



IV Jornada de Treball Social
als Equips d'Atenció Primària de Salut

El Treball Social avui: Un Calidoscopi

Manresa, 7 de novembre de 2002
Museu de la Tècnica



Servei Català
de la Salut

Regió Sanitària Centre

Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat
i Seguretat Social

Institut Català de la Salut
Serveis d'Atenció Primària
Bages-Berguedà-Solsonès

"El Treball Social avui: Un Calidoscopi"

CALIDOSCOPI

(fragment)

*...D'aurores i crepuscles, de la pluja
i el sol i el vent, de nits inacabables
i de nits fugisseres, de baralles,
del fred i la calor, dels dies fràgils
i els dies durs, d'estius i primaveres,
de tardors i d'hiverns i altra vegada
de la pluja, d'aurores, de crepuscles.*

*De somnis, de records i d'esperances,
del fosc i absurd parany de la memòria,
dels plors i les rialles, de la vida
i de la mort, dels dubtes, les enveges,
de l'odi poderós, de l'alegria,
d'angoixes, de silencis i altra volta
de la vida i la mort ineluctables.*

Miquel Martí i Pol

Manresa - 7 de novembre de 2002

COL-LABORACIONS ESPECIALS:

Ajuntament de Manresa
Servei Català de la Salut
Consell Comarcal del Bages
Col·legi de Treball Social

ENTITATS COL-LABORADORES:

SAR
Caixa de Pensions i Estalvis de Catalunya
MIDAT- MÚTUA
Orto 7
Ortopèdia Maza
MUTUAM

ÍNDEX

Salutació	7
Comitè Organitzador	9
Comitè Científic	9
Secretària del Congrés	10
Programa del Congrés	11
Ponències	13
Comunicacions a la taula rodona	19
Comunicacions lliures	23
Pòsters	27

PERFIL DE L'USUARI DEL PROGRAMA D'ATENCIÓ A L'IMMIGRANT EN UNA ÀREA BÀSICA DE SALUT

Autora: **M. Teresa Salvador i Balsells**. ABS Cambrils

Coautors: **Olga Doblado López, Jovita Puig Sole, Mònica Asensio Vidal i Francesc Margalef Pallarés**

Objectius

- Definir el perfil de l'usuari del Programa d'atenció a l'immigrant.
- Avaluar-ne l'efectivitat.

Material i mètodes

- Estudi descriptiu retrospectiu transversal..
- Període estudiat: 14-2-02 al 30-6-02.
- Variables estudiades: socials, familiars, mèdiques d'origen.

Resultats

- Els candidats al Programa:193, van acudir a la visita 158 (81,8%). Protocol informatitzat: 137 dels casos (86,7% dels atesos).
- Sexe: Dones 52%; homes 48%.
- Zona d'origen: 69% centre i sudamèrica.
- Situació legal: 64% no.
- Treballen: 61% no.
- Situació familiar: 64% viuen en família.
- Malalties: 78% no.

Conclusions

- El programa és acceptat de manera majoritària.
- El flux migratori actual prové majoritàriament de centre i sudamèrica, el nivell de formació i l'adaptació lingüística i cultural és elevada.
- Les perspectives d'adaptació i integració d'aquest col·lectiu són esperançadores, però resten limitades per les dificultats per regularitzar la seva situació legal i laboral.
- L'efectivitat del programa queda qüestionada per les limitacions del immigrants versus les vies de sortida actual a les seves necessitats bàsiques, fet que pot abocar a situacions de salut i equilibri biopsicosocial de risc elevat.

IMMIGRANTS ALS PIRINEUS

Primer signant: **Toni Calvet Bellera**. 7 ABS dels Pirineus

Coautors: **Carme Castells Perucho, Roser Durano Palacin, Anna Granja Fité i Teresa Salud Pijuan**

Objectius. Conèixer la tipologia prevalent de la població immigrant que realitza la Sol·licitud de reconeixement d'assistència sanitària.

Disseny. Estudi descriptiu transversal de juny 2000 a juny 2002.

Àmbit. 7 ABS dels Pirineus.

Subjectes. 634 sol·licituds de reconeixement d'assistència sanitària.

Mesuraments. Enquesta on es mesura: Sexe; país d'origen; edat; estat civil; nombre fills, on els tenen; vénen sols a la consulta; familiars que viuen aquí; nivell d'estudis; habitatge; patologies; derivació CAP; necessitat assistència sanitària immediata; motiu tràmit TSI; situació laboral; àmbit treball; regularització situació legal.

Intervencions. Realització enquestes.

Resultats. Homes: 50,47%, Dones: 49,53%, País procedència: Llatinoamèrica: 74%, Àfrica: 7% Països-Est: 19%; Grups edat: 0-15 anys: 12%, 16-35: 62%, 36-64: 25%, +65: 1%; estat civil: solter: 51%; nombre fills: sense 52%, amb fills 45%; on els tenen: 71% país origen; vénen acompanyats: 75%; familiars comarca: 42%, cap conegut-familiar: 29%; nivell estudis: 30% estudis primaris, 21% estudis universitaris; Habitatge: lloguer: 85%, pis compartit: 44%; derivació CAP: amics: 35%, familiars: 32%; patologies: 61% manifesten no tenir cap patologia, 14% ginecòleg; necessitat assistència sanitària: sí 63%; motiu tràmit TSI: patologia-necessitat anar al metge: 39%; situació laboral: treballen: 59%, àmbit: construcció: 35%; regularització situació legal: iniciats tràmits: 51%.

Conclusions. Perfil d'immigrant jove, provinent d'Amèrica Llatina, majoritàriament amb estudis i molts cops universitaris, viuen en pisos de lloguer compartit, vénen al CAP acompanyats i els deriven amics i familiars, generalment manifesten no patir cap patologia i, en tot cas, la demanda preferent ha estat consulta de ginecologia, la majoria volen anar al metge abans de 10 dies, el motiu de tramitació de la TSI és per consulta mèdica; més de la meitat treballen, molts en l'àmbit de la construcció i la meitat han iniciat tràmits per regularitzar la situació legal.

L'HOSPITAL DE DIA, UN NOU RECURS SOCIO SANITARI A LA NOSTRA DAP. EXPERIÈNCIA A L'ANY 2001

Primer signant: **Maria Dolors Olmos Pagès**. ABS Martí Julià. Cornellà

Coautors: **N. Castellví Gil, L. Cortés Bofill, A. Juan Jiménez, C. Marcos Gil, D. Ruiz Jiménez, E. Tenorio Mayor, P. Teijón Escudero, O. Ventura Matz, N. Zabaleta Gascó**

Objectius. Conèixer la utilització del recurs Hospital de dia a la nostra DAP durant l'any 2001.

Objectius específics:

- Nombre de sol·licituds i valoracions fetes.
- Nombre pacients ingressats per ABS.
- Nombre de pacients no ingressats i motius.

Metodologia

- Recull de dades.
- Anàlisi demandes socio sanitàries i valoracions (gener 2001 a desembre 2001).
- Històries clíniques i fitxes d'atenció domiciliària.
- Memòria funcional Hospital de Dia.

Resultats

Nombre total de valoracions realitzades:	40	Dones:	17
Ingressos:	26	Homes:	9

Incidències: 2 altes voluntàries i 2 reingressos.

Total pacients no ingressats:	14
-------------------------------	----

Conclusions. La nostra experiència ens permet qualificar l'hospital de dia com un recurs dinàmic, útil i àgil que dona resposta a les necessitats socio sanitàries dels pacients que han estat beneficiaris d'aquest servei.

Des de la nostra visió valorem que hi ha aspectes a millorar:

- Per una banda, potenciar la divulgació d'aquest recurs a tots els professionals sanitaris per tal que la detecció del perfil d'aquests pacients s'agiliti i així l'optimització de l'hospital de dia sigui més eficaç.
- Per altra banda, caldria fomentar l'orientació a les famílies de l'efectivitat del recurs per millorar el manteniment a domicili i la qualitat de vida dels pacients afectats.

SALUTACIÓ

Em plau fer la presentació del llibre de la IV Jornada de Treball Social als Equips d'Atenció Primària de Salut que porta per títol "El treball social avui, un calidoscopi" i que té com a objectius intercanviar experiències de treball social, reflexionar sobre els canvis i les necessitats de salut emergents, aprofundir en la coordinació d'organismes i institucions i desenvolupar noves línies d'actuació.

L'entorn de canvi permanent que vivim on les necessitats personals i de salut evolucionen, es transformen o n'apareixen de noves, fa necessari que l'atenció primària hagi d'oferir cada vegada més una atenció més global i més integradora de recursos i serveis. En aquest entorn la figura del treballador social, com a coneixedor de la globalitat que envolta i influeix en cada usuari, és fonamental.

Espero que la Jornada sigui profitosa per a tots els assistents i ens ajudi en el camí de la qualitat, a la vegada que ens permeti retrobar companys i companyes, amics i amigues.

Rebeu una salutació cordial.

Eduard Rius i Pey

Conseller de Sanitat i Seguretat Social

HIPOACÚSIA INFANTOJUVENIL. CONÈIXER LA SITUACIÓ A L'ABS DE SANT ADRIÀ DE BESÒS 2 LA MINA

Primer signant: **Jordi Rengel**. CAP La Mina. Barcelona
Coautora: **Montse Sánchez**

Objectius. General: Conèixer la situació general a l'ABS. Específics: Analitzar les dades recollides des de la història clínica.

Mètode de treball. Revisió de l'HCAP del menor detectat. Reunions d'interconsulta amb cadascun dels pediatres del CAP. Extreure de l'HCAP dades socio sanitàries segons full estàndard.

Disseny. Estudi transversal. Abril de 2000.

Subjectes. Menors de 15 anys que pateixen o han patit una hipoacúsia.

Resultats

- S'han detectat 38 casos, dels quals 21 són nens (55,26%) i 17 són nenes (44,74%).
- Dues tercers parts dels casos s'ubiquen al barri de la Mina.
- Hi ha 6 casos de sordesa congènita (hipoacúsia neurosensorial). Dels 38 casos, 9 són casos de sordesa permanent. Hi ha 10 casos que porten pròtesis auditiva.
- En els tipus d'hipoacúsia trobem: lleu en 20 casos (52,6%), moderada en 10 (26,3%), greu en 7 (18,4%) i desconegut per fora de zona un cas, el 2,68%.
- Dels 38 casos, 26 sí que estan fent o han fet el seguiment per l'ORL de zona (68,4%).
- En 17 casos sí que es va trobar un endarreriment en el llenguatge i en 11 casos sí que havien tingut contacte amb el logopeda.

Conclusions. El valor extret de l'estudi aporta informació suficientment important per plantejar-se un seguiment social de cada menor i facilitar els recursos adients a les famílies.

PROMOURE EN XARXA LA INTEGRACIÓ DE LES DONES IMMIGRANTS A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

Primer signant: **Mònica Anguela**. SAP Reus
Coautors: **D. Palacin, R. Quintanal, N. Segura, M. Bartolomé, I. Ortega, S. Jiménez, E. Balsells**

Paraules clau: Dona, integració, salut.

Objectius. Donar a conèixer els programes de Salut Comunitària a la població immigrant per tal d'afavorir la plena integració a la comunitat d'acollida. Seguir potenciant el treball interdisciplinari en xarxa entre les diferents administracions competents.

