en relació amb el diagnòstic practicat

Més interessant és aquesta relació que permet portar l'anàlisi fins la mateixa coherència dels diversos centres de la comarca. La relació és la següent:

<u>Orientació donada</u>	<u>Diagnòstics</u>									
	Deficiència mental	Deficiència física	psicosi+ autisme	alteració llenguatge	personalitat i conducta	problemes psicossomàtics	alteracions funcionals	problemes específics	no tornen	individu normal
Orientació guarderia	3'	3'	1'	11'	25'	-	-	12'	1'	43'
Esc.EGB amb ajut	17'	4'	-	6'	36'	2'	-	26'	-	9'
Escola especial	72'	6'	9'	2'	7'	-	1'	1'	-	1'
Taller ocupacional	96'	-	-	-	4'	-	-	-	-	-
Tract.personalitzat	15'	10'	1'	50'	9'	0'	0'	12'	0'	0'
Psicoteràpia	2'	-	3'	3'	75'	3'	11'	2'	-	0'
Reeducació	12'	2'	2'	17'	52'	1'	3'	10'	-	1'
Orientació pares	3'	0'	-	11'	53'	-	3'	3'	0'	26'
No tornen	0'	0'	1'	2'	15'	2'	2'	2'	74'	2'
Altres	13'	4'	1'	6'	40'	6'	8'	3'	4'	14'
	14'	3'	2'	12'	38'	2'	4'	6'	12'	8'
	(306)	(64)	(41)	(265)	(840)	(42)	(82)	(146)	(277)	(178)

La lectura del quadre de correlacions precedent és clara. Quan l'orientació donada s'adreça a la guarderia o als pares, el diagnòstic responia bàsicament a una persona considerada normal; però, en el cas de la guarderia té una forta incidència en els anomenats trastorns específics (tics, terrors nocturns, sonambulisme, tarta-

model, problemes psicomotrius...) i en el cas dels pares té un pos-
portant la diagnosi d'alteracions de personalitat i conducta.
Quan l'orientació és el suport a la mateixa escola d'RGB, bàsica-
ment el diagnòstic era la detecció de problemes específics que poden
ésser superats amb un ajut dintre la mateixa escola.
Quan s'orienta cap al tractament personalitzat, es tractava per
diagnòstic, sobretot, d'una alteració de llenguatge (i, per tant, una
intervenció logopèdica); i amb molta menys importància era una defi-
ciència física o un problema o trastorn específic.
L'escola especial o el taller ocupacional són aconsellats, sobre-
tot, en la diagnosi d'una deficiència mental i també en el cas d'una
psicosi o d'un autisme.

La psicoteràpia és indicada, sobretot, en el cas de les alteracions
de la personalitat i de la conducta i, també amb molta menys importan-
cia, quan s'ha detectat una alteració funcional (enuresi, encopresis).
I la reeducació també s'aconseïa en la diagnosi d'alteracions
de la personalitat i conducta i, amb menys importància, en les altera-
cions de llenguatge i en els problemes o trastorns específics.
Finalment, cal dir que no són pas pocs els casos que es perden
tant des de l'orientació com des del diagnòstic.

La lectura anterior ens permet dir que el fet/la psicosi i l'autis-
me siguin derivats sistemàticament a l'escola especial, fa pensar amb
un dèficit comarcal de recursos per a aquest tipus de problemàtiques.
Per altra banda, tant el tractament psicoterapèutic com la reedu-
cació comparteixen els problemes nascuts d'una alteració de persona-
litat o de la conducta. Això vol dir que aquesta mena d'alteracions
són tractades simultàniament com a malaltia mental o com a la necessa-
ria recuperació de certes funcions perturbades d'ordre motor o psico-
motor. No ens considerem aptes a formular judicis de valor entorn de
la bdata d'una o altra orientació donada.

8.3 L'orientació donada en funció de l'edat i el sexe

Hi ha diferències en funció de l'edat i el sexe per respecte a
l'orientació donada? En principi, és una relació que no té massa sentit
puix que l'orientació depèn molt del diagnòstic i no tant de les va-
riables demogràfiques de la persona objecte de l'orientació.
El quadre de relacions de la plana següent ens fa veure una ten-
dència que es donen, de fet i en la pràctica, en aquesta relació
que pretenem llegir.

<u>Orientació donada</u>	<u>Homes</u>	<u>Dones</u>	<u>- 5 anys</u>	<u>5-8 anys</u>	<u>9-18 anys</u>
Orientació a la guarderia	59'9	40'1	20'9	52'5	26'6
Escola EGB amb suport	57'6	42'4	5'3	70'9	23'8
Escola especial	63'2	36'8	17'2	49'7	33'1
Taller ocupacional	69'4	30'6	-	-	100'-
Tract.personalitizat	62'5	37'5	50'8	36'2	13'-
Psicoteràpia	68'7	31'3	8'2	37'9	53'9
Reeducació	68'8	31'2	11'5	49'-	39'5
Orientació als pares	72'7	27'3	21'4	47'6	31'-
No tornen	62'5	37'5	14'3	28'1	57'6
altres	63'-	37'-	11'9	28'8	59'3
Total	65'3 (1663)	34'7 (885)	16'8 (419)	41'2 (1026)	41'9 (1044)

El que es refereix a la distribució segons el sexe, l'orientació donada als pares, el taller ocupacional, la reeducació i la psicoteràpia són les orientacions més freqüents en els nois. Pel que fa a la relació a les noies, el suport a l'escola d'EGB, l'orientació a la guarderia, el tractament personalitzat, els casos perduts i l'escola especial són les orientacions més freqüents. No deixa d'ésser una dada purament descriptiva.

Si tenim compte de la distribució per edats, el tractament personalitzat (fisioteràpia, estimulació precoç, logopèdia,...) té un pes com orientació molt important abans dels 5 anys, a més de l'orientació donada als pares o a la guarderia. Entre els 5 i els 8 anys, tenen un especial relleu les teràpies vinculades directament al món escolar: l'ajut o suport a l'escola d'EGB, l'orientació a la guarderia o als pares, l'escola especial o la reeducació. I fins els 18 anys, el taller ocupacional o la psicoteràpia, a més de la gran abundància relativa de casos que no tornen. Penso que estem encara en el context d'unes relacions tanmateix ben esperables i que ben poca ens aporten a la nostra anàlisi.

9. L'eficàcia de l'orientació

El nostre darrer apartat incideix en la variable de l'eficacitat de l'orientació. La distribució general ja ens fa veure la problemàtica d'un seguiment continuat de la situació; la distribució és la següent:

	<u>Nombre</u>	<u>%</u>
Tractament continuat	757	33'5
Tractament intermitent	156	6'9
S'han perdut	1344	59'5
	2257	100

Aquesta distribució és una invitació a la meditació: només la tercera part dels casos tenen un seguiment continuat i la immensa majoria es perden pel camí. Alguns es van perdre a l'hora del diagnòstic (10'8 %), d'altres van desaparèixer a l'hora de l'orientació (14'7 %) i la resta fins aquest 60 % s'han perdut a l'hora del tractament. Què passa exactament?

L'experiència demostra que els pares no es conformen fàcilment amb un diagnòstic i, desesperadament, van fent la roda dels centres cercant una solució definitiva al problema que es presenta. Sense voler-ho, cerquen que se'ls digui allò que ells esperen. Aquesta pot ésser una primera raó.

Però també és possible que, tractant-se de tractaments llargs, manca constància en la freqüentació del centre i lentament es va abandonant tota teràpia en no observar una millora immediata. Es perd la paciència i els sacrifici que comporta en no observar un èxit ràpid.

Però encara hi ha una tercera raó: és ben possible que els centres no disposin de recursos suficients per a fer un seguiment continuat dels casos tractats. No és impossible pensar en la necessitat de tenir que pactar el tractament des del centre i es fa difícil treballar en aquest sentit, si no es disposa d'un personal suficient degudament disposat.

... ..

Es perden més casos de tractament d'homes que de dones? La correlació té tanmateix ben poca significació; amb tot hi ha una diferència ben poc ostensible ~~xxxxxx~~ favorable al tractament en el cas de les dones i de casos perduts en els homes. Creiem que no val la pena de tenir-la en compte.

9.1 El motiu de la consulta i l'eficàcia de l'orientació

La correlació de referència és la següent:

<u>Eficàcia de l'orientació</u>	<u>Motiu de la consulta</u>						
	alteració conducta	transtorn específic	rendiment escolar	problema psicósoma.	alteració funcional	alteració llenguatge	alteració personalitat
Tractament continuat	17'-	14'6	30'1	2'6	5'-	20'4	10'2
Tractament intermitent	26'6	8'9	36'3	0'8	2'4	18'5	6'5
S'han perdut	20'7	4'5	40'1	2'5	5'2	16'-	10'9
	19'9 (383)	8'2 (159)	36'4 (703)	2'4 (47)	5'- (96)	17'7 (341)	10'4 (200)

Quan la motivació de la demanda era un transtorn específic o una alteració de llenguatge és aleshores que s'ha seguit més fidelment un tractament.

Però si el motiu de la demanda era un problema conductual, el tractament s'ha interromput intermitentment.

I si la motivació era un problema de rendiment escolar és quan s'han perdut més casos pel que fa a l'orientació. En principi, això fa pensar que, com que es tracta de problemes puntuals, qui sap si es perden del fet que no es fa necessària una atenció més acurada. Hom pensa, malgrat tot, que la motivació de les dificultats d'aprenentatge que espanta tant a pares i mestres, no necessàriament s'ha de veure satisfeta per un tractament. Ens podríem preguntar si no es consulta excessivament a aquest respecte.

9.2 El diagnòstic i l'eficàcia de l'orientació

Anem a posar en relació ambdues variables. Heus aquí la distribució:

	<u>Eficàcia de l'orientació</u>										<u>Diagnòstics</u>									
	Deficiència mental	Deficiència física	Psicosi i autisme	Alteracions llenguatge	Personalitat i conducta	problemes psicosomàtics	alteracions funcionals	problemes específics	no tornen	persona normal										
Tractament continuat	17'9	5'7	1'1	11'-	40'2	1'7	4'2	8'7	0'8	8'9										
Tractament intermitent	27'8	3'3	4'-	10'6	36'4	1'3	2'-	11'9	2'-	0'8										
S'han perdut	10'8	1'6	2'3	10'7	38'-	1'9	3'8	2'8	22'1	6'-										
Total	14'4 (290)	3'1 (62)	2'- (41)	10'8 (217)	38'6 (777)	1'8 (36)	3'8 (76)	5'5 (110)	13'5 (272)	6'6 (132)										

El tractament continuat es sol donar quan el diagnòstic havia estat de deficiència mental, de transtorns específics, d'alteracions de la personalitat i la conducta i de deficiència física. Generalment, per diagnosis que incideixen en aspectes que necessiten una certa meticulositat.

Es molt clar, malgrat tot, que la deficiència mental, els problemes específics, a més de la psicosi i l'autisme, són ~~xxxx~~ diagnòstic en els que s'hi experimenta una unotable intermitència del tractament.

Finalment, no causa cap ~~sorpresa~~ veure com els casos sobre els quals no s'ha pogut fer un diagnòstic, acaben perdent-se també a l'hora del tractament.

Ens sembla important destacar la gran intermitència del tractament quan es tracta de problemes o transtorns específics (tics, terrors nocturns, sonambulisme, tartamudeig, problemes psicomotrius...) i la hipòtesi que es suggereix per a explicar-ne la relació és el fet que la desaparició del símptoma no necessàriament fa desaparèixer la causa que el provocà: aquesta seria una possible explicació de les anades i tornades quan s'ha diagnosticat aquesta patologia.

9.3 L'orientació donada i la seva eficàcia

Es interessant veure ara si l'eficàcia de l'orientació està lligada a una indicació determinada. La correlació és la següent:

<u>Eficàcia de l'orientació</u>	<u>Orientació donada</u>										
	orientació a la guarderia	suport a l'esco- la d'EGB	escola especial	taller ocupacional	tractament personalitzat	psicoteràpia	reeduació	orientació als pares	no tornen	altres	
Tractament continuat	9'3	6'3	9'4	2'3	14'2	20'6	12'4	10'5	0'3	14'7	
Tractament intermitent	1'3	5'3	10'6	6'6	19'9	12'6	33'1	6'-	0'7	4'-	
No tornen	3'7	4'8	5'-	1'6	6'7	16'5	16'4	7'1	27'2	10'9	
Total	5'4	5'4	6'9	2'2	10'2	17'6	16'2	8'2	16'2	11'7	
	(118)	(116)	(150)	48	(220)	(382)	(351)	(178)	(350)	(254)	

Els diagnòstics de l'orientació a la guarderia o als pares, l'escola especial, el tractament personalitzat (fisioteràpia, estimulació precoç, logopèdia...) i la psicoteràpia solen ésser els tractaments més continuats.

La reeducació és, de molt, el tractament més fet amb intermitències (qui sap si per les causes que apuntàvem més amunt); a més de l'escola especial, la reeducació i el taller ocupacional.

I, evidentment, l'abundància més forta dels que ni tan sols s'ha pogut donar una orientació és la que es correspon amb els que no tornen.

10. A manera de reflexió inductiva

1ª/ La recollida d'informació efectuada en els diversos centres, vora la tercera part ha estat realitzada a l'EAP de Mataró. La seva situació a la capital de la comarca, l'àmbit territorial de la seva dedica-

ció i la funció d'assessorament als diversos centres escolars de la comarca expliquen que l'EAP sigui el centre neuràlgic del Maresme. Amb el ^{CHM} de Calella-Malgrat s'acumula més de la meitat de la informació recollida, ~~de fet, el de Calella és també d'àmbit comarcal, encara que la seva funció sigui força diferent.~~

Malgrat tot, els centres psicopedagògics municipals han proporcionat un allau d'informació que suposa més de la tercera part de la globalitat. És en aquest context que el Centre Psicopedagògic del Maresme, el més antic de la comarca, apareix com d'una activitat sensiblement inferior.

2ª/Podem donar un perfil simplificat dels diversos centres estudiats definint-los per les característiques que els singularitzen.

Sense matisos, podem dir que el Centre Psicopedagògic del Maresme és el de la primera infància abans dels 5 anys, que l'EAP de Mataró i el psicopedagògic de Vilassar es dediquen, sobretot, entre els 5 i els 8 anys d'edat i que el ^{CHM} de Calella i el psicopedagògic de Premià tenen una important clientela entre els 9 i els 18 anys.

¶ encara podem dir que el Psicopedagògic de Mataró rep molta demanda motivada per trastorns específics (tics, terrors nocturns, sonambulisme, tartamudeig, problemes psicomotrius...), que el ^{CHM} de Calella rep una demanda centrada en els problemes de conducta i que l'EAP de Mataró i els psicopedagògics municipals es centren en problemes de rendiment escolar i de llenguatge.