Material i mètodes. Disseny: Intervenció comunitària. Àmbit d'estudi: 2 ABS de l'ICS (Reus I, IV). El nombre d'habitants adscrits a les dues ABS és de 20.209, dels quals un 3,5% són immigrants d'origen marroquí. S'organitzen 6 xerrades d'educació sanitària durant 2 anys consecutius al Centre Cívic Llevant de Reus dins del marc d'intervenció de l'escola municipal d'adults Marta Mata que cada any organitza el "Curs d'Aprenentatge de la Llengua" per a dones immigrants, on a part de l'aprenentatge de la llengua s'organitzen diverses activitats, entre elles les de salut comunitària. Les sessions són sobre salut sexual i reproductiva, riscos d'accidents infantils, la febre en els nens, els medicaments i el seu ús i hàbits alimentaris. Variables d'estudi: Les variables d'estudi són: nombre d'assistents, edat, procedència, estat civil, nivell formatiu, situació laboral i convivència.

Resultats. El total de dones participants entre els 2 anys és de 55. El perfil de dona que observem en comparar les variables dels 2 anys és quasi coincident, resultant que el 55% de les assistents són joves entre 20 i 30 anys, totes procedents del Nord del Marroc, el 70% són casades i amb fills. Conviuen amb el cònjuge el 65%. El nivell formatiu és baix, el 79% són analfabetes i no entenen ni parlen el castellà, per la qual cosa va ser necessària la col·laboració d'una mediatra intercultural. Solament un 17% treballa i el sector de treball és el domèstic.

Les sessions es van adaptar al nivell formatiu de les assistents a fi de fer-se entenedores i amenes. Es va motivar la participació del grup amb preguntes obertes relacionades amb les exposicions. Les explicacions van anar acompanyades d'imatges en pòsters.

Conclusions. Increment de població més jove a les xerrades d'educació sanitària del segon any, indicador positiu d'integració. Aquests grups afavoreixen un clima de confiança on sorgeixen noves demandes per poder intervenir. Cal seguir treballant amb aquest col·lectiu per tal que s'apropin als serveis comunitaris. Amb aquestes activitats s'acompleixen els eixos marcats per la Regió Sanitària en el referent a la intervenció amb població immigrant.

tividad. Nadie se ha sentido manipulada/o. De ahí se explica que no haya surgido un líder y que, finalmente, el sentimiento de todas/os los participantes de este grupo sea muy positivo.

La reflexión al realizar este trabajo ha sido útil para el grupo, nos ha motivado para continuar con ilusión el trabajo iniciado hace diez años.

ELABORACIÓ DE LA CARTERA DE SERVEIS DE TREBALL SOCIAL DEL SERVEI D'ATENCIÓ PRIMÀRIA BAIX LLOBREGAT NORD

Primer signant: **C. Llopart Catasús**. SAP Baix Llobregat Nord

Coautors: **A. Pomares Costa, V. Bardagí Blasco, Dolors Segura, C. Rovira Aler, A. Jiménez Vinuesa i M. Tura Poma**

Introducció. La dispersió territorial ha incidit en part en el fet que els treballadors socials (TS) de les cinc ABS i del PADES realitzéssim la nostra tasca de forma individual. Així doncs, hem detectat la necessitat de revisar aspectes metodològics i consensuar criteris d'intervenció per millorar la qualitat del nostre treball.

Objectiu. Elaborar la cartera de serveis (CS) de treball social del SAP Baix Llobregat Nord.

Disseny. Qualitatiu.

Àmbit. SAP Baix Llobregat Nord.

Mètodes. Creació d'un grup de treball format per les TS de cada ABS (Esparreguera, Martorell, Molins de Rei, St. Andreu de la Barca, Vallirana) i del PADES de St. Feliu de Llobregat. S'ha realitzat un curs específic de formació i, a partir de la revisió dels registres, codificacions i memòries anuals, s'ha elaborat la CS.

Resultats. La CS al nostre SAP ha quedat dividida en cinc apartats: 1. Atenció individual i familiar; 2. Treball grupal i comunitari; 3. Treball en equip; 4. Docència, formació i recerca; 5. Treball social en el context de l'equip PADES.

Conclusions. L'elaboració de la CS ens ha permès conèixer què es fa a cada centre, posar aspectes en comú, fer una revisió metodològica i, en definitiva, crear una eina de treball consensuada i representativa del treball social que es realitza en l'àmbit del nostre SAP.

NUEVAS HERRAMIENTAS EN TRABAJO SOCIAL Y SALUD

Primer signant: **Mercè Rico**. ABS St. Josep. L'Hospitalet de Llobregat

Coautora: **Pilar Garcés**

Palabras clave: PNL, trabajo social.

Nuestro objetivo es conocer la eficacia de las técnicas de intervención basadas en la Terapia Estratégica Breve y las de Programación Neurolingüística asociadas a las propias del Trabajo Social (TS) en una consulta de TS de Atención Primaria de Salud en pacientes diagnosticados de ansiedad leve y moderada.

Es un estudio descriptivo transversal se evalúan todos los sujetos atendidos por la TS entre enero y agosto de 2002 diagnosticados por su médico en el Área Básica de Salud de Sant Josep de L'Hospitalet de Llobregat.

Se miden: la mejoría clínica, afectación de esferas de relación (ámbito laboral, pareja y parental), número visitas de TS, baja laboral relacionada, medicación ansiolítica y/o antidepresiva y derivaciones a otros Servicios.

De un total de 30 pacientes, 1/3 parte son hombres, 2/3 mujeres. Edad media: hombres 31,8 años con DE=12,9; 35,8 mujeres con DE=12,8. Promedio de visitas: 4,8 con DE de 2,02. Problemas laborales 36%, de pareja 40%, parentales 60% y 1/3 parte en varios ámbitos. Un 16% necesitaron ILT y 40% de ellos se dio alta. Hay mejoría clínica en 77% y en 6% no es valorable por pérdida del contacto. Toman medicación 40%, de ellos en 17% se suspende y en 17% se disminuye. Un 10% es derivado a otros profesionales (recursos legales y psicólogo).

Creemos que las técnicas arriba mencionadas pueden ayudar al profesional a dirigir al paciente de una forma eficaz hacia su mejoría con bajo coste de consulta, medicamentos, bajas laborales y excepcionales derivaciones.

COMITÈ ORGANITZADOR

Maria Güell. Presidenta. EAP Berga Centre

Anna Carbonell
Encarnació Criado
Montserrat Margarit
Teresa Pampalona
Eva Plaza
Montserrat Sáez
Carme Saldaña
Gemma Solanas
Eva Torra
Anna Vidal

COMITÈ CIENTÍFIC

M. Carme Alòs. Enllaç CO

Patxi Àvila
Montserrat Bacardit
Teresa Codinach
Mabel Cuevas
Montserrat Fornell
Montserrat Gomis
Montserrat Grisó
Carme Guinovart
Raquel Manuel
Montserrat Mestres
Isabel Moreno
Margarita Pradell
Gemma Prat
Pilar Quejido
Núria Rosell
Josep Ubach
Mercè Vendrell
Marta Vilanova

SECRETARIA I ORGANITZACIÓ

Dolors Ramos
Pilar Soler

Col·laboracions:

Victòria Bartolomé
Núria Español
Ester Masplà
Imma Moix
Judit Solé

SATISFACCIÓ I PROBLEMÀTICA PSICOSOCIAL DELS CUIDADORS PRINCIPALS (CP) DELS MALALTS ASESOS EN EL PROGRAMA D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA (ATDOM) DEL CAP BADIA DEL VALLÈS

Primer signant: **Núria Barbosa Ortega**. ABS Badia del Vallès
Coautora: **Pasquali Torres Mora**

Justificació. Conèixer l'índex de satisfacció i problemàtica psicosocial que presenten els CP després de més d'un any de realitzar aquesta funció.

Material i mètode

- Qüestionari de 7 preguntes tancades i 2 d'obertes.
- Entrevista personalitzada realitzada per les treballadores Socials del CAP en el domicili del malalt.

Objectius

- General. Conèixer la situació psicosocial que tenen els CP dels malalts inclosos en ATDOM.
- Específic. Conèixer (1) la satisfacció del CP vers el programa, (2) el tipus de cansament, (3) si reben suport formal i/o informal, (4) si disposen de temps lliure i (5) si es preocupen de la seva salut.

Resultats. Durant l'any 2001 en el programa d'ATDOM es van atendre un total de 125 malalts crònics, d'aquest total vam passar el qüestionari a 71 cuidadors. El 38,34% estan satisfets de l'atenció que reben de l'ATDOM.

El PT es manté sense diferències significatives (0,97) entre els anys que porten cuidant el malalt i el sentir més o menys cansament físic i psíquic del CP.

El 29,82% reben suport informal, el 9,23% formal i el 60,95% no reben cap suport.

El 47,88% disposen de temps lliure, el 29,57% no en disposen i el 22,53% No sap/ No contesta (NS/NC).

El 64,76% consulten tant per ells com pel malalt, el 18,30% només per coses del malalt i el 16,90% NS/NC.

Conclusions. D'aquest estudi hem conclòs que el nivell de satisfacció és baix. La problemàtica psicosocial ve donada pel poc suport formal i informal que reben, cosa que determina el cansament físic i psíquic, però que no té relació directa amb el nombre d'anys que són CP.

GRUPO DE TRABAJADORES SOCIALES DE SALUD DE CIUTAT VELLA: DIEZ AÑOS DE EVOLUCIÓN

Primer signant: **Francisca López**. Ciutat Vella. Barcelona
Coautors: **Mabel Cuevas, Mercè Canet, Montse Riba, Carolina González, Roser Caba, Dolors Bascompte, Chelo Garcia, Elena Pérez, Montserrat Roig i Ferran Bartomeus**

Palabras clave: Grupo, dinámica y cohesión.

Objetivos. Conocer la dinámica del grupo y su permanencia a lo largo del tiempo. Conocer los objetivos reales que han dado consistencia al grupo.

Material y métodos. Técnicas de observación. Entrevistas (miembros fundadores y actuales). Encuestas con preguntas abiertas a los componentes del grupo. Análisis de datos.

Contenido

- Introducción: Descripción de los orígenes y constitución del grupo. Composición fundacional y composición actual.
- Análisis del funcionamiento del grupo: Dinámica interna (componentes, objetivos y contenidos). Cohesión de los miembros del grupo y cambios en los representantes de las instituciones.
- Análisis de aspectos divergentes con finalidad de mejorar la cohesión.

Conclusiones

- A nivel individual. La buena acogida y el respaldo ofrecido por los miembros más veteranos del grupo a los recién llegados lo ha configurado como dinámico y flexible, dando mayor sentido de integración al trabajo realizado de forma individual.
- A nivel grupal. Ha servido para: Intercambiar información. Actualizar recursos. Conocer los diversos aspectos desde otras perspectivas de salud y coordinación entre profesionales de distintos niveles de atención social-sanitaria.

Se puede decir que el grupo ha creado su propia "magia" que ha permitido en primer lugar: ser grupo después de 10 años, superar roces, conseguir una relación de ser humano a ser humano, evitando luchas de poder y competi-

CUIDA'L- CUIDANT-LOS - CUIDANT-SE L'EXPERIÈNCIA DE DUES ÀREES BÀSIQUES DE SALUT

Primer signant: **Ana M. López**. ABS Sta. Eulàlia Sud

Coautors: **Carme Rovira, Miquel Fuentes, Margarida Canals i Tania Abòs**

Paraules clau: Experiència; projecte; cuida'l.

Objectius. Donar a conèixer l'experiència de dues àrees bàsiques de salut en la participació com a grup d'intervenció de la investigació del Projecte Cuida'l* (En el marc d'un dels objectius del programa d'aquestes jornades: desenvolupar noves línies d'intervenció).

*Projecte Cuida'l: Estudi de la malaltia d'Alzheimer a l'atenció primària de salut. Avaluació de l'eficàcia d'una intervenció protocol·litzada de suport als cuidadors principals.

Disseny. Descriptiu.

Àmbit d'estudi. Àrees bàsiques de salut: Martorell i Viladecans 2.

Subjectes. Cuidadors inclosos en el projecte Cuida'l de les dues ABS.

Intervencions. Formació dels professionals, cribratge de la població, formació del grup d'intervenció i desenvolupament de les sessions.

Resultats. ABS Martorell: 5 professionals, 9 cuidadors, 11 sessions. ABS Viladecans: 9 professionals, 9 cuidadors, 11 sessions.

Conclusions. Els cuidadors: han començat a cuidar-se. Han continuat cuidant-se. Han demanat ajuda.

Els professionals: el treball interprofessional requereix més esforç que el treball individual però, al mateix temps, els resultats són més gratificants.

L'experiència d'aquest projecte es pot tenir en compte com una nova línia d'intervenció, no només des del punt de vista del treball social, sinó de l'atenció primària de salut.

ESTUDIO SOBRE LOS CONCEPTOS ASOCIADOS A ENFERMEDAD Y MUERTE EN PACIENTES > 65 AÑOS, DE UN CENTRO DE MANRESA

Primer signant: **Maite Torras Bernáldez**. ABS Manresa 4

Coautors: **M. Josep Bernat López, Mercedes Miranda Martín, Lola Martín Muncharaz, Roser Casas Villadarga i Lidia Masfred Pujol**

Objetivo. Conocimiento de los conceptos que tiene la población atendida.

Metodología. Estudio observacional de tipo descriptivo transversal en una población asignada de 8.300 pacientes de 3 unidades de un centro de salud, seleccionando una muestra de 50 ancianos >65 años mediante el método estadístico estratificado, a los que se les suministró una encuesta con diez ítems, previamente validada.

Resultados. El 48% creían que en general los ancianos de su entorno tenían buena salud. Al 68% les parecía que la asistencia que recibían era aceptable. Pensaban que la mayoría de los ancianos vivían solos el 22%, con su familia el 32%, y el resto, en residencias. La relación con la familia fue considerada como buena sólo en el 58% de los casos. El estado de ánimo les cambió a peor, después de jubilarse, al 20% de mujeres y al 60% de hombres. Todos respondían que el recurso sanitario más utilizado era la Seguridad Social, pero un 10% utilizaba seguros privados y un 12% medicinas alternativas. Las enfermedades más frecuentes que creían tener eran el deterioro cognitivo, las osteomusculares y las cardiovasculares. El 38% manifestaba no estar preparado para la muerte.

Conclusiones. Los distintos conceptos socioculturales sobre muerte y enfermedad en > 65 años están muy subjetivados por la propia problemática.

PROGRAMA

9.00 LLIURAMENT DE DOCUMENTACIÓ

9.30 ACTE INAGURAL

10.00 CONFERÈNCIA

"L'atenció sociosanitària, situació actual i perspectives de futur"

Presentadora: M. Antònia Calsina Gomà. Directora del SAP Bages-Berguedà-Solsonès. ICS.

Ponent: Dr. Antoni Salvà i Casanovas. Cap de la Divisió d'Atenció Sociosanitària-Programa Vida als Anys. Àrea Sanitària. Servei Català de la Salut.

10.45 DESCANS-CAFÈ

11.15 TAULA RODONA

"Les necessitats socials emergents a Catalunya: multiculturalitat, envelliment, noves formes de família, immigració"

Moderadora: Montserrat Mestres Angla. Diplomada en Treball Social. Cap de Secció de Serveis Socials. Ajuntament de Manresa.

Ponents: Josep Canals Sala. Professor d'Antropologia de l'Escola de Treball Social. Universitat de Barcelona.

Xavier Busquet Duran. Metge. SAP Bages- Berguedà-Solsonès. ICS.

José Vilarmau Vila. Diplomada en Treball Social. Responsable del Pla d'Immigració. Ajuntament de Manresa.

12.30 COMUNICACIONS A LA TAULA

Moderadora: Montserrat Mestres Angla. Diplomada en Treball Social. Cap de Secció de Serveis Socials. Ajuntament de Manresa.

13.30 DINAR

15.00 VISITA PÒSTERS

15.30 COMUNICACIONS LLIURES

Moderadora: Montserrat Margarit Castells. Diplomada en Treball Social. Programa d'Atenció a la Dona. SAP Bages-Berguedà-Solsonès. ICS

17.00 CONCLUSIONS I ENTREGA DE PREMIS

17.15 ACTE DE CLOENDA

- Subjectes: persones en situació de risc sociosanitari, persones afectades per malaltia crònica evolutiva i/o invalidant, persones que necessiten d'atenció pal·liativa.
- Implementació del protocol de coordinació i avaluació: mitjançant indicadors quantitius i a través de l'anàlisi en equip dels documents de coordinació emplenats.

Resultats i conclusions

Es consolida el protocol com a eina de coordinació efectiva, preservant la confidencialitat de les dades i donant coherència i continuïtat als plans d'intervenció.

Indicadors	Primària	Hospitalària	Sociosanitària
Nre. de documents emplenats	11	88	27
Tràmits pendents	5	4	7
Coordinació telefònica	3	3	0
Nre. i direcció de les coordinacions-derivacions	7 a CSS 11 a HMB	78 a CSS 11 a ABS	27 a ABS
Manteniment del pla d'intervenció	9	4	27
Duplicació de gestions	0	0	0
Mitjana de dies entre l'emissió i la recepció dels informes	2	2	2

DETECCIÓ I SEGUIMENT DE PERSONES VÍCTIMES DE LA VIOLÈNCIA FAMILIAR DE GÈNERE. ANY 2001

Primer signant: **J. Rengel**. CAP La Mina

Coautors: **J. Davins Miralles, R. Fernández i S. Calvet**

Objectius

- General: Conèixer la situació general des de l'Àrea Bàsica de Salut (ABS).
- Específics: Detectar persones víctimes de la violència familiar. Oferir-los espai de suport i d'orientació. Coordinar el treballador social diferents equips a través de reunions i sessions clíniques.

Material. Full de recollida de dades i utilització de Microsoft Access i Word.

Disseny. Estudi longitudinal any 2001 a l'ABS.

Subjectes. Persones derivades al treballador social per aquest problema.

Metodologia. Entrevista clínica. Sessions clíniques i reunions periòdiques amb l'EAP (equip d'atenció primària), CAS (Centre d'atenció i seguiment de drogodependències), USM (unitat de salut mental de la Mina) i PSAD (Programa sanitari d'atenció a la dona). Sensibilització professionals del centre. El treballador social és el referent on derivar.

Resultats. S'han detectat 34 casos: 32 (94,1%) dones i 2 (5,9%) homes. Franges d'edat més freqüents: de 26 a 30 i de 46 a 50 anys. El 34,4% van iniciar el maltractament entre 20 i 25 anys i un 31,2% fa entre 6 mesos i 5 anys. Cap ingrés el 43,75% i el 25% percebien menys de 50.000 ptes./mes.

Conclusions. Assolits els objectius proposats inicialment. La sensibilització i coordinació entre professionals ha facilitat l'augment de la incidència per la transmissió qualitativa de la informació cap a la víctima.

ELS PACIENTS D'ATDOM I EL SEU ESTAT DE SALUT

Primer signant: **M. Olmos Pagès**. ABS Martí Julià. Cornellà

Coautores: **Pilar Álvarez González, Puri Iniesta Giménez, M. José Jiménez Ordoñez i Loli Villena Blázquez**

Justificació. L'envelliment de la població, juntament amb els problemes socio-sanitaris que presenta, ha fet plantejar-nos un coneixement molt acurat de la nostra ATDOM.

Objectiu. Proporcionar atenció socio-sanitària integral a les persones incloses al programa ATDOM, valorant el grau d'incapacitat i els riscos dels pacients i els cuidadors.

Metodologia. Projecte descriptiu de caràcter transversal. S'han recollit dades dels pacients d'ATDOM des de l'octubre de 2001 al setembre de 2002. Ens servirem dels instruments de valoració que es passaran cada any o quan hi hagi canvis en l'estat de salut dels pacients. Indicadors socials (Escala de valoració sociofamiliar de Gijón), Índex de Lawton y Brody (LB), Test cognitiu Pfeiffer (pf), Autotest d'iniciativa nutricional (nut).

Resultats. Cuidador: 94,1% sí, 5,9% no.

LB		GIJÓN	Bona	Risc social	Problema social
Cuidador	Independent		1	1	0
	Necessita ajuda		10	9	0
	Necessita molta ajuda		20	40	6
No cuidador	Necessita ajuda		0	2	1
	Necessita molta ajuda		0	1	1

Pf		GIJÓN	Bona	Risc social	Pro. social
Cuidador	Normal		16	19	0
	Lleu/Moderat		7	17	2
	Greu		6	7	3
No cuidador	Normal		0	1	1
	Lleu/Moderat		0	2	1

NUT		GIJÓN	Bona	Risc social	Pro. social
Cuidador	No risc		14	20	1
	Moderat		11	18	2
	Alt		5	12	2
No cuidador	No risc		0	3	1
	No valorable		0	0	1

Conclusions. Solucionar els problemes dels pacients amb greu problemàtica social. Avaluar, valorar i reforçar el treball del cuidador.

COORDINACIÓ ENTRE ELS PROFESSIONALS DE LA UNITAT DE TREBALL SOCIAL DE BADALONA SERVEIS ASSISTENCIALS

Primer signant: **Maribel Marí**. Centre Socio-sanitari El Carme -Badalona

Coautors: **M. Miguélez, L. Obama i I. Vázquez**

Paraules clau: Coordinació, nivells assistencials, treball social.

Objectius

- Assolir una coordinació efectiva i un *continuum* assistencial que permeti que el malalt que arriba a la nostra organització rebi una atenció integral i facilitadora del seu benestar.
- Unificar criteris de valoració socio-sanitària.
- Elaborar plans d'actuació comuns per tal d'evitar duplicitats.
- Fer arribar als equips i usuaris missatges coherents i clars en relació amb la intervenció.

Material i mètodes

- Disseny: del protocol i del document de coordinació-derivació.
- Àmbit d'estudi: Població de les ABS d'Apenins-Montigalà, Morera-Pomar, Montgat-Tiana (21.000, 13.000 i 12.000 habitants, respectivament), l'Hospital Municipal de Badalona i el CSS el Carme.