El diagnòstic més freqüent al Centre Psicopedagògic de Mataró és el ^{de} deficiència mental, que els de l'EAP de Mataró i el ^{CHM} de Calella són les alteracions de personalitat o de la conducta, que a Vilassar hi abunden els problemes específics i les persones que no tenen cap problema concret i que a Premià es diagnostiquen problemes de llenguatge o simplement desapareixen per a poder fer efectivament un diagnòstic.

Podem dir també que l'orientació donada al Psicopedagògic del Maresme es centra o en els tractaments personalitzats (fisioteràpia, estimulació precoç, ^{psic}lopèdia...) o en l'encaminament cap a l'escola normal, que l'EAP de Mataró orienta significativament cap a la reeducació i la psicoteràpia, que el ^{CHM} de Calella es dedica especialment a la psicoteràpia o perd els casos a l'hora de l'orientació i que els psicopedagògics municipals fan una important orientació o a la guarderia o als pares, amb recursos diversos a Vilassar com l'ajuda a la mateixa escola o la reeducació i amb un important nombre de casos a Premià que es perden.

Finalment, hem de dir que el Centre Psicopedagògic del Maresme és

el que menys casos perd a l'hora del tractament, en contrast amb l'EAP de Mataró que és el centre que en perd més.

3^a/ Tenint compte la seqüència temporal de la demanda estudiada des del 1981 al 1986 sembla que s'ha donat un desplaçament des de les grans poblacions a les petites i dels punts més urbans i concentrats a una dispersió comarcal cada vegada més vasta.

Aquest fenomen sol estar lligat al coneixement dels serveis i de les diverses possibilitats d'intervenció, encara que no es pot amagar el risc que es derivi a la consulta molta aparent problemàtica que, en la realitat, no és tal; el perill d'etiquetatge innecessari està servit.

Això es confirma en un primer moment quan es contempla el nombre o proporció de les consultes en relació a l'edat dels consultants. En efecte, mentre que abans dels 8 anys la clientela prové majoritàriament dels nuclis poblacionals més grans de la comarca, a partir d'aquesta edat les consultes provenen d'arreu de la comarca. Això porta a sospitar que es fa passar per la clínica molta problemàtica que hauria d'ésser afrontada pels camins dels serveis socials i de les atencions bàsiques en els mateixos llocs de residència.

⊗ 36 h I, quan es contempen els motius de les consultes, aquella confirmació encara és més evident: els símptomes de més fàcil lectura i visibilitat (la conducta, els trastorns específics, el rendiment escolar, les alteracions funcionals i les de llenguatge) es llegeixen fàcilment arreu de la comarca; via per la qual es deriva o es pot derivar a la clínica tot allò que problematitza la quotidianitat.

4^a/ El naixement dels psicopedagògics municipals impulsa una embranzida forta al nombre d'informacions els anys 1983 i 1984 per a tornar a una certa constant a partir d'aquestes dates.

Amb tot, el que sí és molt clara és l'evolució experimentada en les motivacions de la consulta a través d'aquests anys, puix que s'ha passat d'una preocupació majoritària única entorn del rendiment escolar a una derivació molt més complexa centrada en els problemes de personalitat, del llenguatge, de la conducta i a la lectura de trastorns específics i d'alteracions funcionals.

L'oferta de més serveis i l'existència de més recursos genera a l'ensens més diversificació de ^{la} problemàtica que es deriva a la consulta. Hom té dret a preguntar-se si no és aquest un indicati ostensible de què s'ha operat una certa dispersió de la demanda mateixa; és a dir, de tota una problemàtica centrada únicament o quasi a l'escola,

Tot plegat i per superar adequadament aquestes contradiccions, el que sembla evident és la gran necessitat de coordinació entre els centres existents i els serveis socials de base; sense aquesta coordinació és quan hi ha el risc d'atendre a una problemàtica concreta del menor independentment d'una intervenció prop de la família, l'escola o el món concret d'aquella persona que, tingui l'edat que tingui, està patint la pressió de les relacions socials d'un medi que li provoquen unes determinades reaccions. O es fa una labor conjunta decidida i eficaç, o estem sempre a la corda fluixa d'una situació que tendirà a fer una lectura de determinades anomalies manifestades per la persona sense tenir compte o prescindint del medi socio-econòmic-cultural que les provoquen o que almenys en són la causa immediata.

s'ha derivat a fer una lectura més àmplia i global manifestant àdhuc una patologia diferent que cerca l'ajut dels diversos centres.

Això podria ésser un primer indicador que la hipòtesi que ens plantejàvem al començament podria veure's confirmada; d'un tractament i intervenció feta primordialment sobre la deficiència mental, s'hauria derivat cap a un cert tipus de desordre i de malalties mentals caracteritzades per una alteració global de la personalitat (neuropaties i psicopaties).

5ª/ Demogràficament, hi ha un perfil clarament delimitat per les característiques següents:

- predomini dels homes,
- gran abundància d'històries referides a persones entre els 5 i els 18 anys; és a dir, l'edat escolar i l'adolescència,
- tendència manifesta de derivar les nenes a la consulta abans dels 5 anys i els nois després d'aquesta edat,
- la quasi totalitat ja es troben integrats a l'escola normal,
- només una petita proporció, per altra banda esperable, viuen un ambient familiar desestructurat, i
- una bona proporció dels progenitors són fills de la immigració.

Hom s'atreveiria a dir que ens movem en un context social i familiar en la que es problematitza molt més la conducta dels nois per damunt de les noies i que, sobretot, aquesta situació s'aguditza especialment a partir de l'entrada a l'escola. No per esperada aquesta constatació deixa de tenir un considerable interès.

Per altra banda, el perfil socio-econòmic de les famílies de pertinença dels consultants, ens remet comparativament a una realitat social força extesa a la comarca del Maresme: molts assalariats, abundància de membres a la llar i relativa presència de llars visquent en perifèries urbanes. Ja sabem que, en general, a l'assistència social organitzada no hi sol acudir precisament la classe dirigent; aquesta és una constant històrica i actual.

6ª/ La consulta té una motivació en els pares o responsables educatius nascuda precisament de la lectura que fan aquests de determinades manifestacions considerades, almenys, com a preocupants. Aquestes es veuen fortament dominades per les que són d'una apariència clara: la conducta, el llenguatge i l'aprenentatge a l'escola.

Val a dir que la conducta, el llenguatge i les alteracions funcionals (enuresi, encopresi) motiven singularment les preocupacions

que tenen com a centre un noi. I, també, hem de dir que els trastorns específics (tics, terrors nocturns, sonambulisme, tartamudeig, problemes psicomotrius...) i les alteracions de llenguatge són les preocupacions que motiven més a les primeres etapes de la vida.

En aquest sentit, dona la impressió que, a mesura que anem avançant en l'escala de les edats considerades, les manifestacions externes que motiven la consulta es troben cada vegada més seleccionades i diversificades. I és així que d'una problemàtica més o menys manifesta i que condiciona la relació intrafamiliar a les edats més prematures, s'arriba a una que es centra en les alteracions de la personalitat i els problemes psicosomàtics de l'adolescència; passant per l'inici de l'edat escolar on el centre de les preocupacions són les manifestacions que generen dificultat a l'escola (rendiment escolar, alteracions funcionals i problemes de llenguatge).

7ª/ Girant la plana del discurs i intentant fixar ara el nostre esguard en la resposta dels diversos centres a allò que havia estat motiu de preocupació i, per tant, de derivació d'una situació, en principi, problemàtica a la consulta, ens podem permetre almenys dues consideracions que són d'un enorme interès.

La primera és la que diu que no hi ha raó a descriure una patologia determinada perquè la diagnosi practicada revela que es tracta d'una persona normal: i això es dona en el 7 % dels casos. I els pares o responsables educatius havien derivat aquesta persona a la consulta motivats, sobretot, per dificultats de rendiment escolar, per problemes de llenguatge o per alteracions de personalitat. I aquesta declaració diagnòstica de no problemàtica es dona manifestament abans dels 8 anys d'edat i, sobretot, entre els 5 i els 8 anys que és l'inici de l'edat escolar.

Això ens revela com, sovint, es deriven problemes a la consulta que no mereixen, de cap manera, un tractament clínic i que havien d'ésser resolts en el propi mitjà de vida familiar o escolar a través d'uns serveis socials ben pensats que permetin modificar l'entorn social que motiva la conducta, no estimula adequadament el llenguatge o produeix un aparent desequilibri de la personalitat. Estem en un terreny en el qual potser s'intenta resoldre des de la clínica problemes que no tenen res a veure amb ella i, per tant, suposen un crit d'atenció a la intervenció dels serveis socials i a les mateixes instàncies d'ensenyament.

La segona es refereix a la notable proporció de casos (10'8 %) que desapareixen i no permeten arribar a la definició definitiva d'un

dictamen diagnòstic. Aquí i ara aquest fet va lligat, sobretot, ^{quan} ~~així~~ ~~xxx~~ la motivació de la demanda era, ~~sobretot~~, una alteració de la conducta i, també amb molta menys força, una afecció somàtica derivada de factors emocionals presents o pretèrits, és a dir, un problema psicossomàtic. I, singularment, les visites no tornen majoritàriament quan es tracta d'un noi o noia entre 9 i 18 anys.

Aquí també hi ha un treball a dur a terme pels serveis socials polivalents en tant que la conducta es troba fortament condicionada pel mitjà social: la família, l'escola i el carrer. Derivats als centres clínics, ni ha estat tan sols possible fer un diagnòstic, perquè el problema que motivava la consulta va i ve en funció de determinades circumstàncies ambientals absolutament imprevisibles i incontrolades.



39 h1

Ambdues reflexions ens fan pensar en el gran risc de psiquiatri-
zació o, almenys, de perill d'etiquetatge ~~clínic~~ d'una gran àrea de
conductes que no tenen res a veure amb la patologia mental.

Aquesta visió només fa que confirmar-se quan es contempla la impossibilitat pràctica del centre de donar una orientació perquè han desaparegut; els qui més ho fan són els que hi van recórrer per un problema derivat de la conducta o, també, psicossomàtic. O quan el diagnòstic parlava d'un problema de personalitat i conducta.

I, quan hi ha l'oportunitat de donar una orientació concreta en el cas de les persones que per diagnòsi eren considerades normals, el que solen fer els centres és donar consells pràctics o orientatius al centre escolar o als mateixos pares. De fet, és tot el que poden fer.

El problema s'agreuja considerablement quan es contempla aquest 60 % que acaba definitivament perdent-se a l'hora del tractament. Són precisament els que havien vingut, sobretot, motivats per qüestions de conducta o per dificultats de rendiments escolar. És a dir, una vegada més, el que es necessita no és ^{només} l'ajuda o el suport de la clínica, sinó l'apoi social en el propi medi.

8^a/ Quan contemplem les orientacions donades pels diversos centres, veiem una clara tendència general a la no institucionalització, és a dir, a fer un tractament en règim ambulatori. Aquesta és una resposta molt en consonància amb les tendències actuals pel que es refereix a la salut mental.

El tractament institucionalitzat és recomanat quan el diagnòstic fou tanmateix ben explícit; és a dir, es recomana l'escola especial o el taller ocupacional en els casos concrets de la detecció diagnòs-

Si una cosa és clara és la necessitat de tractar a l'ensens els problemes que es presenten, no solament des de la clínica, sinó també des del medi social on es produeixen.

La ignorància manifesta ~~sar~~^{de} la població derivant certes problemàtiques a la consulta i interpretant que qualsevulla anomalia és una situació amb problemes psiquiàtrics que ha de fer l'objecte d'un diagnòstic mèdic, a part de caure en la paranoia de buscar una solució definitiva fora de si mateix, fa que el fet de la possible psiquiatrització d'una determinada situació radiqui en la mateixa gent. Cal ésser molt atentents a aquesta tendència generalitzada per tal d'iniciar una acció veritablement pedagògica i correctiva ja des dels mateixos serveis de base. Com en el terreny de l'assistència sanitària en general, hi ha una gran necessitat de procedir a un treball d'educació de la població allà mateix on es manifesten els hipotètics problemes o les conductes i reaccions que no són compreses per la generalitat de la població.

tica d'una deficiència mental en qualsevol dels seus graus i nivells. Però, al costat d'aquesta constatació, observem també com són orientats cap a l'escola especial els diagnòstics de la psicosi i l'autisme. Tenim la impressió que aquesta o és una solució massa fàcil, o hi ha a la comarca una manca de recursos per a aquest tipus de problemàtiques mentals.

9ª/ El tractament, prevís el diagnòstic i l'orientació, és continuat només en una tercera part dels casos. I es sol donar més quan el diagnòstic era de deficiència mental, de trastorns específics (tics, terrors nocturns, sonambulisme, tartamudeig, problemes psicomotrius...), d'alteracions de la personalitat i de deficiència física. Per altra banda, les orientacions efectivament més seguides a l'hora del tractament són les indicacions fetes a la guarderia o als pares, l'escola especial, el tractament personalitzat (fisioteràpia, estimulació precoç, logopèdia...) i la psicoteràpia.

Del conjunt, podem pensar que aquesta problemàtica que estem analitzant no és pas fàcil que sigui assumida pels responsables educatius i, sobretot, pels pares; no la comprenen, no es satisfan d'un sol diagnòstic, troben massa perllongats els tractaments amb tot el que suposa de despeses i molèsties sobreafeegides i no sempre estan convençuts d'haver recorregut al recurs adient esperant com esperen solucions immediates.

III.El Mapa assistencial de les atencions en salut mental
a la comarca del Maresme

Introducció

Aquest capítol només pretén la confecció del mapa assistencial actual pel que es refereix a les atencions en salut mental de la comarca del Maresme. Es tracta de veure la racionalitat que el justifica i la planificació o la manca de visió global que hi ha al darrera.

El conjunt és un llistat de tots els equipaments que existeixen en aquest moment amb la determinació qualitativa i l'especificitat funcional de cadascun d'ells, intentant comparar sistemàticament les línies d'actuació i els objectius que es marquen des de la Generalitat (Mapa de Serveis Socials, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Direcció General de Serveis Socials, 1984) amb la realitat que es troba en funcionament.

La font informativa ha estat la recollida més o menys sistemàtica feta per un grup d'estudiants d'assistència social de l'Escola de Treball Social de la mateixa Generalitat; fou una pràctica realitzada dintre l'escola i el conjunt suposa un contingut extraordinàriament ric, però que no ha estat verificat: no és impossible l'existència de petites imprecisions o de matisos mal definits que no poden posar en entredit el conjunt de la informació que aquí es conté.

Ens proposem ara intentar aproximar-nos a la resposta que s'està donant globalment a la problemàtica tal com es presenta. En el rerafons del projecte hi ha la necessitat d'establir la correlació entre necessitats i recursos i, a més, poder sentar i establir elements de resposta a la pregunta inicial i a la hipòtesi de treball que ha encaminat tota la recerca.

En un primer moment, farem una aproximació teòrica a la concepció d'aquesta assistència i dels diversos serveis i equipaments que en depenen. El segon apartat intentarà descobrir les realitzacions efectivament endegades a la comarca. I el darrer espai serà la confecció del mapa assistencial que inclou no solament el gràfic explicatiu sinó el llistat de les diverses institucions, siguin serveis o equipaments.

1. Aproximació teòrica a la concepció d'aquesta assistència

En l'exposició teòrica d'aquesta realitat cal distingir d'entrada entre a) els serveis d'atenció primària adreçats a grups específics de població com és el nostre cas i els serveis amb funcions d'atenció primària i components de treball social vinculats a xarxes de prestació de serveis de benestar distints dels serveis socials; i b) ^{veur}serveis especialitzats i els seus equipaments. Aquesta distinció té la vir-

tualitat de cobrir a bastament tota la xarxa assistencial existent en aquests moments a la comarca del Maresme.

1.1 L'atenció primària

^{constitueix} ~~és~~ el punt d'accés immediat i el graó del sistema de Serveis Socials més a prop de l'usuari i la seva realitat ambiental tant familiar com social. Se^{li} ~~ls~~ atribueix un caràcter polivalent i ~~se~~ s'hi assignen uns objectius genèrics de promoció i contribució al benestar social de tots els ciutadans.

La seva funció ha de permetre articular eficaçment els recursos disponibles amb les necessitats socials detectades a la seva àrea d'actuació -barri, municipi, agrupació de municipis- contribuint a la coordinació i complementarietat amb la xarxa de serveis socials especialitzats i els seus equipaments, així com amb el conjunt de serveis de benestar social.

N'hi ha que s'adrecen amb aquestes funcions d'atenció primària a grups específics de la població i n'hi ha que són components de treball social vinculats a xarxes de prestació de serveis de benestar distints dels serveis socials. Evidentment, aquí ens interessen en tant que, fent funcions de ~~d'~~atenció primària, es dediquen específicament als problemes de la salut mental.

1.1.4 Els serveis amb funcions d'atenció primària adreçats a grups específics de població. Els centres d'atenció a disminuïts (CAD)

Els CAD constitueixen l'àmbit físic i funcional per a l'actuació del servei especialitzat públic d'atenció als disminuïts, especialment dels seus equips multiprofessionals; aquest nivell d'especialització s'ha d'entendre amb referència als Serveis socials d'atenció primària.

El fet que la implantació i definició de la xarxa de serveis socials d'atenció primària encara és minsa, ha comportat que els CAD hagin hagut de realitzar funcions que, per la seva naturalesa, són més pròpies de l'atenció primària; funcions que caldrà anar transferint als serveis socials d'atenció primària a mesura que la xarxa d'atenció primària vagi creixent i concretant-se.

Els CAD són la forma que pren a Catalunya en virtut de les transferències les importants funcions donades a la resta de l'estat a l'INSERSO sobre avaluació i declaració de les situacions d'incapacitat a la Seguretat Social. Els CAD unifiquen les competències i facultats per reconeixement dels drets derivats de la condició de disminuït.

De cada CAD en depèn un Equip de Valoració i Orientació (EVO) que actua en un àmbit territorial, assegurant una atenció interdisciplinària a cada persona que ho necessiti, per tal de garantir-ne la

integració en el seu entorn socio-familiar. Els EVO emeten un informe diagnòstic normalitzat sobre els diversos aspectes de la personalitat i les disminucions del pressuppte minusvàlid i del seu entorn socio-familiar; donen una orientació terapèutica amb determinació de les possibilitats de recuperació i el seguiment i revisió de la mateixa; fan una valoració i qualificació de la pressumpta minusvalidesa en ordre als beneficis, drets econòmics i serveis prevists a la legislació i, periòdicament, revisaran aquestes valoració i qualificació.

L'informe valoratiu dels EVO dóna dret als beneficis següents:

- Prestacions econòmiques periòdiques de la seguretat social per a disminuïts.
- Beques periòdiques del Fons d'Assistència Social (FAS) per a menors de 25 anys atesos en centres especialitzats.
- Prestacions econòmico-assistencials del Pla Unificat d'Ajudes.
- Prestacions de la mutualitat de funcionaris (MUFACE).
- Prestacions de l'Institut Social de les Forces Armades (ISFAS).

Les principals actuacions dels CAD són quatre:

a) Coordinació i racionalització de recursos donant tipus d'ajudes individuals (des de la rehabilitació a l'assistència fins a beques diverses, passant per la promoció professional i laboral) o a entitats (des del manteniment i millora dels centres fins a totes les activitats impulsades pels EVO).

b) Informació i sensibilització del problema al gran públic.

c) Participació dels afectats en les activitats de la comissió per l'Any Internacional del Disminuït.

d) Creació del Consell Català de disminuïts, òrgan de participació, assessorament i coordinació de tota la problemàtica dels disminuïts.

El CAD que correspon a la comarca del Maresme, pels menors de 16 anys és el que hi ha al Passeig de Sant Joan, 20 de Barcelona i, pels més grans de 16 anys, és a la mateixa ciutat al carrer Casanova, 16.

1.1.2 Els serveis en funció d'atenció primària i components de treball social vinculats a xarxes de prestació de serveis de benestar distints dels serveis socials

1.1.2.1 Els Equips d'Assessorament i Orientació Psicopedagògics (EAP)

Són grups formats per professionals de diferents disciplines (psicòlegs especialitzats, pedagogs i assistents socials) que treballen amb l'objectiu comú de tenir cura de la prevenció, detecció, valoració i seguiment de la problemàtica educativa que es produeix en el sector on s'inscriu llur actuació (normalment la comarca). La finalitat

d'aquests equips és oferir a la comunitat una assistència global i integrada per medi de la identificació i jerarquització de les necessitats globals del sector i la solució més adient a les necessitats. Es tracta d'atendre directament els infants i adolescents amb problemes per tal de valorar les causes que els produeixen i incidir en el subjecte i el seu entorn. Els EAP depenen del Departament d'Ensenyament.

Les funcions dels EAP que són sempre complementàries, són: la prevenció educativa amb la detecció i valoració multicisplinària de les necessitats, elaboració del programa de desenvolupament individual i de seguiment, orientació escolar i vocacional, assessorament als mestres i contribució en la realització del disseny del quadre de necessitats del sector. Els professionals que s'hi dediquen són els psicòlegs especialitzats, els pedagogs i els assistents socials. I els destinataris són els nens de les escoles públiques i especialment els que manifesten problemes en tant que són detectats pels mestres o pels pares.

A la comarca del Maresme, l'EAP s'ubica a Mataró com a capital de la comarca.

1.1.2.2 Els psicopedagògics municipals

La gran majoria ^{són} ~~són~~ de dependència exclusivament municipal.

Amb una composició semblant i idèntica als EAP, els psicopedagògics municipals subministren una atenció global i integradora que contempli tant els aspectes educatius com socials, col·laboren en la millora de la qualitat de l'ensenyament i atenen directament els alumnes que presenten dificultats diverses.

Dins dels àmbits familiar, social i educatiu, s'ocupen no solament de l'escolarització efectiva dels menors en edat escolar, sinó de la detecció precoç dels problemes. També, orienten i organitzen activitats de debat i de sensibilització pels pares i els mestres i desenvolupen tasques diverses que poden permetre una millor planificació. Finalment, assisteixen els nens que presenten una determinada problemàtica. Els principals destinataris són els nens de les escoles públiques del municipi.

A la comarca del Maresme, hi ha equps municipals que responen més o menys a aquesta definició a: Alella-Masnou, Argentona, Arenys de Mar, Calella, Montgat, Palafolls, Premià de Dalt, Premià de Mar, Tiana, Tordera, Vilassar de Dalt i Vilassar de Mar. Pineda de Mar també disposa d'un equip semblant.

1.1.2.3 Els Centres d'Atenció Primària en Salut Mental

En el context del programa global d'actuació en l'àmbit de l'assistència psiquiàtrica, la Diputació de Barcelona i dins la classificació per nivells -primari, secundari i terciari- d'una xarxa bàsica integrada, els Centres d'Atenció Primària en Salut Mental s'orienten a la prevenció, orientació, diagnòstic i tractament de la població adulta i infantil d'una mateixa zona geogràfica.

Una de les seves funcions primordials és la reducció de l'internament i la recuperació social de les persones ateses en institucions psiquiàtriques i és per això que es preveu una activitat de seguiment en les diferents etapes del procés terapèutic per tal d'evitar ruptures i assegurar el suport de la seva reinserció al medi familiar.

Aquests Centres tenen sempre un caràcter clínic i és per això que centralitzen la seva actuació ^{quasi sempre} a les institucions hospitalàries.

A la comarca del Maresme aquests centres compartimenten l'atenció en la divisió entre el Maresme nord (d'Arenys de Mar i Arenys de Munt fins a Tordera): Centre d'Assistència Primària en Salut Mental-Unitat Terapèutica d'hospitalització a l'Hospital de Sant Jaume de Calella; i el Maresme sud (des de Montgat fins el límit anteriorment expressat): Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena de Mataró i l'Aliança Mataronina de Mataró (aquesta pels afiliats a la mútua).

Reflexions: A ningú pot passar decapercebut que la mateixa estructuració de l'atenció primària adoleix de defectes prou importants com per dificultar sèriament la seva actuació coordinada; ens referim a la vinculació administrativa, d'una banda, i al problema del finançament, de l'altra. Les dependències diverses fa suposar que la necessària coordinació i les actuacions multidisciplinars d'aquestes instàncies es troben lligades més a la bona voluntat dels professionals que intervenen, que no pas a una racionalització adequadament planificada de la intervenció educativa i social en una mateixa realitat.

Per altra banda, no és pas una qüestió menor la de pensar en una adequada formació, reciclatge i posta en comú de les experiències diverses, per tal de donar suport científic i adequat a la tasca quotidiana del personal que intervé en aquestes àrees d'actuació. Com podem veure més endavant pels mateixos testimonis directes dels professionals, la tasca que s'està duent a terme absorbeix de tal manera les respectives dedicacions que hi queda ben poc espai per a la reflexió crítica del que s'està duent a terme. A l'ensem, també, aquesta sobrecàrrega quotidiana repercuteix necessàriament en la mateixa quali-

tat del servei que desborda per la seva complexitat. Hom té la impressió que s'està duent a terme una importantíssima activitat que es desaprofita com experiència humana i educativa de nous professionals; això és un deute que es pot pagar car a mig plaç.

1.2 Els serveis especialitzats

Es tracta de centres que atenen una població amb elevat nivell d'afectació i que es poden emmarcar dins el concepte ampli de rehabilitació: mèdico-funcional; tractament i orientació psicològica, i evolució i recuperació professional.

1.2.1 Serveis i accions de prevenció comunitària. Serveis de detecció i estimulació precoç.

La detecció precoç és el conjunt d'accions adreçades a la descoberta primerenca de qualsevol trastorn maduratiu en l'infant. Fet el diagnòstic, l'estimulació precoç consisteix en l'acció continuada sobre el medi en que creix el nen, adreçada a facilitar la seva maduració i el seu desenvolupament psicomotriu i que requereix la contínua assistència i orientació psicoterapèutica als pares, educadors o l'actuació directa sobre el mateix nen.

Són precisament els primers anys de vida els més efectius per a dur a terme una tasca encaminada a potenciar al màxim les possibilitats físiques, psíquiques i sensorials dels infants afectats d'alguna disminució de les seves capacitats o amb risc elevat de patir-les.

Hi ha en aquests moments nombrosos i distints serveis sorgits principalment de la iniciativa privada de pares i professionals que han assumit una responsabilitat de la que no se'n havia fet càrrec el sector públic.

A la comarca del Maresme existeix un equip d'estimulació precoç al centre psicopedagògic del Maresme.

1.2.2 Serveis i accions de suport comunitari

El primer tema és el de les ajudes individuals de les que hem fet balanç anteriorment atorgades per la Generalitat o les Diputacions. Aquestes ajudes no solen tenir només el caràcter d'ajudar o facilitar l'accés del disminuït a algun dels centres o serveis especialitzats, sinó que també poden ésser considerades com un servei en tant que cobreixen una necessitat creada per la disminució: pròtesi, transport adequat i adaptació de l'habitatge.

Però pel que es refereix directament als disminuïts, hem de tenir

compte dels centres d'esplai per a disminuïts psíquics

1.2.2.1 Els Centres d'Esplai per a disminuïts psíquics

Aquests espais configuren un sector amb entitat pròpia; precisament en contrast amb els esplais per disminuïts físics en el que el component esportiu hi juga una funció rehabilitadora en l'aspecte físic.

Aquestes centres solen estar sota la tutela d'una associació privada encara que hi ~~solon~~ ~~haves~~ algunes excepcions.

A la comarca del Maresme, l'únic Centre d'Esplai per a disminuïts psíquics es troba a Mataró.

1.2.3. Els serveis de suport educatiu dintre i fora de l'escola

1.2.3.1 Centres educatius per a nens sords

Es tracta d'una ajuda institucional acordada a nens i persones grans que tenen dificultats d'audició o són sords. Sense moure'ls de la seva vida quotidiana normal s'intenta donar-los-hi un suport per tal que parlin o puguin comunicar-se oralment; el tractament individualitzat es fa en règim ambulatori.

Generalment aquests centres són d'iniciativa privada i es troben vinculats a la xarxa de la Federació d'Associacions de sords.

A la comarca del Maresme el centre educatiu de nens sords el constitueix la Cooperativa Alarona de Mataró.

1.2.3.2 Serveis de suport escolar

Ningú pot oblidar la importància dels EAP com a suport escolar que hem ubicat en els serveis socials d'atenció primària. Però, a més, en els centres públics, hi ha professors especialitzats en educació especial que s'estructuren^{en} generalment a partir de l'Aula d'Educació especialitzada. Aquesta és un dispositiu destinat a donar resposta a les necessitats educatives d'alguns alumnes.

Aquestes unitats, atenent a les característiques dels alumnes, poden funcionar segons dues modalitats. La primera és la que intenta atendre els alumnes en petits grups, amb una permanència més o menys continuada durant la jornada escolar; aquests alumnes comparteixen amb la resta dels nens de l'escola i del seu nivell totes les matèries possibles. L'altra modalitat preveu que els alumnes estiguin a l'aula

d'educació especial tot el temps seguint els seus programes de desenvolupament individual i compartint la resta d'activitat escolars amb els altres alumnes.

A la comarca del Maresme són moltes les escoles que disposen d'una aula d'educació especial. Heus aquí el llistat:

Mataró: Angela Bransuela, Camí del Mig, Germanes Bartomeu, Peramàs, Joanot Martorell, La Llàntia, Menéndez i Pelayo, Pla d'en Boet, Rocafonda, Tomàs Vinyes, Thos i Codina, Torra Llauder, Camí del Cros, Cerdanyola, Jaume Recoder, Ntra.Sra. del Pilar.Total:16.