Ponències

LES NECESSITATS SOCIALS EMERGENTS A CATALUNYA: MULTICULTURALITAT, ENVELLIMENT, NOVES FORMES DE FAMÍLIA I IMMIGRACIÓ

Josep Canals

Antropòleg. Escola Universitària de Treball Social. Universitat de Barcelona

Definir les necessitats socials emergents exigeix una reflexió prèvia sobre què s'entén per emergent i sobre qui defineix aquestes necessitats. És freqüent que la detecció dels fenòmens emergents es produeixi quan certs actors socials, molt sovint els professionals o les administracions involucrades, problematitzen determinats fets, independentment de la seva relativa novetat. I tampoc és infreqüent que aquesta problematització comporti sobredimensionar algunes situacions, deixant en segon pla altres problemàtiques tant o més importants. Les dones maltractades no són un fenomen nou, però han adquirit visibilitat a partir del fet que amplis sectors socials han assignat nous valors i significacions a les relacions de gènere. Però si fa un parell de dècades va passar a primer pla la qüestió de l'anomenada nova pobresa, ara sembla com si els efectes de la precarietat laboral, que sens dubte incideixen i incidiran encara més en la salut, tinguessin un lloc secundari al rànquing de les necessitats socials emergents. Entrar a fons en aquest tema portaria a qüestionar les línies mestres de l'economia hegemònica i permetria relacionar problemàtiques que ara apareixen, o es fan aparèixer, com a separades.

En el títol que se'm va donar per a aquesta taula, es menciona la multiculturalitat i la immigració. Aquesta doble menció en un mateix títol reflecteix un estat d'opinió que tendeix a presentar aquestes qüestions en una tònica d'alarma social que fa molt difícil la necessària serenitat de la reflexió. Per aquesta raó, em centraré en aquest aspecte, donant per suposat que els altres membres de la taula tenen més coses a dir sobre les altres qüestions plantejades.

En primer lloc, cal assenyalar que la multiculturalitat és un fet en qualsevol societat complexa. No solament perquè en una mateixa societat conviuen persones de diferents procedències geogràfiques, sinó perquè les nostres societats es caracteritzen per una enorme multiplicitat de modus de vida i d'entendre el món. Quan ens referim a la diversitat interna dels "autòctons", parlem d'estils de vida, potser fins i tot de subcultures, i de pluralitat. I ho relacionem amb els valors de llibertat individual, pluralisme i respecte. En canvi, quan ens referim als "immigrants", parlem de cultures, de diferència i de multiculturalitat. I ho relacionem amb el conflicte i la perillositat, mentre que, en el millor dels casos, el concepte de respecte és substituït pel de tolerància. Al mateix temps, parlem d'integració, gairebé sempre com una exigència cap a l'altre, sense precisar què entenem per integració.

Ja que el títol de la taula també menciona les noves formes de família, cal recordar que la família ha estat històricament una institució sotmesa a constants canvis i adaptacions. També aquí cal analitzar què es considera problema. Una dona sola amb fills, si és una professional qualificada amb bons ingressos econòmics, serà un model de dona independent, potser una dona valenta, mentre que si la seva situació socioeconòmica és precària, constituirà simplement una família monoparental. Si obviem la presència de la pobresa, que impedeix exercir plenament l'autodeterminació sobre la pròpia vida, correm el risc de deixar-nos emportar per criteris morals rígids que lliguen malament amb les idees de llibertat i de pluralitat que exhibim com un patrimoni irrenunciable del món occidental. Si relacionem això amb l'esmentada multiculturalitat ens podem trobar amb curioses paradoxes. És freqüent que les persones que més s'alarmen per la presència creixent de persones immigrades de religió islàmica, siguin també les que més es preocupen per l'existència de formes familiars diferents a les més tradicionals. Doncs bé, si tinguessin l'oportunitat de conversar sobre costums i valors amb el veí paquistanès o magrebí, segurament descobririen que comparteixen els mateixos criteris morals bàsics, i que ambdós comparteixen també el mateix malestar respecte a les idees, actituds i maneres de viure dels seus propis fills. I molts homes del nostre país trobarien que comparteixen, en el fons, la mateixa visió de les dones d'algun veí musulmà, encara que no s'atreveixin a confessar-ho públicament.

Des de la meua perspectiva d'antropòleg, he de manifestar el malestar que produeix que el concepte antropològic de cultura hagi esdevingut un objecte de manipulació política, mediàtica i, fins i tot, quotidiana per a molta gent. El terme cultura, i també ètnia o grup ètnic, s'estan utilitzant com a sinònims de raça, un concepte massa desacreditat des de la biologia i per les seves connotacions nazis. D'aquesta manera hem oblidat la Cultura (amb C majúscula), com una capacitat de l'espècie humana que presenta múltiples varietats per raons històriques, i que es caracteritza per la seva variabilitat adaptativa, per les seves constants transformacions i pels intercanvis entre formes culturals diferents. I ens hem concentrat en la idea de cultura (amb c minúscula), com a particularitat d'un grup humà determinat que, a més, tendim a utilitzar en base a la diferència irreductible, convertint els altres en entitats aïllades i homogènies, ignorant la variabilitat individual o grupal que reconeixem en els nostres. "Entre nosaltres cadascú és diferent, ells són tots iguals". La sobredeterminació cultural només s'aplica a l'altre, facilitant classificacions simplistes i etiquetades perilloses. Això quan no delimitem les "cultures" amb criteris oportunistes. Parlem de cultura catalana, que no es precisament una categoria homogènia, i la diferenciem de grups humans molt pròxims de comú arrel llatina i cristiana catòlica. En canvi, homogeneïtzem, quan convé, pobles que presenten enormes diversitats sota l'etiqueta de l'Islam. Així, ens atrevim a atribuir l'ablació de clítoris a l'Islam, quan entre els cristians d'Etiòpia i Eritrea és una pràctica habitual, mentre que és desconeguda al Magreb.

Amb tot això, no vull dir que no hi hagi importants problemàtiques potencials en el fenomen de la multiculturalitat creixent a causa de les migracions internacionals. Però si ho reduïm tot a la qüestió de la identitat i de la diferència cultural, estarem mitificant el problema i entrant en un camí sense sortida que només interessa a les estratègies de precarització progressiva del mercat laboral. Com més les possibilitats de convivència, incorporant noves diversitats a la pluralitat pròpia de la nostra societat, siguin negades, i uns i altres ens trobem reduïts a ser diferents incompatibles i competidors per uns recursos limitats, més manipulable serà el conjunt dels sectors subalterns de la nostra societat, siguin d'origen "autòcton" o estranger.

El cas de França és força interessant. Aquest país té una experiència d'immigració extraeuropea molt llarga, de més de mig segle. Quan el creixement econòmic ha estat sostingut, els immigrants s'han inclòs dins la classe obrera, que en altres temps era productora de referents culturals i d'identitat, i les següents generacions han optat majoritàriament per diluir-se en un marc cultural francès, conservant aquells aspectes de la cultura dels pares que tenien un especial valor sentimental, sempre d'àmbit privat. Molts dels actuals seguidors de Le Pen compatibilitzen aquests orígens familiars amb la seva actual xenofòbia. I això no és tan contradictori com pot semblar a primera vista. Però quan a partir dels anys setanta es va fer present l'atur massiu i es va precaritzar el mercat laboral, els més perjudicats van ser els sectors constituïts pels últims en arribar, sempre més vulnerables. La integració socioeconòmica es va fer impossible, dificultant fins a l'extrem que les "segones generacions" optessin, lliurament i per interès propi, per un grau elevat d'assimilació cultural. Així, les actituds defensives de revitalització de la cultura d'origen, que potser no apreciaven gaire quan eren al seu país, formen part de la necessitat de reforçar la solidaritat amb els iguals, com a un component de les "estratègies de aguante".

Sobretot quan la discriminació econòmica va acompanyada de l'experiència del rebuig amb pretextos ètnicoculturals. Reforçar la identitat comuna amb aquells amb qui podem comptar i que ens són necessaris, és quelcom que tots fem. Aquest reforçament identitari té el seu equivalent simètric en els "autòctons", que utilitzen l'immigrant com a boc expiatori dels seus temors, basats en realitat en un context econòmic cada vegada més precari i que dificulta projectar el propi futur amb seguretat. Els diferents fàcilment identificables serveixen per canalitzar cap a ells els nostres excedents de malestar. En certa manera, aquesta resposta és una manifestació d'impotència per poder canviar una situació general desfavorable i angoixant.

La veritable integració només funciona si es fonamenta en la plena igualtat d'oportunitats en el pla socioeconòmic i jurídic.

Això és difícil en les actuals condicions economicopolítiques. D'altra banda, els fluxos migratoris només s'aturaran si s'atenuen les actuals desigualtats a nivell internacional, cosa que no s'arregla amb solidaritats caritatives sinó amb profundes transformacions de l'economia mundial, cosa encara més difícil. Mentre, haurem d'aprendre a conviure amb les migracions internacionals que, de moment, són la principal injecció econòmica que reben els pobles de països subdesenvolupats.

En l'àmbit sanitari, la presència de persones immigrades planteja una sèrie de qüestions que cal desproblematitzar o, millor dit, que caldria problematitzar des d'altres enfocaments. Per limitacions d'espai em limitaré a enumerar-les amb la finalitat de sotmetre-les a debat:

- 1 Els diversos models culturals proposen diferents concepcions sobre la salut i la malaltia i generen diferents pràctiques d'atenció domèstica i veïnal. En general, i això també val pels europeus, les situacions greus són interpretades en funció del complex cultural d'afrontament de l'adversitat o l'infortuni, i no a partir de paràmetres més o menys equiparables als medicobiològics. Aquesta és una causa important de malentesos en el camp de la salut.
- 2 El coneixement de les esmentades concepcions i pràctiques s'ha de cercar en agrupacions i persones concretes. Un coneixement genèric i abstracte sobre les cultures d'origen pot ser encara més perjudicial que la ignorància. Aquesta, si més no, deixa un marge d'actuació al sentit comú. Si un nepalès vol saber sobre la cultura dels catalans, és possible que arribi a la conclusió que tots nosaltres som reservats, estalviadors fins a la garreperia, imbuïts de cert sentiment de superioritat, que practiquem sempre l'herència indivisa per primogenitura masculina, que posem el treball per damunt del plaer o que tots preferim ballar sardanes a altres formes de ball. Qualsevol aproximació empírica desmentiria la vàlida d'aquestes generalitzacions. Només apuntaria que alguns d'aquests trets són estadísticament més freqüents entre els catalans que en altres poblacions, però en magnituds que no permeten establir diferències qualitativament apreciables. Per tant, saber com actuarà un català, pel sol fet de ser-ho, no és previsible a partir de generalitzacions. Els migrants, a més, acostumen a ser vistos al seu lloc d'origen com a gent "contaminada" pels costums i valors de la societat receptora. Veure'ls com a exponents paradigmàtics d'una cultura és un greu error que contradia l'experiència de transaccions i negociació constant que comporta tot procés migratori.
- 3 La majoria d'immigrants assumeixen el model mèdic hegemònic, aquí i al seu país d'origen. L'ús d'altres models i pràctiques de guarició també es dona entre nosaltres. El col·lectiu d'infermeria, per exemple, és un dels principals usuaris de medicines alternatives, incloses algunes formes esotèriques. Algunes pràctiques ètniques d'endevinació o guarició tenen a veure més amb aspectes existencials o identitaris que amb la salut i la malaltia en sentit estricte. Amb algunes excepcions, són compatibles amb la prescripció mèdica.
- 4 Molts problemes de comprensió són atribuïts a la diferència ètnicocultural quan, en realitat, depenen de variables de classe social i les correlatives de nivell d'instrucció, tipus d'hàbitat o d'ocupació, factors tots ells que

Posters

ESTUDIO INTERDISCIPLINAR DE FACTORES DE RIESGO PRECOZ ASOCIADOS A DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES > 65 AÑOS

Primer signant: **Maite Torras Bernáldez**. ABS Manresa 2

Coautors: **M. Josep Bernat López, Gema Solanas Bacardit, Matilde Català Magré, Isabel Roig Grau i Mercedes Miranda Martín**

Objetivo. Conocimiento del grado de deterioro cognitivo de la población asignada a una unidad asistencial > 65 años, y su asociación a factores de riesgo en el área funcional, social y psicológica.

Metodología. Conocimiento del grado de deterioro cognitivo de una población asignada de 1.970 pacientes con 313 > 65 años, seleccionándose una muestra representativa al azar de 100, en base al análisis estadístico aleatorio simple. Se aplicó el Test de Woodside Health de Glasgow, de detección de riesgo del anciano, seguido del de Estadiaje de riesgo de Hughes y la comprobación del deterioro en el historial.

Resultado. Con el Test de Woodside Health se detectaron en el 35% la inexistencia de riesgo, en el 23% uno, en el 16% dos, en el 15% tres, en el 4% cuatro, en el 4% cinco, en el 2% ocho y en el 1% seis. Respecto al Estiaje de Hughes, un 17% estaban en el estadio 0, un 36% en el 0,5 (pérdida de memoria leve), un 31% en el 1 (demencia leve), un 9% en el 2 (demencia moderada) y un 7% en el 3 (demencia grave). Clínicamente se detectaron un 35% de demencias, estando el 50% en los estadios 1 al 3 y con más de 2 factores de riesgo.

Conclusiones. La valoración de los factores de riesgo y el estadiaje posterior de los trastornos cognitivos en los ancianos es un instrumento de fácil manejo que necesita de pocos recursos y resulta muy eficaz.

"PUNT DE TROBADA", UNA EXPERIÈNCIA DE DINAMITZACIÓ AMB L'EAP

Autor: **Manel Pera i Cucurell**. ABS Granollers 4 Sud

Paraules clau: dinamització EAP, treball multidisciplinari, disseny de projectes.

Objectius. Promocionar el contacte entre els diversos professionals de l'EAP, de cara al treball conjunt per compartir idees i endegar projectes. Aportar elements de metodologia per a planificar i implementar activitats i projectes. Ampliar i millorar el rol del treballador social com a element dinamitzador.

Material i mètodes

- Disseny: Projecte de treball de grup i dinamització de l'EAP. Àmbit d'estudi: El treball multidisciplinari. Metodologia sobre activitats i projectes.
- Subjectes: Tots els membres de l'EAP: metges, infermeria, administratius, odontòleg, treballador social.
- Mesuraments: Participació: nombre de sessions; nombre d'assistents a les trobades; nombre d'iniciatives del grup; projectes concrets dissenyats.
- Intervencions: Projecte de 6 sessions obertes a tots els membres de l'EAP: col·loquis, taller de projectes, i presentació.

Resultats. 5 sessions realitzades; mitjana de participació de 15 persones; 3 projectes dissenyats.

Conclusions. Quan es convida a reflexionar conjuntament, i a pensar i dissenyar activitats relacionades amb el "dia a dia" i l'atenció als clients i les seves necessitats i problemàtiques, llavors afloren ganes i sinèrgies. Si ens dotem d'uns espais/temps, i posem elements de metodologia (treball multidisciplinari/planificació/objectius/projectes...) i donem oportunitat a tothom a dir-hi la seva, llavors es parla de nous projectes i activitats, que ultrapassen el treball diari del taulell o la consulta.

DETECCIÓ DE NECESSITATS I PROPOSTA DE RECURSOS SOCIALS PER A LA GENT GRAN DE LA COMARCA DE L'ALT CAMP

Autora: **Yolanda Domingo Caldach**. Reus

Paraules clau: Detecció de necessitats i preferències de la població.

Introducció. La comarca de l'Alt Camp forma part del Camp de Tarragona. El percentatge de persones grans majors de 65 és del 19,1% respecte del 16,3% de Catalunya. La densitat poblacional és tres vegades inferior a la mitjana catalana (63,4 enfront a 192 habitants /km²).

Objectius. Potenciar els serveis domiciliaris i diürns en l'àmbit rural. Realitzar una anàlisi de les preferències de l'usuari i dels responsables municipals i sanitaris de la comarca de l'Alt Camp.

Material i metodologia. Es confecciona un estudi descriptiu transversal per a conèixer l'estat de salut, dependència i expectatives de la població major de 65 anys de la comarca de l'Alt Camp, mitjançant enquestes telefòniques. Els àmbits d'estudi són: dades demogràfiques, socials, funcions físiques (índex de Katz), activitats instrumentals de la vida diària (índex de Lawton i Brody) i la situació mental (índex Pfeiffer).

Resultats. Es pot observar que el 62,1% viu en parella o familiars, el 21,4% viu sol. El 61% es relaciona amb més de 5 persones. El 4,5% es relaciona amb una sola persona, es preveu una població de greu risc social.

Observant els diferents índex es comprova que el 6,7% són dependents. El 65% són independents, però cal tenir present que el 6,7% té una total dependència i el 10,6% mostra alguna dificultat; sent un grup de risc alt.

El 15,7% necessiten cuidador. La mitjana d'edat és de 44,5 anys. El 82% està satisfet dels serveis socials i creu que cal potenciar les activitats culturals, socials i viatges.

Hi ha diferències a l'hora de potenciar els serveis socials als municipis i a Valls. El 7,3% dels que viuen a Valls creuen que cal potenciar els serveis socials, enfront del 31,5% dels de municipis. Dels enquestats que viuen als municipis, el 70% estaria disposat a pagar perquè el servei s'ubiqués al poble (perquè sempre s'han de desplaçar); al contrari dels que viuen a Valls, que ho tenen més fàcil.

Conclusions. Després d'analitzar els resultats, s'ha vist la necessitat de potenciar la formació de cuidadores-familiars, estudiar i potenciar els serveis domiciliaris i plantejar plataformes de multiserveis entre grups de municipis.

produeixen m'ons experiencials i pràctics diferents. La comprensió de molts magrebins sobre la diabetis és similar a la dels nostres compatriotes treballadors no qualificats amb un nivell primari d'instrucció. Això ho detectem entre els "autòctons" com a part de la variabilitat individual previsible. En canvi, en un africà ho atribuïm de manera automàtica i irreflexiva a la "cultura".

- 5 Els problemes de coneixement de la llengua són els més objectius, ja que incideixen en un aspecte instrumental bàsic. Cal assenyalar que l'interès del o la migrant per a obtenir el suficient coneixement de la llengua del país receptor, depèn de la necessitat que tingui a la seva vida quotidiana però, sobretot, de les seves expectatives. Si aquestes es centren en el retorn, lògicament no perdrà temps i energies en aquest aspecte. Té prou clar que aquí només se li demana rendiment en un treball manual que exigeix una interacció verbal mínima. Si intueix que ell/ella o la seva família tenen perspectives engrescadores al nostre país, són els primers interessats en adquirir la suficient competència lingüística. Si ha de seguir aquí, però en una situació d'exclusió social, les seves motivacions seran lògicament molt baixes i tendirà a reforçar el suport que pot trobar en el seu propi grup, propiciant actituds defensives de tancament. Cal recordar sempre que l'accés a ocupacions "normalitzades" comporta una major interacció, formal i informal, amb els "autòctons".
- 6 La presència de traductors i de persones especialitzades en la mediació intercultural és imprescindible als serveis sanitaris. La mediació intercultural s'ha d'entendre que també té una funció educativa, tant vers els usuaris estrangers com vers els professionals.
- 7 Cal incorporar el concepte de competència cultural als serveis. Als Estats Units s'està introduint com un criteri d'homologació dels centres sanitaris. Però cal anar més enllà de les propostes nord-americanes. La competència cultural no s'hauria de limitar a les minories ètniques, també hauria d'aplicar-se a la interpretació i comprensió de les diferents maneres de percebre, sentir i actuar davant de la salut, la malaltia, l'accident o les dificultats socioeconòmiques. En definitiva, de l'adversitat. Es tracta d'immigrants o d'"autòctons". El món experiencial i vivencial d'un malalt crònic i del seu entorn també requereix ser abordat amb la suficient competència cultural. Posats a parlar de necessitats socials emergents, poques tenen dimensions tan sobrecollidores com la creixent prevalència de la cronicitat.

El treball social al camp de la salut té un repte important en aquest context: fer possible la consideració dels factors socioculturals com a part de l'abordatge integral de les problemàtiques de salut. La seva posició "entre diverses aigües" és, malgrat les habituals queixes sobre la indefinició dels rols, una posició privilegiada.

Prenc el concepte "estratègies de aguante" de Eduardo L. Menéndez (2002), *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona, Edicions Bellaterra.

Els professionals amb estatut funcional no comparteixen directament la vivència de la precarietat i la consegüent inseguretat. Aquest és un factor que hauria de ser més tingut en compte a l'hora d'emetre certs judicis sobre les actituds d'alguns pacients, usuaris o clients. Malgrat els esforços conscients per desenvolupar l'empatia, el principi que "només ho sap el que ho ha passat" ha de ser constantment recordat.

Per aquesta raó era important registrar el fracàs del model assimilacionista francès a les darreres dècades, quan la igualtat d'oportunitats s'ha perdut per efecte de la dinàmica del mercat.

El valor dels diners enviats pels emigrants a tot el món tripliquen, segons les estimacions més baixes, el valor total de totes les formes d'ajuda internacional al desenvolupament. És interessant analitzar detalladament els anuaris de les Nacions Unides.

LES NECESSITATS SOCIALS EMERGENTS A CATALUNYA: MULTICULTURALITAT, ENVELLIMENT, NOVES FORMES DE FAMILIA IMMIGRACIÓ

MULTICULTURALITAT I IMMIGRACIÓ

Una aproximació des del Treball Social amb la Salut

Josep Vilarmau i Vila

Treballador Social. Pla Immigració Ajuntament de Manresa

Les Necessitats Socials són presents des que el món és social, sempre dinàmiques, sorgides al si d'unes societats diverses entre si i dins uns grups humans no estàtics, sinó variants i desiguals.

Per això, potser, és reiteratiu parlar de "noves necessitats socials" en trobar-se lligades aquestes per si mateixes a noves situacions, realitats i canvis que afecten els seus membres, sigui en major o menor grau, més universalment o més de petit grup.

Immigració i diversitat cultural no són realitats noves, sinó que han estat i seran presents en les societats humanes. Pretendre m'ons i grups socials aïllats, amb pureses de sang i de cultura, és un vell mite xenòfob que no podem pretendre perpetuar; així mateix, podem pretendre que la "globalització" (econòmica, ètica i política) no arribi també en els seus efectes i causes, positius i negatius, al nostre petit món de comarca, país i societat occidental?