Arenys de Mar: C.P. Joan Maragall.

Arenys de Munt: C.P. Mixte.

Argentona: C.P. Bernat Riudemia

Montgat: CC.PP.Salvador Espriu i els Mallorquins.

Palafolls: C.^D.Correa Weglison.

Pineda de Mar: c.P. Jaume I

Premià de Mar: CC.DD. Verge de Montserrat, Voramar,i Sant Cristòfol.

Teià: C.P.Mixte.

Vilassar de ~~Mar~~^{Dalt}: C.P.Francesc Macià

Vilassar de Mar: C.P.Pérez Salas

Total, doncs, 29 escoles públiques dotades amb aula d'educació especial.

1.2.4 Centres d'atenció especialitzada

Aquí s'hi classifiquen un conjunt de centres que atenen una població amb elevat nivell d'afectació . Les activitats a les que es dediquen són disperses, però s'emmarquen dins el concepte ample de rehabilitació tal com l'entén la Llei d'Integració Social dels Minusvàlids: mèdico-funcional, tractament i orientació psicològica, evolució i recuperació professional.

No és homogènia l'edat dels assistits i la naturalesa de les disminucions ateses és ben dispersa: profunds, autistes, psicòtics infantils i paralítics cerebrals.

1.2.4.1 Centres de Dia

En aquests centres s'intenta superar o reduir algunes de les dificultats dels tractaments en institucions tancades aprofitant al màxim les relacions de l'usuari amb el seu medi socio-natural.

Una característica molt evident d'aquesta forma de treball consis-

teix en què els assistits resten un nombre variable d'hores a les dependències de l'hospital durant el dia per desenvolupar els programes terapèutics i rebre assistència sense trencar per complet la relació amb l'entorn familiar i social i evitant, per tant, els efectes de l'auto i l'heterosegregació que tradicionalment ha caracteritzat l'assistència psiquiàtrica. Lògicament, doncs, un hospital de dia és una institució sense llits.

Els assistits tornen diàriament als seus domicilis acabant la seva jornada amb ritmes i formes de convivència no hospitalària. Això té l'avantatge que els familiars i el propi medi no poden desentendre's de les dificultats psicopatològiques per les que els usuaris van a fer el seu tractament.

Els assistits no es veuen completament privats de les ajudes, estimulacions i conflictes propis d'una convivència familiar i social homologable amb la col.laboració de familiars i parents pròxims, animant-los a participar en grups didàctics, informatius i en altres activitats amb alguna força higienitzadora.

A la comarca del Maresme hi ha un centre de dia per psicòtics "Nostre Món" a la ciutat de Mataró.

1.2.4.2 Centres d'educació especial

L'objectiu bàsic i comú d'aquests centres malgrat la seva necessària diversitat és el de facilitar el desenvolupament harmònic de l'infant, fent especial atenció a l'atenció a l'entorn més pròxim a la comunitat on haurà de desenvolupar la seva vida d'adult.

Els centres d'educació especial cobreixen les diverses etapes dels alumnes: des de l'educació precoç fins a la iniciació laboral, passant per les diverses etapes escolars. Es així que poden anar des d'abans dels 5 anys fins més enllà dels 20 anys.

Els centres d'educació especial elaboren els propis projectes pedagògics segons les característiques de les persones que acull i amb els objectius de les Orientacions i Programes del Departament d'Ensenyament com a fita última i desitjable; per tant, els sistemes d'avaluació inclouen la valoració dels objectius aconseguits per part dels alumnes i, també, els del centre com institució. L'avaluació periòdica que fa el mestre-tutor de l'alumne i la valoració inicial efectuada per l'EAP corresponent, junt amb el programa de desenvolupament individual, faran l'objecte d'un expedient de cada alumne. Així es garanteix la continuïtat educativa en la hipòtesi que qualsevol alumne hagi de canviar d'unitat o de centre.

A la comarca del Maresme hi ha cinc centres o aules dedicades a aquesta labor. A Mataró, el "Centre d'Educació Espacial Santa Bernadeta", el "Departament Assistencial de Profunds" i les "Aules de Paràlisi Cerebral" del Patronat Pro-recuperació de subnormals de Mataró, Centre Psicopedagògic del Maresme. A Palafròls, el "Centre Pinya de Rosa". I a Pineda de Mar, l'Escola Horitzó.

1.2.4.3 El règim residencial

Aquests serveis tenen com a objectiu l'atenció a les necessitats bàsiques d'aquelles persones disminuïdes que no tenen llar o família o amb problemes greus d'integració familiar. Ja es veu que la funció de les residències o de les llars comunitàries és la de substituir la llar familiar quan la permanència de la persona amb carències es fa desenconsellable o impossible; sigui per causa de la mateixa disminució, sigui per manca de condicions socio-ambientals i assistencial adients.

Els centres residencials es complementen amb els centres assistencials, educatius i laborals; però aquestes funcions són dutes a terme en el si d'un mateix centre.

A la comarca del Maresme hi ha set residències. A Alella, "El Ros", "Les Hortenses" i "Can Torres". A Mataró, la llar familiar Sant Emili i la Llar M^a Assumpta. A Vilassar de Dalt, l'Institut Torremar. I a Tordera, "El Rusc de Sant Ponç".

1.2.4.4 Els Centres Especials d'Integració Laboral

La finalitat primordial de la política d'integració laboral de les persones disminuïdes és llur incorporació al sistema ordinari de treball i, en el cas que això no sigui possible, llur incorporació al sistema productiu mitjançant la fórmula del treball protegit.

La Llei d'Integració Social dels Minusvàlids distingeix entre Centres Especials de Col·locació pels qui la capacitat de treball sigui igual o superior a un percentatge de la capacitat habitual segons una norma reguladora de la relació laboral de caràcter especial pels treballadors minusvàlids; i Centres Ocupacionals pels qui la capacitat residual de treball no assoleixi el percentatge establert.

Els Centres ocupacionals tenen com a finalitat assegurar els serveis de teràpia ocupacional i ajustament personal i social dels disminuïts que per la seva minusvalidesa temporal o permanent no poden fer una integració en una empresa o en un Centre Especial de Col·lo-

cació.

Evidentment els Centres Ocupacionals s'han posat en marxa sense ànim de lucre encara que intentin desenvolupar una tasca productiva en bé de la capacitat laboral del disminuït. Els objectius assistencials són clars: coneixement i domini del propi cos, adquisició d'habilitats motrius polivalents i iniciació al pre-taller. Per la seva banda, els objectius ocupacionals són: desenvolupament de capacitats funcionals, fomentar l'esperit crític vers les seves pròpies conductes, les del grup i les del medi social i lograr la màxima integració social mitjançant el treball.

El persona que s'hi dedica es divideix en monitors, personal tècnic i direcció. I les tasques productives són tanmateix ben diverses: fusteria, jocs didàctics de fusta, muntatges diversos, cistelleria, granja, etc.

A la comarca del Maresme hi ha sis centres que són tallers ocupacionals. A Mataró, el Taller Ocupacional "Jaume Isern". A Palafrolls, el centre "Pinya de Rosa". A Tiana, el Centre de Recuperació Professional "Virgen de la Alegría". A Tordera, "El Rusc' de Sant Ponç". A Pineda de Mar, el Taller Horitzó. A Alella, el Taller Ocupacional per a paralítics cerebrals ASPACE.

1.3 L'acció preventiva no directament encaminada a la deficiència mental

No directament vinculat al problema de la malaltia mental, però sí fent estreta referència a la salut pública en sentit ampli, en la confecció d'un mapa assistencial de les atencions en salut mental a la comarca del Maresme, no podem deixar de banda el Centre de Formació i Prevenció de Cirera ubicat a la ciutat de Mataró. Sota la seva demanda, nosaltres mateixos vam dur a terme una recerca entorn del problema central que presideix les seves preocupacions: La Delinqüència juvenil avui. El cas de Mataró, Barcelona, Publicacions de la Fundació Jaume Bofill, 1979. El títol original de l'obra expressa més clarament la dedicació del Centre: Delinqüència juvenil i treball social.

En efecte, el Centre s'inicia al final de la dècada dels anys 1950 amb la posta en marxa d'una biblioteca i d'un club infantil i juvenil a la rectòria del barri Cirera, que era de molta immigració amb molt pocs recursos i presentant uns greus problemes d'adaptació a la ciutat. Hi proliferen les bandes juvenils d'adolescents.

A finals dels anys 1960, Càrites Interparroquial cedeix uns locals d'uns baixos d'un immoble. Poc a poc, a través del contacte amb educadors especialitzats, amb les forces de l'ordre i els jutjats, el Centre es va dedicant progressivament a la problemàtica de la marginació juvenil dedicant-se concretament més i més a la prevenció i la rehabilitació. El dia 7 d'octubre del 1978 el Centre és reconegut pel Govern civil.

El 1980 el Centre començarà a funcionar semiprofessionalment (fins aleshores era en mans del voluntariat i de persones que es feien objectors de consciència): es logra el cobriment de la professionalitat de tres educadors. I ja abans de les eleccions del 1982 el reconeixement social del Centre és un fet; les reivindicacions fetes a tots els partits polítics produïen els seus fruits.

2. Exemples il·lustratius de les realitzacions dutes a terme a la comarca del Maresme

2.1 L'Equip d'Assessorament i Orientació Psicopedagògica de Mataró (EAP)

El funcionament horari de l'EAP és el mateix de l'horari escolar. Els seus objectius bàsics són quatre: buscar orientació pels nens amb fracàs escolar, detectar la població en risc, crear consciència familiar entorn del problema de l'escolarització i assessorar el mestre davant de la problemàtica dels seus alumnes. El servei que efectivament dona van adreçats, segons sigui necessari, als alumnes, els mestres o els pares. Es creen seminaris pels mestres de discussió pedagògica; es fa un treball preventiu potenciant escoles de pares; es fa detecció i orientació de problemàtiques referides als nens; i es fan plans de desenvolupament de l'alumnat.

Aquesta tasca, evidentment s'inscriu dintre del departament d'ensenyament de la Generalitat de Catalunya i els seus serveis són, per tant, gratuïts.

L'EAP no és un equip de tractament. En el seu si hi ha tres pedagogs, tres psicòlegs i un assistent social i la seva funció és la de derivar els casos cap a d'altres instàncies: serveis sanitaris, serveis socials de base i departaments de justícia. En un 80 % de les seves intervencions, s'apunta a fer un seguiment familiar, a part de la intervenció en el context escolar. Per això fer, no solament s'atén les consultes que ~~xixen~~ hi acudeixen, sinó que es va sistemàticament a l'escola: cada professional de l'EAP té almenys quatre escoles sota la seva responsabilitat. Dintre d'ella s'assessora pedagògicament el mestre i els recursos normals i que es faran necessaris

són l'aula especial assistida per un mestre especialitzat.

A l'hora de fer un seguiment dels casos i no essent l'EAP un equip de tractament, cal derivar-los a la iniciativa privada que, donat l'en-cariment que comporta, fa que el personal de l'EAP hi orienti només aquelles situacions que es presenten com a molt necessitades de tractament o pel qui aquest es fa absolutament indispensable.

L'EAP acaba essent un cul de sac o un punt de rebot de les pilotes; de fet, es creen massa expectatives davant l'EAP. Per exemple, es disposa a l'EAP d'una mestra de reforç dels nens sords de la comarca, que són aproximadament una trentena; però, de fet, per causa de la naturalesa del treball que cal dur a terme i de la dispersió domiciliar dels afectats, el màxim que es pot atendre són set. Hom té la impressió de mutilar sèriament la seva tasca i de no cobrir efectivament les necessitats reals.

L'EAP té unes grans fites i, a més, l'escola genera molta demanda. La concepció mateixa dels EAP és molt bona sobre el paper i es pot dir que la població teòricament està atesa a partir d'ells; però donada la situació real, es pot acabar veient com ni la mateixa concepció és prou clara: el personal es crema i té un sentiment d'impotència total. Es detecten molts problemes i en correspondència es fan tanmateix ben pocs tractaments.

Des de l'EAP, es té la impressió que l'increment de la demanda és un signe clar d'un deteriorament social generalitzat del que el nen problemàtic n'és només un símptoma. I que en la mateixa constitució de l'EAP de 7 persones només una pertanyi directament al camp social, és un indicador clar d'on es posa precisament l'èmfasi; la mateixa constitució de l'EAP ho delata.

2.2 El Centre de Serveis Socials de Vilassar de Mar

La iniciativa municipal ha constituït equips municipals d'intervenció social de constitució ben diversa; però els professionals solen ésser o assistents socials, o reeducadors, o pedagogs, o psicòlegs: depèn dels ajuntaments. Excepcionalment, hi ha també algun pediatre i alguns animadors socio-culturals. Se'ls anomena en alguns casos psicopedagògics; però de fet són serveis d'assistència primària amb funcions psicopedagògiques. El cas de Vilassar de Mar ens servirà d'exemple paradigmàtic.

Els professionals que integren bàsicament l'equip municipal a Vilassar de Mar són: l'assistent social, la psicòloga i la reeducadora; però, com veurem, han de fer recurs a d'altres col.laboracions donada l'amplitud d'activitats que duen a terme.

A més del servei d'atenció primària, l'equip cobreix un servei psicopedagògic, un servei de reeducació (creat com equip particular) i un taller municipal d'oficis. El servei, excepte la reeducació, funciona els dematins fins les dues de la tarda.

L'equip psicopedagògic l'integren un psicòleg, un logopeda i l'assistent social i fan la tasca esperable en tot centre d'aquesta mena: rebre la demanda, fer les exploracions pertinents, elaborar un diagnòstic i donar una orientació. El servei és gratuït i s'inscriu dintre les tasques essencials de l'equip municipal. Els EAP municipals poden fer una bona coordinació en l'àmbit social en el que es refereix a la salut mental; el lligam estret amb els serveis d'atenció primària, facilita que sigui precisament l'assistència social la que rep sistemàticament els problemes que derivarà, si cal, les qüestions als psicòlegs especialitzats.

L'equip col·laborador de reeducació, integrat pel psicòleg, el logopeda i l'educador especialitzat, funciona les tardes dels dilluns i els dimecres des de les 14'30 fins les 19. Evidentment, aquest no és un servei gratuït encara que es disposa d'un sistema de beques. Aquest equip de reeducació demostra que, per tal de resoldre el problema del tractament, els psicopedagògics municipals han acabat montant les seves pròpies instàncies privades per a poder sortir del pas.