Immigració i diversitat cultural –és cert i vist cada dia– impliquen nous reptes, noves situacions que cal atendre i resoldre, crisi i conflicte a molts nivells, però i també nous motius de reflexió i posada en dubte de forma positiva sistemes i estructures en tots els camps de la societat, una oportunitat, doncs, única d'autoconeixement personal, professional i com a societat, i un enriquiment i aprofundiment incontestable en el nostre petit món, la nostra democràcia i el nostre sistema de Benestar Social.

El Treball Social (ja sigui en un marc sanitari, social, empresarial, etc.) si es pot definir i diferenciar d'altres disciplines (fins i tot en referència a altres disciplines socials) és precisament per la pròpia inespecificitat, obertura, el seu nivell d'actuació a primera línia social, la privilegiada vivència i percepció de la direcció de la realitat i potser pel "plus" que es suposa en la seva capacitat de contacte amb els sentiments, necessitats, dolors, precarietats i potencialitats de la població a la qual s'adreça.

Potser només s'espera de nosaltres resoldre situacions a l'instant, amagar i fer invisibles les necessitats i problemàtiques socials, ser empreses de neteja dins dels equips i les estructures de treball; aleshores, però, caldrà recordar que l'ètica professional exigeix també la denúncia ferma de totes aquelles situacions alienants i deshumanitzadores, i que la recerca de l'autonomia i ple desenvolupament dels individus i col·lectivitats xoca molts cops amb altres prioritats de les estructures establertes.

Avançar-se als nous reptes, veure venir la pujada de les aigües, treballar preventivament i no restar ofegats per l'activisme institucional i social que se'ns pretén imposar –i massa vegades s'aconsegueix sense massa esforç– és un factor clau i primordial i, alhora, tan poc valorat i mesurable, tan poc vistós, a nivell de facilitar les eines, el temps, les energies, de tanta gent que segueix abocant en l'exercici quotidià de la seva professió salut i esperances.

Necessitats socials emergents com les que aquí remarquem, i que sorgeixen de situacions i realitats plenes de brutalitats de tota mena; de talls i ruptures traumàtiques amb el propi món; d'inestabilitats físiques, emocionals i econòmiques provocadores de malaltia; d'estrès i xocs culturals, massa sovint menystinguts i ignorats des de la nostra posició de societat dominant; de dolor i soledat pels que s'han deixat i pels que han marxat; de noves exclusions i consolidació de nous exclosos; de legislacions que es pretenen democràtiques i que creen homes i dones inexistents a nivell oficial, convertits en fantasmes, als quals sols tenen accés certs especialistes capaços de percebre'ls i entendre'ls; de polítiques governamentals que aboquen a una lluita entre els necessitats de sempre o de nova fornada, i els nous que, junts i alhora, ens recorden i fan visible el precari sistema de benestar social, que encara sembla excessiu pels qui no l'han de menester i tants d'altres factors a tenir en compte en fer front a la realitat del migrant i el seu món.

Realment, al voltant de la migració ens emmirallem tots, i cadascun de nosaltres, com a ciutadans i com a professionals, i potser és per això que ens inquieta i pertorba el nostre *status quo*, i les nostres petites seguretats.

Les migracions requereixen polítiques socials ben definides, obertes i flexibles, estructures institucionals permeables i que promoguin el *feed-back* o retroalimentació a tots nivells; tornar a posar èmfasi en la prevenció i el tan comentat treball d'equip i de xarxa a nivell intern i extern; tornar-nos a fer present el paper de cada treballador social com a agent sociosanitari; la necessària i obligada formació continuada i l'anàlisi dels propis valors i actituds envers els altres; el necessari i humil coneixement d'experiències de treball, de projectes reeixits o fracassats, de documentació i material per emprar en el treball comunitari, preventiu, d'atenció i educació sigui per a la salut, el benestar en general, la promoció de gènere, la salut infantil, etc.; però també requereix l'equilibri entre l'atenció del cas individual i les situacions i actuacions de grup i comunitàries que necessiten un plantejament molt més integral, interdisciplinari i transversal i ambiciós.

La universalitat i normalització en l'atenció i accés als serveis socials i sanitaris són un element regulat per llei de forma clara en uns aspectes, i poc específica en altres; no caldria oblidar que pocs anys enrere, i si no hagués estat per denúncies d'una poca gent, els menors d'edat no documentats eren exclosos legalment i a la pràctica quotidiana dels serveis elementals i més bàsics de salut. I que avui en dia no es dona altre servei que el d'urgències als adults indocumentats.

Tot i els canvis legislatius, que més que una cessió benèfica o solidària, no fan més que complir els tractats i acords internacionals responent alhora al temor ancestral a l'estranger portador de malalties transmissibles i perilloses, es segueix deixant molts buits i molts *handicaps* a mans de municipis, entitats i organismes de tota mena; quants buits segueixen cobrint-se només gràcies a les bones voluntats, a la imaginació i l'avançament per sobre les normatives i prescripcions, o ben al contrari, i en sentit negatiu, quant marge de maniobra encara resta per concretar i definir a l'hora d'atendre als individus, i que segons com s'estructuri, sigui feta, o es transmeti, pot provocar l'allunyament i el tancament de sectors d'aquests nous ciutadans: que potser no es dona massa vegades la seguretat colonial que uns –considerats com a menors d'edat– han d'aprendre i altres són els que ensenyen i alligonen?

Dotar dels professionals i equipaments adequats i del marc idoni per fer possible un treball en aquesta línia, no hauria de ser cap demanda fora de mida si realment es vol fer un treball seriós i sincer de cara a la salut i el benestar de la població; en el cas contrari s'està abocat a reiterar errors coneguts per altres països i altres experiències, a perpetuar el distanciament i la incomprensió mútua; a no vetllar per la prevenció ni per una autèntica promoció personal, i a fer de les queixes estèrils la millor sortida per tal d'evitar fer front directament a tots aquests reptes. No cal oblidar que si bé l'usuari és el primer perjudicat, també s'aboca a l'ofegament i la desil·lusió a molts i bons professionals de primera línia.

PROTOCOL DE COORDINACIÓ ENTRE ELS SERVEIS SANITARIS, SOCIALS I EDUCATIUS PER A L'ATENCIÓ DE LA INFÀNCIA EN RISC D'UNA ZONA DE MANRESA

Primer signant: **Dolors Llobet Mascaró**. Equip d'Assessorament Psicopedagògic del Bages. Manresa. Barcelona
Coautores: **Montserrat Tantinyà i Gemma Solanas**

Paraules clau: Coordinació, serveis, infància.

Justificació. Davant la necessitat d'actuar coordinadament en la població infantil s'inicien reunions de treball entre els professionals dels diferents serveis implicats des del gener del 2000. Aquestes eren conduïdes per part d'una treballadora social de l'EAP B-06 Bages (Equip d'Assessorament Psicopedagògic), una educadora social del SSAP (Serveis Socials d'Atenció Primària) de l'Ajuntament de Manresa zona llevant i una treballadora social de l'ABS Manresa 4 (Àrea Bàsica de Salut).

Hem valorat que és imprescindible avançar en el treball en xarxa per facilitar la coordinació, el coneixement de les institucions mútues i evitar així duplicitat d'actuacions per millorar qualitativament l'atenció dels serveis vers els usuaris i/o les seves famílies.

Objectius

- Millorar el coneixement dels diferents serveis del sector que treballen en l'atenció a la infància.
- Posar en comú les diferents necessitats detectades en la infància en risc de la zona.
- Establir criteris d'actuació i concretar l'activitat des de cada servei i el professional de referència.

Metodologia. S'han dut a terme reunions trimestrals des del gener de 2000 fins a l'actualitat, amb un total d'11 sessions de treball.

Hem intervingut en uns 50 nens/es escolatitzats en els 6 centres educatius de la zona de referència d'educació infantil i primària.

Conclusions. A partir del treball de coordinació iniciat per l'actuació de casos individuals s'ha vist la necessitat d'elaborar un protocol de detecció i actuació de la població infantil.

S'ha previst iniciar el protocol de coordinació per al curs 2002-03 per a la població infantil de 3 a 5 anys en dos centres educatius de la zona, amb la previsió d'ampliar-ho a la resta de centres el següent curs.

DETECCIÓ DE FACTORS DE RISC I SENYALS D'ALARMA INFANTOJUVENIL. COORDINACIÓ ENTRE NIVELLS ASSISTENCIALS

Primer signant: **Montaña, R.** Hospital Sant Joan de Reus. GRUP SAGESSA
Coautors: **Anguela M, Palacin D, Moreno A, Felio A**

Objectius. Promoure la detecció precoç de situacions de risc de maltractament infantil en l'àmbit de salut. Millorar els mecanismes de coordinació i cooperació entre diferents àmbits o institucions.

Material i mètodes. *Disseny:* Estudi descriptiu. *Àmbit:* 4 ABS de l'ICS de Reus. Reus I, II, III i IV. Total població de les 4 ABS 72.636 habitants, dels quals 10.929 són d'edat pediàtrica.

Anàlisi de les dades registrades al servei de treball social de l'Hospital de Sant Joan des del juliol 2001 al juliol 2002 de casos derivats des del servei de pediatria del mateix hospital o des del servei d'urgències. Infants que per diversos motius han presentat algun senyal d'alarma o factor de risc de maltractament i que són usuaris d'alguna de les 4 ABS de l'ICS. Les variables estudiades són: edat, sexe, diagnòstic social, codi de risc i derivació.

Resultats. Total casos atesos 41, dels quals 24 són nens i 17 són nenes. El grup d'edats és el següent; < 1 any 51,2%, de 1-5 anys 14,6%, de 6-10 anys 14,6%, d'11-16 anys 19,5%. El diagnòstic social més freqüent és el d'alteracions familiars 26,8%, seguit de suport familiar 19,5% i el de dificultats sanitàries per l'idioma 9,75%. El codi de risc que més destaca és AD (altres dificultats) no relacionades amb maltractaments 60,9%, el codi RM (risc de maltractament) 34,2%, i el codi MF (maltractament físic evidenciat) 7,3%. Les derivacions més freqüents són a les ABS, 44%; als Serveis Socials d'Atenció Primària, 12,2%; i als serveis de mediació intercultural, 9,7%.

Conclusions. Tenim un circuit de coordinació establert entre l'hospital d'aguts i ABS que ens permet detectar senyals d'alarma i factors de risc en població infantojuvenil i treballar-ho en xarxa.

Els nens menors d'un any són els més vulnerables i són els que poden presentar més senyals d'alarma.

La diferència quantitativa del codi AD respecte als altres fa que ens plantejem una revisió d'aquest per afavorir la coordinació i el seguiment.

Resultats. Nombre de preinscrits: 25. Dins del programa queden incloses 18 persones, de les quals el 78% són dones i el 22% són homes, amb una mitjana d'edat de 65 anys. Mitjana del Yessavage 5. Mitjana del mini-mental 27. Participants del primer taller: 8. Assistència: 95%. Participació i realització dels exercicis: 100%.

Es formulen unes preguntes obertes per fer l'avaluació del taller, del grau de satisfacció i de la utilitat; algunes respostes són: "Per adonar-me que no tinc la malaltia" "Per agafar confiança en les meves capacitats" "Per poder recordar coses de la meua vida".