El Taller Municipal d'oficis, a càrrec d'un mestre i un psicòleg, ha estat creat per a joves que, havent acabat l'EGB i no incorporant-se immediatament a l'ensenyament mig, manifesten la voluntat d'aprendre un ofici que se'ls facilitax a través del taller. De fet, és una tasca important per a prevenir la desescolarització. Per a dur això a terme, l'ajuntament té un conveni amb empreses de la localitat que ocupa les pràctiques dels matins dels que s'integren al taller; les tardes es realitza un treball de grup amb una orientació concreta a saber-se desenvolupar en la societat i en la seva vida quotidiana. Es fa a través de sortides, treballs manuals pràctics amb aspectes de matemàtiques, d'història, etc. Ni cal insistir que hi ha un seguiment i control dels aprenentatges realitzats a les empreses, funció encarregada a un mestre i un psicòleg.

Per a dur a terme tota la seva tasca, l'equip municipal manté una estreta relació amb altres serveis i organismes tant de fora de la població (serveis socials de la Diputació, de la Generalitat, xarxa psiquiàtrica del Maresme, hospitals, escoles, metges...) com de dintre de la mateixa (centres socials, ateneus, patronats, escoles diverses d'ensenyament i d'altres iniciatives, mitjans de comunicació locals...).

Finalment, cal fer esment de set projectes immediats alguns dels quals han començat a ésser posats en marxa. El primer és ~~el~~^{el} del treball a domicili que arranca d'un projecte d'assistència domiciliar que interessava tot el baix Maresme (des d'Argentona a Montgat) i subvencionat en el 50 % per la Diputació. Es va fer un curset intensiu de formació per a treballadores familiars i, al moment de posta en marxa, va arribar la denegació de l'ens provincial degut a la nova ordenació territorial.

El segon és l'anomenat "espais lúdics al carrer" per a fomentar el joc dels nens i nenes de 17 a 21 hores i comptant amb FIROVI que és l'entitat organitzadora de les festes populars. Les activitats es realitzarien en espais tancats i sense circulació.

El tercer és el que té per objecte el treball preventiu al parvulari que vol dir una coordinació amb les escoles i, concretament, amb la comissió de matriculacions; l'objectiu és que els pares que matriculen els seus fills per primera vegada tinguin una entrevista amb l'assistent social per tal de preveure els possibles problemes i les dificultats que es puguin presentar.

El quart és "l'espai de reflexió" que són trobades d'intercanvi i reflexió amb mestres per tal de millorar la qualitat de l'ensenyament; per això fer s'empren tota mena de materials que viabilitzin la dinàmica d'aquestes trobades i s'insereixin directament en la vida de l'escola.

El quint és la inauguració d'un centre cohesionant de totes les entitats del poble i adreçat a tota la població en general i, en particular als avis. Allà hi haurien cursos diversos de cuina, gimnàstica i relació a través de sortides col·lectives. I els avis tindrien el seu espai amb activitats diverses organitzades per les entitats.

El sisè ja ha estat iniciat i és la integració de nens a l'escola bressol. Actualment, un nen amb trets psicòtics i un altre paralític cerebral ja han estat integrats.

El ~~sabè~~^{sabè} porta ja alguns mesos en funcionament: és l'alfabetització de nens àrabs. L'allau recent d'una forta immigració àrab, fa que els infants nou vinguts desconeixen l'idioma i que pateixen problemes relacionals greus: integració, aprenentatge a l'escola, amistats, etc. Una noia àrab fa un treball d'alfabetització de nens i nenes entre els 10 i els 12 anys.

Com es pot veure, per l'exemple aportat de l'experiència municipal de Vilassar de Mar, la intervenció d'aquests equips municipals és extraordinàriament ampla i complexa i té la gran virtualitat de saber adaptar-se a la situació concreta tal com ho aconsella el medi social sobre el que intervé.

2.3 El Centre d'Higiene Mental de Calella. Centre d'Assistència primària en Salut Mental.

D'un abast comarcal, el CHM realitza un treball essencialment clínic. La seva intervenció es concentra en els límits de l'anomenada Maresme-nord, és a dir, els municipis de Tordera, Malgrat, Pineda, Calella, Palafolls, Santa Susanna, Sant Pol, Canet, Arenys de Mar, Arenys de Munt, Sant Iscle, Sant Cebrià, Caldetes, Sant Vicenç de Montalt i Llavaneres. Es correspon amb la teòrica sectorització realitzada el seu dia per la Diputació de Barcelona.

En el cas dels adults no es requereix ni tan sols el volant de la seguretat social i es disposa d'un servei d'urgències, d'un servei en salut mental a Calella mateix i el Masnou, d'una comunitat terapèutica per a crònics a Arenys de Munt i d'una altra per a aguts a Malgrat i d'un hospital de dia també a Malgrat.

Precisament, els professionals que treballaven a Malgrat com a cuidadors d'adults van decidir el 1981 crear una cooperativa amb l'objectiu d'atendre la població infantil. ^{Aleshores} ~~xxxxxxx~~ van fer un conveni amb l'hospital de Calella per a crear un servei d'atenció infantil exigint només el volant del metge pediatre; és així que el 80 % de la clientela acudeix al centre a través del pediatre o privadament, un 15 % vénen a través de l'escola i la resta hi acudeixen enviats pels equips municipals d'atenció primària. Des del 1981 s'han fet concerts amb l'ajuntament i la Diputació per tal de poder realitzar la seva tasca clínica amb la població infantil.

La cooperativa està formada per un col·lectiu d'unes 30 persones amb serveis concertats amb psicodramatistes, expressió corporal, cuineres, neteja, etc. Tots els professionals comparten la seva activitat en llocs diversos.

L'equip infantil està format per dos psicòlegs i l'assistent social i, a vegades, també hi participa el psiquiatre coordinador de l'equip. Es reuneixen setmanalment per a comentar les primeres visites i per a decidir el que cal fer. El centre té la tendència deliberada a no agafar o prendre en tractament els casos si no són veritablement greus. En aquest assumpte s'intenta discriminar molt; es deriva cap a d'altres serveis les situacions que no directament diuen relació amb la clínica o un tractament necessari; la via d'entrada és el CAP i a partir d'aquí es determina la derivació.

Entre el 1981 i el 1983 les primeres entrevistes eren realitzades successivament per l'assistent social i el psiquiatre; però la manca de temps obligà a partir del 1984 a què les primeres entrevistes esti-

guessin à càrrec del psiquiatre exclusivament.

L'assistent social només intervé quan, a més del problema de salut mental, hi ha situacions socials veritablement conflictives; però en els casos que no són molt greus hi ha una derivació als serveis socials de base pertinents i, en casos no tan greus, el treball social es porta a terme des del mateix CAP: hi ha persones molt malaltes que viuen l'experiència de forma molt persecutòria. Hi ha també per part de l'assistent social una tasca de visites domiciliars concertades pels casos que requereixen un tractament ambulatori i que exigeixen un suport continuat. També anirà a les escoles quan es faci necessari.

La supervisió com a cooperativa és duta a terme per un psicoterapeuta que no forma part de la mateixa, labor que es du a terme cada 15 o 20 dies.

2.4 Servei d'estimulació precoc

El Centre Psicopedagògic del Maresme depenent del Patronat Pro-Recuperació dels Subnormals de Mataró fa quatre o cinc anys que va posar en marxa aquest servei amb un àmbit de cobertura comarcal i amb un caràcter absolutament gratuït; es manté amb les subvencions que la Generalitat destina al manteniment de serveis socials.

La intervenció del servei s'adreça als menors de quatre anys intentant fer una tasca preventiva amb dos objectius ben concrets. El primer és el d'evitar l'aparició de trastorns i promoure la salut mental en el sentit de mobilitzar els recursos davant d'una situació de risc i és per això que és manté un contacte amb l'hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena de Mataró per tal d'identificar els embarassos d'alt risc per tal de permetre la detecció d'alteracions en cas que es presentin i, per tant, el tractament de les mateixes tan aviat com sigui possible.

El segon és l'actuació sobre un trastorn que ja existeix procurant que els seus efectes en el futur siguin els menys deteriorants possibles. Segons convingui en cada cas, s'orienta la incorporació dels nens a guarderies i, per tant, això obliga a un treball previ de sensibilització i suport a les mateixes guarderies; la freqüència d'aquests contactes serà supeditat a les necessitats de cada cas i amb un gran respecte al funcionament intern de les mateixes.

La intenció és treballar no solament les situacions ja afectades (mongolisme, paràlisi cerebral...) sinó intervenir també a nivell de casos d'alt risc de malaltia mental (situacions traumàtiques del primer any que defineixen trastorns molt greus de la personalitat); és per aquest motiu que l'actuació a nivell comunitari en relació amb institu-

cions que puguin detectar aquest casos es fa altament indispensable.

L'equip de professionals d'estimulació precoç encarregat de dur a terme la tasca continuada diagnòstic-programa-seguiment, més enllà de les seves especialitzacions, han de poder intercanviar la seva actuació segons les necessitats del cas ho demanin. De totes maneres, teòricament, l'equip bàsic l'integren l'assistent social, el neuròleg, el psicòleg i el psiquiatre i, per les tècniques específiques, el fisioterapeuta, el psicomotricista i els consultors. En aquests moments, s'estan atenent més de trenta casos en estimulació precoç.

El mètode d'intervenció parteix de considerar la problemàtica del nen o nena, no com un fet aïllat, sinó com producte d'una situació determinada en la que actuen dinàmicament una pluralitat de factors: la malaltia, la família, el medi social, etc. I el tractament, aleshores, consisteix en una actuació terapèutica sobre totes les àrees implicades en cada cas amb l'objecte de no dissociar la malaltia dels diversos elements que la rodegen. Cal, doncs, una desmitificació de la preocupació única per la malaltia i una reintegració de l'afectat a un àmbit familiar el més contenidor possible.

2.5 Grup d'esplai "El Rabadà"

Aquest és l'únic centre d'esplai existent a la comarca per a nens i nenes disminuïts. Fou promogut pel Patronat Pro-Recuperació dels Subnormals de Mataró; però té una gestió autònoma. Es manté a través de subvencions i de les quotes que paguen els mateixos pares i els monitors hi són en règim de voluntariat.

Com tot centre d'esplai funciona únicament els dissabtes i es troba acollit a una casa de l'ajuntament de Mataró. El control tècnic i de gestió és portat pel mateix Centre Psicopedagògic del Maresme i és freqüentat, sobretot, pels nois i noies dels tallers i els alumnes de l'escola Santa Bernardeta del mateix Patronat. El que veritablement s'intenta és que els més petits vagin a un espai normal en la mesura del possible.

2.6 Cooperativa Alarona

Societat depenent d'una associació de pares i reconeguda per la Generalitat, ubicada en un pis aprofitat el màxim, la Cooperativa Alarona pretén treballar la parla o la comunicació dels nens sords.

L'estructura del personal dedicat a aquesta labor és ben simple: un administrador, un assistent social i sis logopedes (aquests no han acabat encara els seus estudis i hi ha professionalment dos psicòlegs, tres pedagogs i un mestre).

Hi ha 36 alumnes a raó de sis per logopeda amb sis hores de dedicació diàries durant quatre dies a la setmana i els divendres es reserven per a fer la reunió de tot l'equip. El ritme de treball es comparteix entre la cooperativa (dues hores de treball grupal) i l'escola (quatre hores de treball individual). La zona de cobertura és tot el Maresme i s'atén els problemes sense límit d'edat; els nens sords són atesos sempre i els qui tenen problemes de llenguatge són derivats a l'inspector de zona. El tractament es suspèn quan els pares volen o quan la institució ho creu convenient.

L'assistent social, per la seva banda, recull la informació de les primeres entrevistes, treballa en el seguiment de les famílies i l'escola, cerca recursos i connexions amb altres institucions i busca una sortida a la formació professional compensatòria pels qui han acabat la bàsica. Evidentment, s'intenta atendre les famílies que veritablement ho necessiten donant pautes per tal que estimulin el nen. I es treballa en estreta col.laboració amb l'EAP.

Es l'única institució dedicada al tema a la comarca; la Caixa té serveis per a sords, cecs i psicopedagògic però no es troben en funció de la comarca.

Econòmicament, es viu de subvencions, d'ajudes de l'ICAS pels aparells de sordera, contribucions d'alguns ajuntaments i quotes dels pares (cotitzant més els que han estat reconeguts sords i en funció del nombre d'hores que requereixi segons el seu grau de sordera).

Els pares dels nens atesos han d'ésser socis de la cooperativa i, quan el problema no és la sordera sinó de llenguatge, no se'ls admet com a socis i la quota serà força més cara.

A la institució troben a faltar el psicòleg que no es pot tenir per problema de dotació i en un futur més o menys immediat s'ha d'obrir un equip de logopèdia a l'Hospital de Mataró que podrà descongestionar la llista d'espera de la Cooperativa Alarona.

2.7 L'Aula d'Educació Especial d'Arenys de Munt

El col·legi nacional mixte d'Arenys de Munt disposa de dues aules de suport pels nens i nenes que presenten problemes derivats de la seva presència a l'escola. Aquesta estructura fou promocionada pels mateixos mestres per a trobar sortida a la problemàtica que es presentava.

La primera de les aules és especialment dedicada al cicle inicial i acull aproximadament uns 30 alumnes per a dur a terme una labor de reeducació. El professional que s'hi dedica té la titulació en pedagogia terapèutica i és logopeda; oficialment no consta com professora d'educació especial.

La segona aula fa reeducació al cicle mitjà i al seu càrrec hi ha una mestra d'EGB; aquesta ha estat una lliberació a aquesta tasca en un enteniment i acord entre el claustre i l'Associació de pares.

Quan el mestre de la classe detecta la presència d'algun alumne que no segueix el ritme del col·lectiu, ho comunica a la professora de l'aula de suport; després de fer-li unes proves, es decidirà la conveniència o no de la freqüentació de l'aula de suport.

L'aula, de fet, només es pot fer càrrec dels problemes que són estrictament pedagògics, perquè la seva missió és la de donar les ajudes que calgui per a què l'alumne pugui posar-se al nivell dels altres i, per tant, seguir a la resta de la classe. Tot el que excedeixi la dimensió estrictament pedagògica ha d'ésser derivat a d'altres instàncies; si la problemàtica és fonamentalment psicològica, segons el cas, el nen serà derivat al Centre d'Higiene Mental de Calella o a l'EAP de Mataró; si la problemàtica neix de problemes socials, a l'assistent social de l'ajuntament.

El fet és que, ja des de l'edat de pàrvuls, es descobreixen problemes de personalitat en els nens; les causes són quasi sempre de tipus familiar: l'absentisme del pare i molt especialment el de la mare per causes laborals provoca que el petit quedi desassistit.

Hi ha la mentalitat general de veure l'escola com un ens que tot ho ha de cobrir: les relacions familiars, les socials i els aprenentatges i l'escola no és pas omnipotent. Les famílies, en general, ja reconeixen les situacions; però necessiten el suport de la professora.

L'Aula d'Educació Especial és un instrument necessari, però tanmateix ben insuficient. Els nens de tres a cinc anys, per exemple, hi acudeixen en grups dues o tres vegades a la setmana i cada sessió dura aproximadament una hora. En realitat, s'hauria de disposar de més temps però es treballa massa precipitadament.

Per altra banda, en ésser promocionada pels mestres i els pares, a Arenys de Munt l'Aula no rep cap ajuda de l'administració i, concretament, pel que es refereix a l'ajuntament, s'ha fet moltes vegades la demanda d'un psicòleg i d'un assistent social exclusivament dedicats a l'escola i encara esperen la resposta.

Si es disposés d'un psicòleg dintre l'escola no s'haurien de derivar sistemàticament els casos afectats amb tot el comporta el venir que fer uns desplaçaments i coordinar uns horaris. I, per tant, hi ha problemes clínics que necessiten una teràpia que, amb l'ajuda de l'escola, es pot fer que superin certs entrebancs; però és una tasca absolutament insuficient. Amb la llei d'integració no se'ls pot derivar a l'escola especial i, aleshores, els pares o es gasten els diners per

a dur-los a la consulta privada (aquests són la minoria) o deixen les coses allà on són (que és la majoria).

A l'Aula Especial hi ha casos que es logra aixecar del tot: de fet, malgrat la impotència, es té la impressió de dur a terme una labor molt important. I el sentiment d'impotència neix del pessimisme davant del que es pot fer amb els nens problemàtics i n'hi hi que ho són molt. I l'Aula Especial no és tampoc una solució satisfactòria, perquè encara és massa ghetto. Des d'aquesta feina es logra integrar els retrassats però no els problemàtics. I aleshores a aquests a l'Aula Especial se'ls conté mentre són petits en tant que es fa un seguiment d'ells fins a tercer; però quan s'ha acabat aquesta tasca l'única sortida és la del carrer.

2.8 "Nostre Món"

Es l'únic centre de dia que existeix a la comarca. Ubicada a Mataró, és una institució privada amb subvenció de la Generalitat.

No ha estat possible fer-ne un informe institucional per la negativa de la institució a permetre el seu accés.

2.9 Aules de paràlisi cerebral

El Patronat Pro-Subnormals de Mataró va posar en marxa el 1977 un departament per a paralítics cerebrals a l'escola de deficients psíquics partint d'uns pares que es trobaven amb aquests problemes.

Una vegada els pares han entrat a la institució, és obligatori que es facin socis i la cura dels paralítics cerebrals és més aviat cara. Els diversos ajuntaments que hi tenen persones en tractament fan una aportació econòmica i els departaments d'ensenyament i de serveis socials de la Generalitat també hi aporten subvencions; els pares, per la seva banda, fan una aportació relativa a les seves possibilitats.

La finalitat del centre és lograr l'autonomia pròpia de la persona afectada de paràlisi cerebral i, a través, d'aquesta lograr la integració a l'escola normal. Per això fer, des del punt de vista educatiu, s'estimula els alumnes amb la finalitat de potenciar les seves capacitats psíquiques, físiques i intel·lectuals; però, segons el grau d'afectació, rebrà un tipus o altre d'educació.

Hi ha persones que es mantenen a un nivell purament assistencial i per aquests es tracta d'ensenyar-los-hi hàbits que comportin o es tradueixin en sociabilitat: menjar, sentar-se bé, etc. N'hi ha que es mantenen a un nivell de preescolar i el màxim que se'ls pot fer

se setmana: es tot el contacte que tenen amb l'exterior.

La demanda normalment es realitza al Patronat que envia la documentació a la Diputació. Arribats els papers a la residència, és el neuròleg qui decidirà de l'oportunitat de l'ingrés.

Al servei de la casa hi ha els professionals següents: sis monitors amb règims horaris diferents, dues vetlladores que es reparteixen les

salari, intentant mantenir un salari mínim per a tots (ara està al voltant de les 1.000 pessetes mensuals) i intentant estimular la professionalitat, l'assistència i la puntualitat i potenciar així mateix la producció; hi ha una part del salari que és fix i que ve determinat per la categoria professional i un altre que és proporcional a la producció realitzada.

L'administració s'ocupa de fer els fulls salarials, els de treball i els de facturació.

La tasca bàsica del taller és la del treball productiu; és la que necessita més dedicació i major inversió en hores de treball. Els clients són els següents: 1. Inoxcrom del sector de bolígrafs i específicament en el muntatge de rocky (2.000 peces diàries per vuit persones). 2. Celsel del ram de l'electricitat i l'electrònica: soldadura, tallar amb la cisalla i BIT (300 pulsadors i 1.800 cables diaris per a sis persones). 3. Salvio Busquets també del ram de l'electricitat i l'electrònica: circuits impresos destinats majoritàriament a aparells de regulació de temperatures (hi ocupa dues persones durant dues hores cada dia).

A part dels clients, es disposa d'una granja on s'hi crèen pollastres que es distribueixen al mercat pels volts del Nadal.

Finalment, hi ha la funció de la direcció i coordinació de les tasques que els monitors s'han compromès de dur a terme, realitza els projectes i programes de treball i fa els informes del taller i, també, és el que tramita les sol·licituds anuals de les ajudes que es reben de la Generalitat.

2.12 El Centre de Formació i Prevenció de Cirera

Ja hem parlat abans de la seva petita història. El Centre és d'orientació psicodinàmica i pretén la reestructuració de base del noi o nena, donant-li uns marcs referencials estables i uns models vàlids d'identificació. Es fa un seguiment familiar de manera continuada i profunda per tal d'arribar a l'objectiu essencial de la seva labor: retornar el nen a la família.

Es una associació civil sense ànim de lucre financada per Càritas, la Caixa i l'Ajuntament de Mataró, a més dels serveis socials de la Generalitat i la Diputació.

Com que es pretén treballar en la prevenció de la inadaptació juvenil, la reinserció dels marginats socials i l'estudi i difusió de la problemàtica que tracten, els seus serveis són força diversificats.

Pels menors de 12 anys disposen d'un taller de fusteria amb unes

15 places i pels majors de 16 anys i en combinació amb l'INEM tenen un taller metal·lúrgia (aquests cobren un sou). Als tallers hi poden permanèixer fins que se'n van al servei militar.

Tenen, a més, un centre obert que és com un esplai. I, també, un pis residència anomenat "Sant Jordi" per a un col·lectiu de nois entre 4 i 14 anys amb problemes psicosocials: nois maltractats, amb interferència d'actes delictius, etc.

Quan s'inicia el procés d'una nova incorporació, l'assistent social s'entrevista amb la família i l'afectat per tal de posar al descobert la problemàtica familiar, la situació socio-econòmica i tota informació que pugui ésser d'interès per a il·lustrar el cas; per altra banda s'aprofita l'entrevista per a informar sobre el funcionament del pis residència. La primera avaluació de la situació és feta per l'assistent social.

Reconegut l'interès d'intervenció sobre el cas, entren en joc un o dos educadors que juntament amb l'assistent social fan una segona ronda d'entrevistes; cal fer un estudi dinàmic de l'estructura afectiva i relacional i contextualitzar la crisi emergent per a poder fer un enfoc terapèutic del cas. L'equip del Centre, feta una reunió deliberant, és qui decidirà definitivament la conveniència o no d'un ingrés, precisament perquè n'és un requisit el compromís ferm per part de la família de col·laborar en la problemàtica concreta del noi. Aquest equip està integrat per l'assistent social, dotze educadors, un administrador, un assessor psicològic, una cuinera i un personal auxiliar.

Com que el Centre va dirigit a problemes tals com la inadaptació de base social o la situació amb predomini psicològic emocional, l'abandó afectiu, la situació econòmicament desatesa i l'ambient familiar deteriorat per una causa o altra, es necessita la col·laboració de totes les institucions de Mataró i, per alguns tractaments, la col·laboració concreta de l'EAP.

Les preocupacions fonamentals del Centre són les econòmiques perquè les subvencions no acaben mai d'arribar i que l'entitat sigui tinguda socialment com el "cul de sac" de tot allò que no pot resoldre's per altres cantons. No són pas excepcionals els casos que haurien d'ésser atesos per un dispensari en salut mental.

De moment i per manca de recursos no poden assumir el problema de la drogaaddicció, encara que tenen el projecte de muntar una granja per a tòxicòmans amb professionals al seu càrrec. Hi ha encara d'altres projectes: construir una nau industrial amb col·laboració amb l'EAP i fer una publicació sobre el treball que es realitza al centre.

3.El llistat i el gràfic que resitua l'assistència a la comarca del Maresme

1.Centre d'Atenció a disminuïts: (CAD)

menors de 16 anys: Passeig de Sant Joan, 20, Barcelona

majors de 16 anys: Casanova, 16, Barcelona

2.Equip d'Assessorament i Orientació Psicopedagògic (EAP)

Plaça dels Bous, 3-5, Mataró - 790 47 48

3.Equips Psicopedagògics municipals

-Alella-Masnou, CAP, Sant Miquel, 125 - 555 02 91 / 555 70 61

-Argentona, Centre psicossocial, Pl.Església, 9 - 797 04 86 / 797 07 11

-Arenys de Mar, Servei Social de Base, Xalet Xifré - 792 22 64

-Calella, c.Moragues, 2, 1º 1ª - 796 02 99

-Montgat, pl.de la Vila s/n - 389 06 96

-Palafolls, Escola Les Ferreries - 762 02 25

-Premià de Dalt, pl.de la Vila - 751 31 86

-Premià de Mar, Unió, 40 - 751 05 33

-Tiana, Escola Pública Lola Anglada - 395 28 52

-Tordera, c.Dr.Fleming, 5-7 - 764 06 75

-Vilassar de Dalt, Angel Guimerà, 58 - 753 03 42

-Vilassar de Mar, Santa Eulària, 38-40 - 759 10 59

-Pineda de Mar

4.Centres d'Atenció Primària en Salut Mental (CAP)

Hospital de Sant Jaume, Calella, Sant Jaume 25-44 - 769 02 01

Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena, Mataró, Hospital, 31 - 7964141

La Aliança Mataronina, Mataró, Lepanto, 13 - 790 13 03

5.Equip d'estimulació precoç (Centre Psicopedagògic del Maresme)

Plaça dels Bous, s/n, Mataró - 790 47 48 m

6.Grup d'Esplai "El Rabadà" , Torre Les Esmendies s/n, Mataró - 790 47 48

7.Centres educatius per a nens sords

Cooperativa Alarona, baixada Figueretes, 3, 1º, Mataró - 790 46 57

8.Aules d'Educació Especial en escoles públiques

Mataró: C.N. Camí del Cros, Lluís Companys, s/n - 799 05 33

C.N. Angela Bransuela, c.Caputxins s/n - 796 09 89

C.N. Camí del Mig, c.Mig, s/n - 799 56 52

C.N. Germanes Bartomeu, Av.Perú, s/n - 196 00 92

C.N. Jaume Recorder, Corregiment Mataró, 67 - 798 74 56

C.N. La Llàntia, St.Josep Calasanç, s/n - 798 11 62

C.N. Joanot Martorell, Terrassa, s/n - 798 76 66

C.N. Josep Manuel Peramàs, Josep Mª Cuadrada, s/n - 798 20 26

C.N. Menéndez Pelayo, Rocafons, s/n - 796 0093

Tordera: "El Rusc de Sant Ponç", Amadeu Vives, 38 - 764 11 03

12. Tallers Ocupacionals

-Taller Ocupacional Jaume Isern

del Patronat Pro-Recuperació dels Subnormal de Mataró - 79047 48

-Centre Pinya de Rosa, Av. Costa Brava, s/n - 762 04 76 - Palafolls

-Centre de Recuperació Professional "Virgen de la Alegria", Edhit
Llauradó, 20 - 395 46 11 - Tiana

-"El Rusc de Sant Ponç", Amadeu Vives, 38 - 764 11 03 - Tordera

-Taller Horitzó, Afueras, s/n - 762 30 47 - Pineda de Mar

-Taller Ocupacional per a Paralítics Cerebrals ASPACE, Av. Rosales, s/n
555 03 16/555 40 51 - Alella

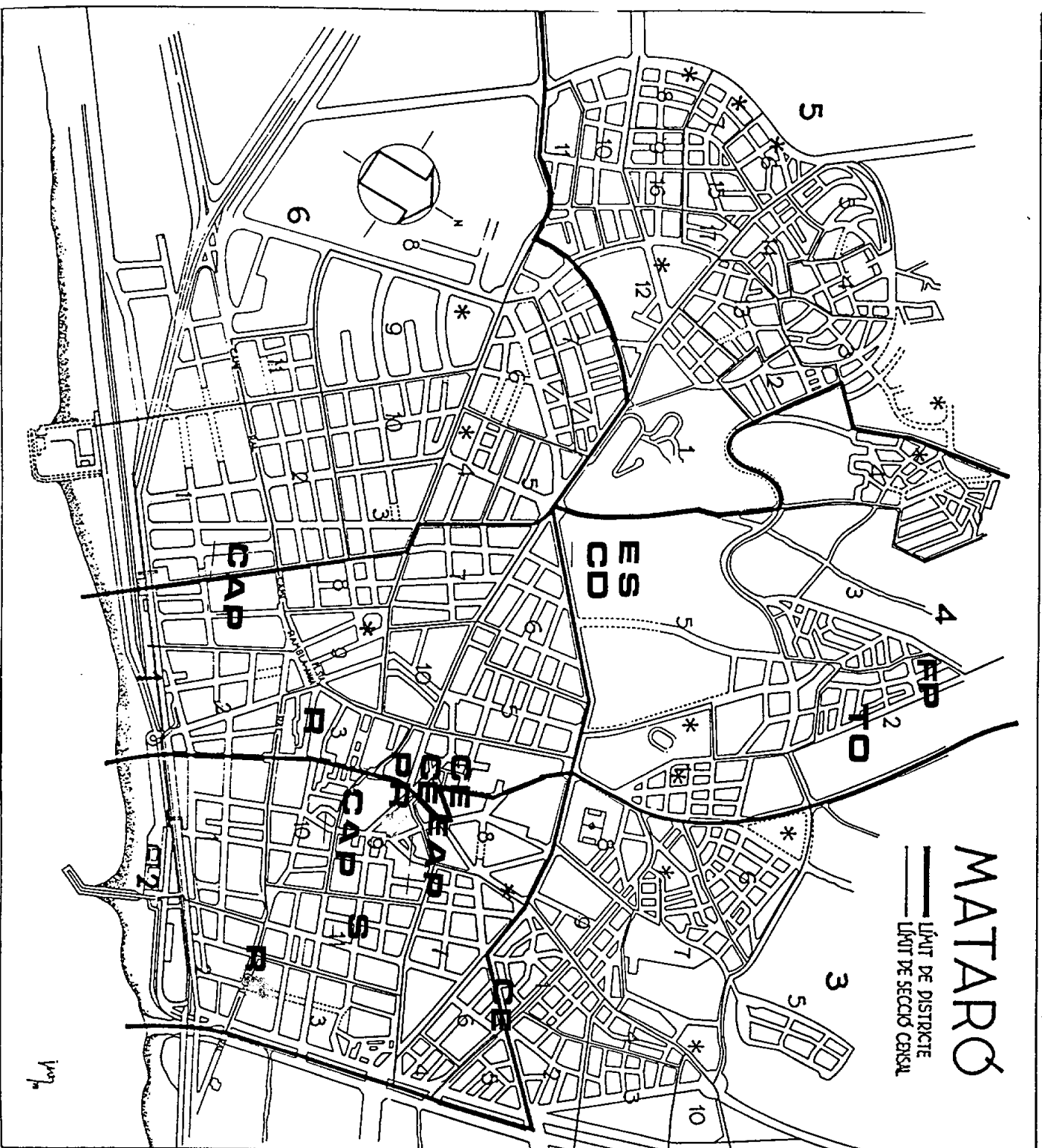
13. Centre de Formació i Prevenció de Cirera

c. Bergadà, 47 - 799 51 46

...