Conclusions

- Recuperació d'habilitats perdudes
- Millora de la seguretat i l'autonomia personal
- Disminució de l'angoixa per patir la malaltia
- Increment del sentiment de salut
- Foment de les relacions interpersonals

PROJECTE DE SUPORT A PERSONES AFECTADES PEL VIH/SIDA: TREBALL SOCIAL I MASSATGE EMOCIONAL

Autora: **Araceli Osuna Muñoz.** ACTUAVALLÈS

Paraules clau: sida, social, massatge.

Objectius. General: Oferir un espai de suport a persones seropositives i als seus familiars per ajudar-los a conviure millor amb la infecció del VIH i tenir una major qualitat de vida. Específics: Facilitar un espai càlid on expressar situacions difícils. Donar resposta a demandes de caire social. Potenciar activitats gestionades pels propis afectats.

Material

- Recursos humans: 1 treballador social, 1 agent de salut, 5 voluntaris.
- Recursos materials: 1 sala massatge, 1 sala activitats grupals, 1 despatx equipat, altres.

Mètodes

- Disseny: Es tracta d'un projecte d'intervenció individualitzat segons les necessitats expressades o detectades, que inclou: acollida i seguiment, massatge emocional, activitats grupals, grup de ioga i suport de voluntaris.
- Àmbit d'estudi i població: Persones afectades pel VIH/SIDA i els seus familiars, de les comarques del Vallès Occidental i Oriental.
- Recollida de dades: Es duu a terme mitjançant una sèrie de documents creats amb aquesta finalitat: protocol d'acollida, seguiment individual, massatge emocional, seguiment voluntari, activitats grupals, grup de ioga i registre de trucades.
- Intervencions: Acollida i seguiment (espais individuals; primeres entrevistes i de seguiment), massatge emocional (massatge i counselling), activitats grupals (trobades mensuals on tractem de forma pràctica temes de salut), grup de ioga (espai setmanal de relaxació i ioga portat per un agent de salut), suport de voluntaris (atenció al domicili, centres sociosanitaris, seguiment telefònic).

Resultats. Durant el primer semestre del 2002 s'han atès un total de 33 persones seropositives (23 homes i 10 dones), majoritàriament de nacionalitat espanyola, però destaquem 2 llatinoamericanes i 1 marroquí. Quant a familiars, vàrem atendre 7 dones, totes espanyoles excepte una del Brasil.

D'un total de 494 activitats realitzades 176 corresponen a atenció individualitzada (12 acollides, 27 seguiments, 87 massatges emocionals i 50 de suport de voluntaris), 18 a atenció grupal (12 del grup de ioga i 6 d'activitats grupals) i 300 a atenció telefònica (240 a persones seropositives i 60 a familiars). Quant a l'atenció individual, el lloc on s'han efectuat majoritàriament ha estat l'entitat, excepte en 8 ocasions al domicili. Els temes que s'han abordat han estat: la situació emocional (30%), aspectes socials (23%), l'adhesió al tractament (13%), el nivell relacional (13%), la família (8%), la situació laboral (6%), el suport de voluntariat (4%) i la parella (3%).

Conclusions. El projecte ha contribuït al fet que les persones ateses tinguin un major equilibri emocional, incorporin alguns hàbits positius de salut, siguin agents actius i no només receptors als espais grupals, comencin activitats formatives externes a l'entitat, etc. Pensem que s'ha de continuar treballant en la mateixa línia social i educativa. Tanmateix veiem la necessitat de realitzar, el proper any, un estudi avaluatiu per identificar el massatge emocional com una ajuda a millorar la qualitat de vida de les persones seropositives i els seus familiars.

És necessari aconseguir fer confluïr l'humanisme de l'eficiència i la llei que es pretén científica i matemàtica de l'eficàcia; la tan escampada gestió empresarial dels serveis públics, que "empresarialitza" i "monetaritza" cada moment dels nostres dies, amb el dret a un servei públic, de qualitat, i obert a tothom, no oblidant que es treballa amb persones i col·lectius humans; el nostre saber fer, els objectius i les eines que pretenen incrementar el nivell de benestar (en el sentit més ampli del terme i que abasta l'individu integral i la comunitat sencera) amb la constatació –tan humana i valuosa– que no ho sabem tot, no ho coneixem tot, i que l'usuari és una font inesgotable d'aprenentatge, una caixa plena de recursos, l'oportunitat millor per conèixer-nos a nosaltres mateixos, i en el cas de gent que provenen d'altres arrels i codis culturals, el millor curset i postgrau possible.

L'anomenada realitat multicultural –i que jo prefereixo intercultural– juntament amb els moviments migratoris –ententant ambdós des d'una òptica eurocèntrica referida a països del maldefinit sud pobre– són des de poc més d'una dècada, un factor que va tenint un major pes a tots els nivells de la societat espanyola i catalana. De cop, ciutadanes i ciutadans, polítics de tots colors, tècnics i professionals, el món religiós tradicional, etc., veu dia rere dia, com el nostre món es transforma i deixa de semblar-nos el "nostre" conegut, que creïem immutable; una possible definició d'aquest fenomen podria ser –el batejat cinematogràficament– com a síndrome "de los otros": aquella gent estranya que va fent-se visible als carrers, serveis i equipaments, televisió i premsa, places, escoles i hospitals; "otros", altres, que veiem com a membres d'un altre univers i dimensió, filtrats pel nostre cúmul de prejudicis, idees fetes i transmeses al llarg de segles, tergiversacions, ignorància i desconcert, que ens fa perdre la capacitat bàsica pel treball d'individualització i personalització, d'aproximació a l'íntim i únic camí i procés migratori, a la vivència de les coses, tot i ser possible, necessari i imperiós, poder fer un pas més i situar-nos en l'únic terreny que permetrà, ja no solament ser professionals capacitats per afrontar i donar resposta als nous reptes, sinó persones i ciutadans facilitadors de la convivència democràtica, plural i humana; fer aquest pas suposa tenir la capacitat –present potencialment en tots, i que és requisit imprescindible en professions amb tanta càrrega humana com les socials, socio-sanitàries, educatives, etc.– d'acceptar el fet que som i són uns mateixos éssers humans amb unes necessitats, desigs, esperances, temors i joies semblants.

Amb una constatació tan "pobra" com aquesta, és com més capacitats podem començar a desenvolupar la nostra tasca i el nostre rol professional, dins un equip i dins la societat.

L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA: SITUACIÓ ACTUAL I NECESSITATS EMERGENTS

Xavier Busquet i Duran

Coordinador PADES. ICS Manresa

L'any 1990 es van crear a Catalunya, com tots sabeu, els PADES (Programa d'Atenció Domiciliària. Equip de Suport), en el marc del programa sociosanitari interdepartamental anomenat Programa Vida als Anys. El PADES de Manresa va ser creat per l'Institut Català de la Salut en la primera fornada i, per tant, podem parlar des d'una experiència de 12 anys atenent malalts crònics amb alta dependència i malalts terminals. Tres infermeres, una treballadora social i un metge, que anem per les cases intentant aportar solucions concretes a problemes que precisen d'un enfoc inexcusablement biopsicosocial. No estem ubicats en cap hospital, sinó a la primària; l'agilitat de l'equip i la interconnexió amb tots els nivells assistencials de la comarca, ens ha permès, fins ara, fer de suport als nostres companys de la primària, tant sanitària com social. El nostre àmbit d'acció és la comarca del Bages, des de Cardona fins a Moià, i des de Navàs fins a Monistrol de Montserrat. 44 pobles, i el 40% de la població resident en àmbit rural o semirural. És una de les comarques més envellides de Catalunya.

Quina vellesa trobem per les cases quan fem atenció domiciliària? Nosaltres, en el dia a dia de la nostra feina, no trobem la vellesa que va de viatge, que va pel carrer, que consumeix, que vota. Trobem la vellesa que no pot sortir de casa, la vellesa malalta, vulnerable i depenent dels altres; la vellesa a la vora de la mort. Trobem un entorn humà i físic irrepitible en cada cas, sempre sorprenents: equilibris relacionals inescrutables, espais vius i íntims que ens fan comprendre l'home, l'home que ara és vell i, a més, està malalt; cada casa una aventura.

Treballem i vivim en un marc social globalitzat, on la independència, la joventut i la "coca-cola" són amos i senyors, i on la vellesa i la mort es viuen com grans calamitats. Culturalment cada vegada tenim menys recursos per afrontar l'adversitat i el sofriment. Treballem en un marc científicotècnic on preval el curar i la mort és vista com el gran enemic; i en un marc burocratitzat en el qual s'ha de ser molt destre per saber-s'hi moure. Contínuament hem de forçar les realitats per tal que s'ajustin als "perfils" establerts, i tots sabem que els perfils no existeixen. Rere la porta ens trobem cara a cara amb el sofriment humà, al qual només podem donar resposta des de la interdisciplinarietat del treball en equip, del treball integrat en la xarxa assistencial. Perquè el sofriment és físic i psíquic, però també social i espiritual. Sovint pateix més aquell que t'obre la porta que no pas el que espera la visita al llit. El treball social és un calidoscopi, com diu encertadament el títol d'aquesta jornada; el treball en equip és un calidoscopi tridimensional.

Quins són els fenòmens emergents que veiem en atenció domiciliària? Aquesta en podria ser, en base a la nostra experiència, una primera aproximació:

El vell, fràgil i malalt, en un grup de vells fràgils i malalts. Rere la porta, a vegades, tres avis que sumen més de 250 anys. Un gran castell de sorra en fràgil equilibri i que exigeix respostes ràpides als problemes sanitaris i socials, i una clara actitud preventiva.

El cuidador jove que vol però no pot. El cuidar virtual no és possible. La feina, la precarietat laboral, el treballar en altres ciutats. Els nous rols de la dona. Fins ara la filla o la jove, mestresses de casa, han fet possible que el sistema funcionés.

La incorporació d'immigrants en tasques de companyia. L'immigrant clandestí que s'agafa on pot però que no sap fer un caldo com el que fa 90 anys menja l'avi; que parla de manera estranya i desorienta i desarrela encara més l'avi amb demència. Qui és el més fràgil? Rere la porta, la incertesa compartida, la incertesa del passat, del present i del futur; compartides, però, des de la distància de cultures radicalment diferents. La mateixa distància que ens separa a nosaltres mateixos de l'immigrant quan cau malalt.

El respecte a l'autonomia del malalt per decidir on viure i com viure, on morir i com morir, el respecte a la seva dignitat. El vell malalt no és un nen. El document de voluntats anticipades preserva la dignitat del malalt, dona força al cuidador designat per aquell, i guia l'atenció mèdica. És un gran avenç i cada dia s'haurà de tenir més en compte aquest document, com a reflex de la sobirania del malalt sobre la seva vida i la seva mort.

Aquests fenòmens cada vegada són i seran més freqüents. Pensem que els hem de viure no com a problemes, sinó com a reptes. Per tant, caldrà anticipar-s'hi. Els nostres objectius són alleugerir el dolor i el sofriment causat per les malalties i les xacres, tenir cura dels que no poden ser guarits, i vetllar, finalment, per una mort en pau. I en aquest procés, donar tanta importància al malalt com a aquells que en tenen cura. Perquè, com diuen els experts, el deure primari de la medicina i dels sistemes de salut és ajudar els joves a arribar a vells i, acomplert aquest objectiu, ajudar els vells a viure amb dignitat i confort el que els resti de vida.