...

Els gràfics de les planes següents expressen visiblement la distribució d'aquests serveis i equipaments a la comarca del Maresme. Per la gran quantitat d'indicacions referides a la ciutat de Mataró, ens ha semblat interessant de separar els que es refereixen a la capital dels que són de la comarca.



- FP** Centre de Formació i pre-
venció de Cirera
- TO** Taller Ocupacional
- R** Residència
- CE** Centre d'Educació Especial
- CD** Centre de Dia
- *** Aula d'Educació Especial
a escola pública
- S** Centre educatiu per a
nens sords
- ES** Grup d'Esplai
- PR** Equip d'Estimulació precoç
- CAP** Centre d'Atenció Primà-
ria en Salut Mental
- EAP** Equip d'Assessorament
i Orientació Psicope-
dagògica

SELVIA

TO Tallet Ocupacional

*** Residència**

CE Centre d'Educació Especial

Aula d'Educació Especial en escola pública

CAP Centre d'Atenció Primària en Salut Mental

*** Equip municipal de base, psicopedagógic o no**

VALLÉS

ORIENTAL

LE

MARSEME

St. Iscle de Vallalta

St. Cebrià d'Ho Vallès

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE

Arenys de Mar

St. Vicenç
de Montalt

Snusaker

.Sr Andreu de Llavaneres

Traditiona

Optus

Cabris.

Mataró

1 Cabron de Mai

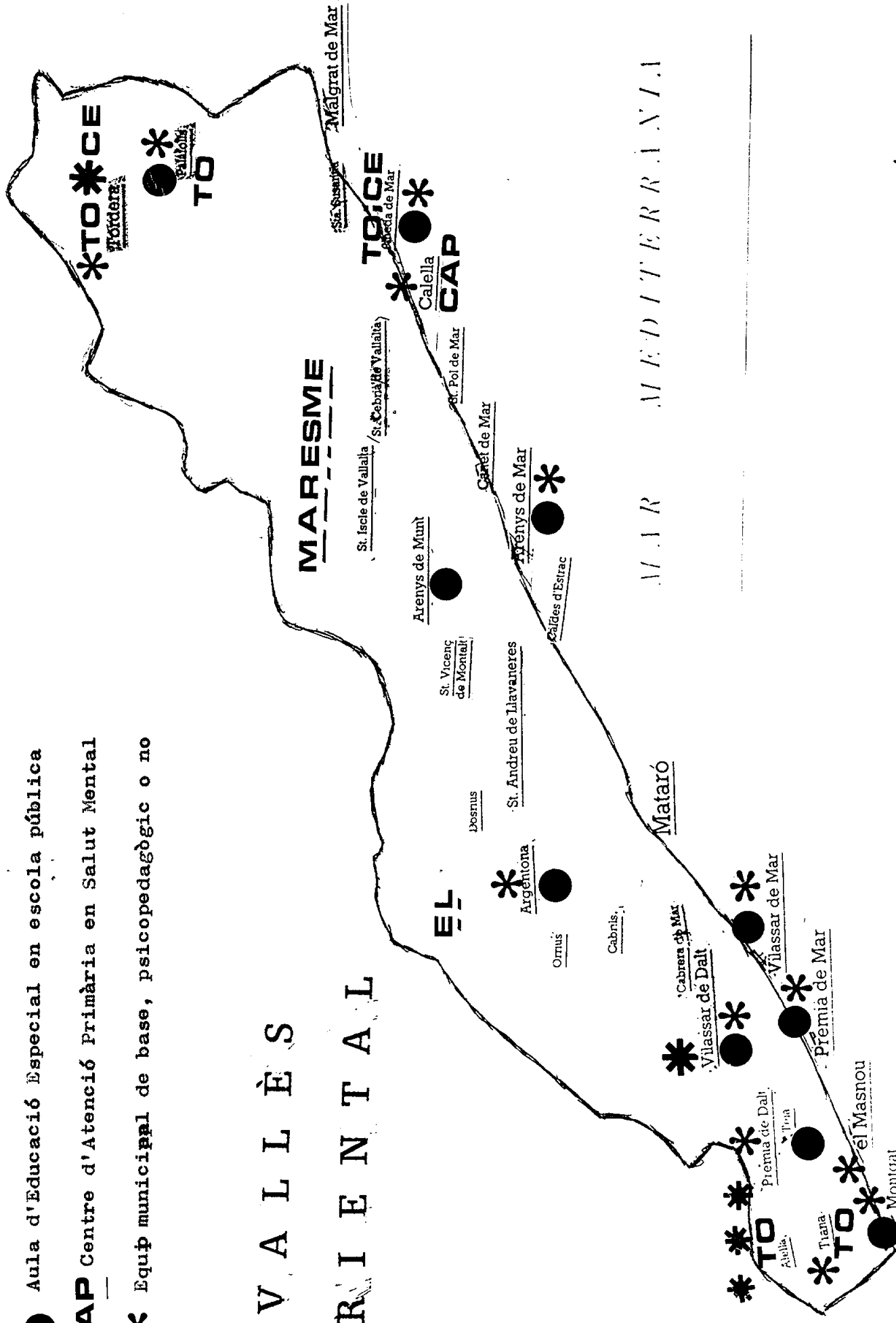
Do Dalt

Wilcoor de Mar

100

El Masnou

Monica



MR. WEDDLETTERRILL

A manera de reflexió inductiva

La intervenció pública en el camp de la inadaptació infantil és una tendència relativament recent al nostre país; hem passat d'una situació centrada quasi exclusivament en la caritat, la beneficència, l'assistència social i la urgència d'una solució immediatista dels problemes, a una demanda progressiva d'acció i foment de l'administració pública a través de la despesa pública en el que se'n ha anomenat política social.

Això ha dut a un proveïment de serveis col·lectius de benestar social en una acció deliberada de les administracions públiques en la promoció de benestar social. La política social consisteix, doncs, en la utilització de recursos que el sector públic treu del sector privat per tal de produir béns i serveis d'utilitat col·lectiva que no serien produïts ni en la mateixa escala ni distribuïts d'una forma socialment desitjable si això fos regulat pels mecanismes exclusius del mercat.

Històricament, els arguments utilitaris i els humanitaristes han anat presidint el trasfons dels principals reformadors socials i de les seves reformes posades en marxa. I, malgrat el ràpid creixement de l'estat benefactor, hi ha la persistència evident d'un desajustament entre els recursos disponibles i la demanda social de tal manera que moltes necessitats són encara ignorades.

Pel que fa concretament a la panoràmica global resultant que es desprén del mapa assistencial a la comarca del Maresme, hi descobrim un extraordinari garbuix que ens fa pensar que uns serveis mal planificats són sempre uns serveis cars, a part de les importants llacunes que s'hi descobreixen.

Les causes d'aquesta impressió general són tanmateix ben clares:

a) La coexistència d'inspiracions tan diverses com la beneficència, l'assistència social gracieble i els serveis socials més o menys planificats. Laberint de competències i responsabilitats al si del sector públic, amb un predomini de les pretacions individuals i de subvencions a institucions, centres i serveis, consolidant una intervenció fragmentària i de pura contenció de les necessitats socials. Les situacions de fet, productes d'emergència social o de grups d'interessos, són a l'ordre del dia en el planejament comarcal de la comarca.

b) Les intervencions i prestacions solen adreçar-se a la compensació subsidiària de les mancances, dèficits i discriminacions d'accés als serveis col·lectius de benestar social; això porta com a conseqüència una certa insuficiència social i una gran manca de coordinació ad-

ministrativa, orgànica i institucional.

c) Els solapaments d'una oferta no integrada contrasta amb destacats dèficits; es pretén donar resposta a les mateixes necessitats des d'organismes i institucions diferents, el creixement espontani de la iniciativa privada sense afany de lucre conviu amb la proliferació d'establiments amb orientació obertament lucrativa i fora de qualsevol control administratiu.

d) A una estructura financera feble, cal afegir-li la fragmentació generada per un important suport financer a individus, institucions i centres per part de l'administració. D'una banda, doncs, hi ha la polarització de les ajudes individuals i, de l'altra, l'escassetat de medis per a atendre el manteniment o la inversió en nous equipaments.

e) Tant els serveis com els equipaments contempnen una escassa presència del sector públic en contrast amb el pes notable de les institucions de dependència religiosa o d'iniciativa privada no lucrativa; hi manca ordenació, plantejament d'àrees d'activitat, tipus d'intervenció i àmbit territorial de cobertura. Es troba a faltar el paper motor, actiu i d'iniciativa de l'administració que, reduïda a la dimensió burocràtica d'ajuts a les persones o als centres, decideixi en quins casos actuarà directament i en quins moments recolzarà o incentivarà els serveis i centres de gestió municipal o d'iniciativa privada no lucrativa.

El conjunt observat en aquest mapa dels serveis i atencions a la salut mental de la comarca del Maresme recorda, sense ànim de minusvalorar els importants esforços que s'estan duent a terme, la dependència assistencialista i benèfica d'uns serveis que encara es troben lluny dels principis de normalització, integralitat, proximitat, igualtat, solidaritat, llibertat, universalitat, responsabilitat i financiació pública que suposen i defineixen uns serveis concebuts amb actualitat i modernitat.

Reflexions finals: com si fos una conclusió

1ª/ Els professionals creuen que és nociu passar sistemàticament tests a dojo. I, per tant, en nens i nenes hi ha problemes clínics reals que tanmateix necessiten una teràpia; no són pas gaire, grosso modo a les escoles es parla com a màxim d'un 3'5 o un 4 %, però hi són. La solució d'aquestes problemàtiques no és pas optimista; es troben a l'encreuada d'una gran dificultat d'atenció. Perquè els nens i nenes que necessiten una teràpia han d'acabar anant a psicòlegs particulars pagant-s'ho de la seva pròpia butxaca; en definitiva, les sortides són particulars i individuals.

A les aules d'educació especial de les escoles de la comarca, hi ha veritables casos de neurosis i de psicosis, persones que pateixen per diversos motius determinats bloquejos, persones que no se'n surten. Aquests solen ésser nens que desequilibren i desborden l'aula.

El mestre tindrà una certa bona fe uns dies, potser unes hores; però al final se'n cansa i aleshores la sortida serà clavar-los-hi una bofetada o deixar-los en un racó. Hi ha un problema de tolerància per part del mestre.

Al mestre s'intenta ajudar-lo a què aguantí el noi problemàtic i, sovint, -diuen els professionals- el mateix fet que el nen segueix a un tractament, ja ajuda el mestre a aguantar la situació. El mestre moltes vegades demana assessorament i un recolzament i el que és clar és que cal fer una intervenció d'ajuda a l'escola. I és que els mestres s'angoixen i la tasca dels professionals és ajudar a baixar el nivell d'angoixa del mestre. I és que, de fet -diuen els professionals- moltes vegades no saps massa què dir.

Hi ha un fet inqüestionable: el patiment psíquic és general i moltes vegades les crisis són puntuals i els professionals tenen consciència que la seva ajuda és positiva en aquests moments crítics. I el treball a realitzar no s'ha de confondre amb una titulació; no és tant un problema de títols o de funcions com de treballar directament dintre dels mateixos claustres.

L'experiència demostra que una tasca indispensable dels professionals que s'hi dediquen és la de reconvertir la demanda dels mestres perquè per a ells no és pas fàcil interpretar la realitat conflictiva.

Fa uns anys, no pas massa, que els professionals coneixen més bé què és una psicosi infantil; abans es tractava a tothom com si fos un problema de deficiència mental. La ciència i l'experiència han jugat a favor dels mateixos professionals. Aquest és un problema que s'ha vist sempre: com menys se sap d'una cosa, més actuen els tabús defen-

sius d'ordre social, d'ordre polític o d'ordre religiós.

2ª/ En general i socialment, encara no s'entén que hi hagi nens que puguin patir trastorns mentals; hi ha una ideologia ambiental que fa que no s'accepti fàcilment la malaltia mental infantil: això ho veus àdhuc en la mateixa administració, diuen els nostres informants.

I, per altra banda, el deficient és encara causa de vergonya, és a dir, de no reconeixement social. Al nostre país encara no s'ha introduït el costum iniciat en força països: fer la cirurgia estètica als mongòlics. I què hi ha al darrera? L'única motivació i l'única qüestió que importa és salvar la imatge social.

Es cert, si ho mirem d'una altra manera, ~~una~~^{que} socialment la psicosi o la neurodi no són tant problema, no són subjecte d'una visibilitat tan escandalosa ni amb tantes ressonàncies. Això provoca que es falsi sistemàticament la realitat precisament per causes que no tenen res a veure amb la realitat o la manca de salut de la persona.

Es remet en qüestió la mateixa definició de malaltia; es tendeix massa a aïllar, a fraccionar. De fet, no són pas tan separables els problemes mentals de les causes socials que els originen i hi ha una tendència, ja des de l'administració, a agafar els problemes parcialitzats i hom sospita que hi ha un interès a què les coses siguin així.

La gran bogeria de l'assistència psiquiàtrica infantil és que no existeix; la realitat és que falta coordinació i, a més, els centres es troben que han de negociar els tractaments amb les instàncies corresponents perquè tot està concebut d'una manera massa burocràtica. Es necessita el consentiment dels àmbits dels quals depèn la infància: serveis socials, sanitat i ensenyament. En conjunt, s'ha de dir que no hi ha una política assistencial a la infància.

3ª/ Si, tal com hem pogut observar, s'ha incrementat la demanda d'atencions a la infància sobretot quan van veure la llum els psicopedagògics municipals o els equips municipals fent funcions psicopedagògiques, no és únicament perquè hi havia més oferta de serveis; aquesta seria una explicació excessivament simplista. El que passa és que abans els nens amb trastorns de personalitat anaven sistemàticament a l'escola especial perquè no es sabia on derivar la problemàtica; és el dilema tremendo de donar resposta a un problema o de no donar-la: al cap i a la fi la psicologia és encara un neonat, diuen els professionals.

Abans, els problemes ja hi eren; però tot passava per l'escola i aquesta esdevenia el centre de diagnòstic més important; només els pares més conscientitzats s'entregaven a fer un tractament pràvidament. En nèixer els EAP municipals i incrementar l'oferta de serveis, es produeix immediatament el gran boom.

Abans, passaven més desapercibuts; però ara també hi ha una raó de pes: la gent en general és més sensible als petits problemes.

No és cert, per tant que hagi aparegut una nova problemàtica d'inadaptació infantil, sinó que el ^{que} succeeix és que la tendència actual de discriminar més clarament les patologies entre el que és de l'esfera mental i el que cau dintre la intervenció psicopedagògica, ha acabat donant un respir a l'escola que ja no ha d'atendre ni s'ha d'ocupar de totes les situacions: les entrades dels psicopedagògics a l'escola, malgrat tot, s'han pagat a un preu que no és altre que el d'acceptar acríticament la demanda de l'escola.

Pel que fa, concretament, al Centre d'Assistència Primària en Salut Mental de Calella, que és l'únic que atén la població infantil amb un acord previ amb els ajuntaments que són els qui sostenen de fet el centre, no fa tant temps que funcionava poques hores i ara s'ha incrementat la dedicació i la gent el coneix més. La forta dinàmica del CHM s'explica en tant que el seu context psiquiàtric és el que determina l'increment de la demanda.

Aparentment, sembla que avui dia hi hagi més problemes i la gent al·ludeix al fet de la televisió, les noves tecnologies i les situacions noves generades per una difícil relació amb la feina. I no és que hi hagi més problemàtica, sinó que ens trobem davant d'un canvi profund i radical i d'una forta evolució de les formes de treball. Diuen els professionals que s'ha d'ensenyar la gent a saber fer una lectura no tan negativa de les noves formes de la vida col·lectiva que generen situacions noves d'afrontar la quotidianitat.

L'increment real, efectiu i constatat de consultes comarcals als diversos centres s'explica per varies raons. La primera és que no es pot negar un procés creixent de desestructuració de les famílies i això porta a contemplar unes relacions pares/fills absolutament insòlites i anormals; una idèntica situació és patida diferencialment per uns nens i unes nenes més que d'altres: n'hi ha que ho superen més bé, encara que aquests no sigui precisament la majoria. Als nuclis petits és evident que aquesta desestructuració s'aguditza molt menys.

Hi ha una segona raó que no es pot oblidar: la medicina cada vegada salva més i hi ha moltes patologies que abans no duraven gaire per-

què les persones es morien; ara no, viuen molt més.

Una altra explicació és que hi ha vertaderes malalties mentals per part de les famílies; per exemple, davant la planificació familiar i en segons quins ambients, es posa en evidència una por real i sempre amb arguments tan poc consistents com el de dir "mi marido no vería bien estas cosas". Les famílies febles, delicades, dèbils o fluïxes cada dia són més i trobaríem índexs sorprenents.

En conjunt, doncs, hem de negar l'aparició de noves problemàtiques, i més aviat cal considerar que els canvis que s'han operat ostensiblement en la vida col·lectiva moderna generen moltes situacions anòmiques i relacionals que abans no hi eren.

4ª/ Com hem pogut veure anteriorment, hi ha molts casos que es perden en curs de diagnòstic i orientació, però sobretot a l'hora del tractament. Per què?

Una constatació és que, davant la complexitat de la problemàtica que es tracta, els assistents socials de barri es troben perduts, sobretot, quan contempen que són les famílies més desestructurades i més problemàtiques les que no es presenten o no tornen a la consulta. Això és motiu de des~~con~~cert i de desànim.

Des del CHM de Calella observen com la gent cada vegada en sap més i sap distingir més i millor el que cau dintre l'esfera del que és pròpiament psicopedagògic del que és el camp específic i concret de la clínica. Però a l'hora del tractament hi ha força desercions, malgrat tot. Els motius que^{les} expliquen són els següents.

Les famílies demandants s'han vist defraudades en les seves expectatives des del moment que se'ls hi ha dit que l'objecte de la seva demanda no té una implicació clara en el que realitza el servei del CHM de Calella. Un matís dintre d'aquesta primera situació és que, quan s'ha proposat un tractament determinat i s'ha donat una orientació pertinent, la família considera que aquesta no va bé i aleshores desapareixen.

Hi ha motius de desercions en el tractament que són deguts més a aspectes formals que no pas al fons mateix de la problemàtica que acudeix al servei. Per exemple, la distància i la incomoditat d'uns desplaçaments poden fer que es perdi la continuïtat, o el que es tracti d'un tractament excessivament llarg que acaba cansant.

Finalment, hi ha raons o motius que neixen de la particular ubicació del centre al mateix hospital de Calella. Es genera per aquesta via una confusió entre el tractament clínic hospitalari i el tractament mental: hi ha una equiparació simbòlica amb els serveis mèdics

de l'hospital. Marginalment, també, el fet de què el CHM sigui un servei públic, pot ésser la causa de no acceptació d'un tractament.

Sigui com sigui, la pèrdua de casos en un moment o altre de la intervenció arriba a unes proporcions molt altes per pensar precisament en la necessitat d'una coordinació indispensable entre les diverses instàncies que a la comarca toquen d'una o altra ^{manera} la problemàtica infantil. El fet que siguin les famílies més desestructurades les que deserten, obliga a reforçar la vigilància per tal que el suport acordat tendeixi a la vertadera finalitat per la qual fou creat.

Paral·lelament, als serveis públics de la comarca hi ha una clara resistència social a acudir-hi i s'ha observat com moltes persones acudeixen a Barcelona per allò que, tractant-se d'una ciutat gran, hi ha també més possibilitats alternatives sigui o no a un centre privat; però la inversa també és certa: hi ha molta derivació de problemàtica que prové de la ciutat de Barcelona (San Joan de Déu, la Creu Roja, etc).

I que hi hagi més nens que nenes a la consulta no és res d'extrany perquè els nens són causa de més preocupació social en tant que observen un desenvolupament psicomotor més lent i, per exemple, en problemes de llenguatge manifesten més complicacions a l'hora de l'aprenentatge escolar.

La constatació que les famílies que acudeixen a un suport psicopedagògic o clínic a les consultes pertanyen a una classe social molt determinada, s'explica, no solament perquè els psicopedagògics actuen a l'escola pública, sinó també perquè les classes socials més benestants, que presenten una demanda molt més complexa i sofisticada, van indefectiblement a la consulta privada sense passar pels centres o la xarxa assistencial pública de la comarca.

5ª/ Hi ha, certament, una consciència entre els professionals que existeixen d'altres problemàtiques que no són simplement les de la salut mental. El que passa al nen o a la nena, a vegades és el menys problemàtic: s'utilitza molt el nen o la nena com a símptoma de la patologia familiar. El cas més evident és el de les parelles separades que posen constantment el nen o la nena al mig de la mútua conflictivitat o que s'interroguen sobre l'afectació que pot produir en el fill o la filla la seva difícil relació conjugal.

El que passa és que s'estan derivant problemes contextuais als fills i potser el més evident és que, segons el context, el comportament varia; aquest és un indicador rellevant de la força del medi en el comportament del menor. El desordre observat en el fill o la filla, mol-

tes vegades, s'acorda i s'interrelaciona amb la família d'origen i la seva cultura pròpia; però, malgrat tot, els envien.

Es aleshores que el professional detecta que no hi ha problema en el menor; quan això s'ha expressat, aquests casos es perden a l'hora del tractament perquè els veritables responsables no senten cap necessitat d'atenció. Serà només molt més tard, quan aquell infant ja és un adolescent, que el tornen a dur a la consulta; però aleshores la situació ja ha derivat vers un conflicte social més seriós, per exemple, de conducta predelinqüent.

El gran repte pels professionals és el de donar resposta al gran interrogant de saber què és normal i què no ho és. Perquè el conflicte que origina una problemàtica no arranca necessàriament en el desequilibri del nen o de la nena; aquest o aquesta són només els emissors del conflicte familiar: el que és problemàtic no és el qui fa l'objecte de la demanda, sinó el context que l'explica.

Però, ho vulguis o no, el conflicte s'ha de tractar. I el que cal fer aleshores és fer una reconversió de la mateixa demanda. I, quan s'insinua que els fills només fan que emportar-se la responsabilitat i el que passa és que el nen o la nena no tenen mitjans i que el que s'ha de fer és modificar la pròpia vida, els veritables responsables ja no ho afronten. És el mateix que passa amb els alcohòlics: no demanis ajuda al consort perquè sempre interpreta que és un problema de l'altre. I la gent que es sent molestada, es perd, desapareix, no vol saber res d'educació especial just en el moment que intentes fer-los assumir les seves pròpies responsabilitats; per a aquestes persones és més fàcil llegir la dificultat del fill o la filla que no pas implicar-se en el problema concret.

I com es treballen aquests casos? Hi ha un primer moment que és i sembla capital i és la condició de continuïtat d'una relació terapèutica perquè aquesta ja és un bon pronòstic: "no es preocupi, no s'angoixi, estigui tranquil, deixi'm fer que el problema s'arreglarà". Per tal que no es sentin agredits i se'n vagin es tracta de no culpabilitzar ningú; s'ha de pensar que hi ha gent que no està disposada a canviar res. Aleshores i malgrat tot, cal donar pistes i confiar que, a grat o desgrat, alguna cosa es recull; hi ha la ferma convicció que l'entrevista per si mateixa ja és terapèutica.

El que jamai s'ha de fer és confiar acríticament a l'aula d'educació especial de manera indiscriminada; aquesta tranquil·litza sobradament tant els mestres com els psicòlegs i, en el fons, s'està reforçant encara més el símptoma.

6ª/ La posició de base dels diversos professionals és que, en la mida del possible, els nens i les nenes han d'anar a l'escola normal. Però el que passa és que pels psicòtics no hi ha res a la comarca, a on els encamines? Donada la manca d'equipaments, a l'escola especial hi trobarem no solament els psicòtics, sinó àdhuc els caracterials. El quadre no pot ésser més que pessimista en aquest sentit.

La institucionalització justifica certes postures dels pares i hi ha excessives rigideses en aquesta qüestió de l'internament. La manca d'equipaments i la pressió de la demanda són les dues motivacions que expliquen sobradament la dificultat de poder integrar molts nens i nenes a l'escola normal.

7ª/ El conjunt dóna la impressió de trobar-nos a l'encreuada d'una gran complexitat de contradiccions que afecten sèriament l'eficàcia i el bon fer d'una labor que, ben estructurada, hauria de rendir uns fruits més o menys ben concebuts i amb un mínim de costos.

La primera consideració que cal fer és la gran dificultat de separar els problemes d'etiologia social dels problemes psicològics; és un fet que els uns depenen dels altres i que es troben en una perfecta interrelació. Des d'aleshores, una clau d'èxit radica en la manera d'atendre precoçment i cal posar en marxa una xarxa assistencial i preventiva que basi la seva actuació en una intervenció prematura. La condició d'aquesta xarxa és que sigui coherent i, sobretot, que sigui comunitària.

La integració a l'escola pública com a projecte és fruit d'una llei perfecta; però no es fa bé. La filosofia és bona; però a l'hora de la posta en pràctica no hi ha els recursos. I si no logrem integrar a la xarxa escolar els nens i nenes considerats normals, com podem fer-ho amb els problemàtics? En conjunt, la causa es troba en una gran manca de planificació perquè, si aquesta és ben feta, per començar ha de cobrir no solament la detecció, sinó el tractament i això encara està ben lluny d'aconseguir-se.

Els nostres informants diuen que l'única política clara que té la Generalitat és la de la ubicació dels nens a les aules; però no la d'integració. Des d'aleshores, es creen coses molt bones sobre el paper; però efectivament no s'arriba allà on s'hauria d'arribar i és per aquesta causa que els tècnics que formen part dels EAP viuen com angoixats entre desbordats per la feina i per la impossibilitat d'arribar allà on creuen que haurien d'arribar. Només es senten compensats quan intervenen sobre una població de dimensions limitades i petites; aleshores sí que el treball és fecund: els casos són més recu-

perables, hi ha menys conflictivitat i es dóna una relació més normalitzada amb el medi.

D'una banda, la població que fa una demanda és molt rígida i exigent i, per l'altra, l'orientació que es porta ja des de dalt és més individual que comunitària; els problemes no es resolten amb pastilletes i la mateixa demanda de l'escola és la pastilleta. Es cau massa en la xarxa que imposa l'escola i s'acaba perdent panoràmica.

Es necessari fer intervencions comunitàries i en equip i s'ha d'abordar la problemàtica des de fora de l'escola, encara que és necessari comptar amb el consentiment de l'escola: la família, les associacions de pares... Es fa indispensable una coordinació i treballar en una línia col·lectiva de feina; és l'única manera de trencar les intervencions que es limiten massa a l'aspecte clínic; es fa necessari un tractament de les situacions des de fora de l'escola.

Hi ha experiències prou interessants en aquest sentit dintre la mateixa comarca i per part dels equips municipals de base; per exemple, iniciant unes entrevistes amb famílies de preescolar omplint un qüestionari relativament exhaustiu que serveixen com a pretext per tal d'arribar a crear trobades de reflexió sobre temes d'interès concret. I això es pretén extrapolar-ho a d'altres nivells de l'ensenyament, precisament perquè aquest és un treball de prevenció.

La pressió contextual és tan forta que, simbòlicament, només s'acorda un prestigi a la clínica i, si es dóna una imatge clínica, adquireixes immediatament un ascendent; si es dóna una imatge comunitària, es necessita tenir un cert pes per a què es tingui en compte el valor de la intervenció. Aleshores, com que no es treballa d'aquesta manera, s'acaba intervenint individualment i no comunitàriament.

En el cas, per exemple, d'un retràs escolar, s'hauria de plantejar què es demana a cada nen a nivell de continguts perquè hi ha handicaps que poden provenir de no haver freqüentat anteriorment la guarderia o de no haver iniciat cap mena de socialització infantil.

Diuen els professionals que tota la problemàtica és fruit d'un sistema que, per una part, explica les situacions i, per l'altra, explica les intervencions; la mateixa dinàmica concreta d'una classe pot afavorir moltes situacions crítiques. Això és el que fa pensar que s'ha de donar decididament un suport al mestre i aquesta és una funció clara dels EAP. I la minoria que requereix un tractament molt individualitzat, cal derivar aquestes situacions cap a instàncies que poden donar una resposta adequada.