A nivell general caldria que la societat –la nostra societat democràtica, plural, pluralista, i secularitzada– es prengués la molèstia de repensar la vellesa i la mort i el seu significat personal i social. En aquest sentit cal una pedagogia de la mort i del morir i trencar el nou tabú que representen avui el sofriment i la mort. Altres tabús han caigut! Per altra banda, i parlant a nivell més acadèmic, caldria fer un esforç per establir ponts de llenguatge entre les diferents professions cridades a atendre un grup de població que, segons diuen els epidemiòlegs, es triplicarà en pocs anys.

Comunicacions lliures

VALORACIÓ DE LA TASCA DEL TREBALLADOR SOCIAL EN ELS EQUIPS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Primer signant: **Núria Pitarch**. ABS Torredembarra. Tarragona

Coautors: **Ingrid Bartés, Anna Gomez i Gemma Illa**

Objectiu. Conèixer la valoració i opinió que mereix la figura i la tasca del treballador social (TS) en els equips d'atenció primària (EAP).

Materials i mètodes. Àmbit: 5 àrees bàsiques (ABS) gestionades per la Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla. Vila-Seca i Vendrell van disposar de TS des de l'inici de l'ABS, l'any 1995. Torredembarra i Arboç van obrir les ABS sense TS, i aquest es va incorporar l'any 2000. L'ABS del Vendrell i la de Torredembarra comparteixen TS amb les de Calafell i l'Arboç respectivament, i a Vila-Seca hi és a mitja jornada.

Subjectes: tots els professionals de les ABS.

Intervencions: enquesta autoadministrada amb 7 preguntes tancades i 8 d'obertes, en les quals es valora la tasca del treballador social en l'àmbit sanitari.

Resultats. S'han repartit un total de 184 enquestes i s'han recollit un total de 83 contestades (45,1% d'enquestes contestades). La puntuació que es dona al TS és de 8,17 sobre 10. Un 15,97% dels enquestats han demanat més dedicació d'aquests professionals en cada ABS.

Preguntes tancades	Sí	No	No ho sé
El TS és un professional assistencial més, dins l'EAP	100%	0	0
El TS participa en la millora de la salut de la població	96%	4,00%	0
El TS dona suport a la resta de l'EAP	91%	2%	7%

Preguntes obertes	Informació i gestió de recursos	Targeta sanitària	Suport i atenció
Activitats pròpies del TS	16,60%	6,90%	12,50%

Preguntes obertes	Velleza	Marginació	Immigració	ATDOM
Camp de treball en el qual s'hauria d'incidir més	14,40%	9,00%	9%	7,20%

Conclusions

- L'EAP valora positivament la figura del TS.
- Desconeixement de les funcions del TS, perquè es valoren més tasques burocràtiques que les pròpies del TS: suport, contenció, motivació...
- Baix nivell de participació dels enquestats.
- Demanda de dedicació exclusiva en cada ABS.

ACTIVA LA TEVA MENT. TALLER DE MEMÒRIA A L'ÀREA BÀSICA DE SALUT

Primer signant: **Gemma Illa Sagarra**. ABS Vila-Seca

Coautors: **Azucena Bravo, Adelina Fallada, Esther Mur**

Objectius. Disminuir l'angoixa envers queixes subjectives de pèrdua de memòria i potenciar el rendiment cognitiu.

Àmbit d'estudi. Vila-Seca, Pineda i la Plana.

Subjectes. Persones majors de 55 anys que es queixin de pèrdua de memòria.

Mètodes. Es passen les escales: Yessavage, Mini Examen Cognitiu i Qüestionari de queixes subjectives de memòria de les activitats de la vida diària per discriminar aquells pacients que presentin depressions o demències. Nombre de sessions: 6. Durada de les sessions: 1 hora i mitja.

- L'estructura de les sessions consta de: relaxació, teoria, exercicis pràctics, comentari individual o grupal i planificar treball a casa.

- Distribució de les sessions: 1a. Funcionament i objectius del taller. 2a. Comunicació. Llenguatge verbal i no verbal. 3a. Gnòsies. Identificació del gust, olor i imatge. 4a. Càlcul. 5a. Orientació temporal, espacial i personal. 6a. Reminiscència.

Comunicacions a la taula rodona

**SERVEI A DOMICILI SOCIO SANITARI DE L'ICS.
DEL GÈNER DEL 2001 AL JUNY DEL 2002**

Primer signant: **Anna Carbonell**. ABS Manresa 2
Coautors: **Gemma Solanes i Montserrat Gomis**

Justificació. El Servei d'Atenció Domiciliària socio sanitària de l'ICS (SAD) s'inicià l'últim trimestre del 2000 al PADES, a l'ABS Manresa 2 i a l'ABS Manresa 4. És un servei temporal que va dirigit a les persones amb domicili a Manresa, que per motiu sanitaris necessiten aquest servei per poder realitzar les activitats bàsiques de la vida diària i, també, com a suport als familiars.

Objectiu. Donar una resposta amb caire assistencial, preventiu i educatiu a les necessitats individuals i/o familiars de la població, usuaris dels diferents serveis sanitaris, abans esmentats, de manera temporal i immediata.

Metodologia. El SAD està gestionat per les diferents treballadores socials dels serveis i disposa de dues treballadores familiars a mitja jornada (de dilluns a divendres) que depenen d'una empresa privada de serveis domiciliaris.

L'atorgació del servei es farà prèvia valoració professional del treballador social i s'establirà un pla de treball lligat a la temporalitat que es pactarà amb l'usuari i/o família.

Les demandes poden venir dels serveis propis, dels centres hospitalaris de referència, del mateix usuari i/o família i de serveis socials d'atenció primària social.

Resultats. L'any 2000, que va ser quan es va iniciar el projecte pilot, es va realitzar durant quatre mesos i es va intervenir en 16 casos dels quals 6 eren de l'ABS Manresa 4, 4 de l'ABS Manresa 2 i 6 del PADES.

L'any 2001 hi va haver 66 usuaris dels quals un 56,06 eren homes i el 43,94 eren dones, i la majoria, el 66,67% eren majors de 76 anys. També cal destacar que un 46,97 vivien en parella.

La patologia que predominava era una malaltia física crònica, en un 43,94%, i en segon terme les demències, en un 22,73%. De les demandes realitzades el 69,70% es duïen a terme dos cops per setmana i majoritàriament durant un, 51%, o dos mesos 42,42% a l'any.

L'any 2002, s'ha realitzat la valoració del primer semestre i durant aquest hi hagut 58 casos dels quals el 69,64% eren dones i el 32,76% eren homes, d'aquests la majoria vivien en parella el 32,03% i un 34,48% patien una malaltia física crònica i el 27,59% una demència com a patologia principal. El 55,17% dels casos es van realitzar durant un mes i el 37,93% durant dos mesos, pràcticament dos cops per setmana el 79,21%.

Conclusions. El nombre de casos l'any 2001 va ser de 66 persones i en el primer semestre de l'any 2002 va ser de 58 casos, quasibé el mateix que tot l'any 2001.

El perfil d'usuari és el següent: major de 76 anys, que viu en parella i que té una malaltia física crònica i demència.

S'ha ofert un servei de treballadora familiar dos cops per setmana, durant un o dos mesos, en funció del tipus de suport que es dona a la persona i/o família.

Per part dels professionals aquest servei es valora molt positivament perquè és una eina molt útil, amb la finalitat de donar una resposta immediata a unes necessitats socio sanitàries emergents i, per tant, millorar favorablement el benestar social de les persones.

**DEMANDA SOCIO SANITÀRIA DE LA POBLACIÓ IMMIGRANT A L'EIXAMPLE ESQUERRE
DE BARCELONA**

Primer signant: **Susanna Torres Belmonte**. Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample
Coautors: **Sisó Almirall, A**

Introducció. Els immigrants il·legals constitueixen una població diana de risc socio sanitari.

Àmbit d'actuació. Consorci d'APS l'Eixample (CAPSe), format per dues ABS urbanes, que abasten sanitàriament una gran part de la població de l'Eixample Esquerre de Barcelona (60.000 habitants).

Objectius. 1. Descripció de la demanda socio sanitària de la població immigrant en l'àrea geogràfica que abasten les dues ABS; 2. Facilitar que els immigrants de la nostra zona puguin accedir al sistema sanitari públic; 3. Detectar precoçment aquells que puguin patir una problemàtica socio sanitària.

Descripció. Aproximació a la població diana: tramitació del dret a l'assistència sanitària per a persones sense recursos entre agost i desembre del 2001.

Metodologia. Utilització de l'entrevista semiestructurada en la qual es registren diverses variables i aplicació del protocols de Treball Social.

Resultats. 407 pacients immigrants, 223 dones (55%) i 184 homes (45%), van ser inclosos durant aquest període. 38 pacients (9,3%) eren menors de 14 anys. Distribució per nacionalitats: 141 equatorians (35%), 72 argentins (18%), 43 colombians (10,5%), 23 peruans (5,6%), 17 mexicans (4,2%). La resta, 111 pacients (26,7%) corresponen a 18 nacionalitats. En 368 immigrants (90,4%) es va tramitar la sol·licitud de dret a l'atenció sanitària per a persones sense recursos. En 199 immigrants (49%) es detectava alguna problemàtica sociosanitària, i 17 pacients (4%) no podien accedir a la cobertura sanitària per no disposar de certificat d'empadronament. 45 immigrants (22,6%) van ser derivades al Programa d'atenció a la dona, i també 45 (22,6%), al Programa del nen sa. 92 pacients presentaven algun factor de risc sociosanitari: 18 (19,6%) van ser derivats als SSAP o Càrites, 9 (9,8%) van requerir farmàcia gratuïta, 28 (30,4%) van ser derivades per ser informats sobre com aconseguir permís de residència, 12 (13%) van requerir treballar el dol de l'exili, 10 (10,9%) van requerir orientacions educacionals (aprendre l'idioma, alfabetitzacions), i finalment 8 menors (8,7%), foren derivats per ser escolaritzats. 44 van demanar cita per regularitzar la situació sanitària, però no van acudir a la consulta.

Conclusions. Més del 75% de la demanda sociosanitària correspon a població llatinoamericana. En la salut de tots, influeixen múltiples factors. Si incidim en la resolució dels factors socials probablement millorarem la salut individual i comunitària. El tràmit del dret a assistència sanitària pot ser, en aquest sentit, una estratègia preventiva des del Treball Social.

ELS MALTRACTAMENTS A LA GENT GRAN EN L'ÀMBIT FAMILIAR. DETECCIÓ I INTERVENCIÓ DES DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

Autor: **Magda Llargués.** ABS Cardona

Coautors: **Teresa Pampalona, Mari Tomàs, Pere Farràs, Teresa Salud i Antoni Fernández**

Paraules clau: Maltractaments a la gent gran.

Objectius. 1.- Conèixer una realitat representativa sobre els maltractaments de la gent gran (maltr. g.g.) en atenció primària de salut (APS). 2.- Realitzar un document de treball pràctic per a la detecció i intervenció en APS sobre els maltr. g.g.

Material i mètode. S'ha realitzat un estudi descriptiu. Es va elaborar una enquesta que es va passar a 37 ABS de l'ICS de les SAP Bages-Berguedà-Solsonès, Lleida-Nord i Sabadell (zones: semirural, rural i urbana). Després d'obtenir els resultats de l'estudi, s'ha elaborat un document de treball per la detecció i intervenció en els maltr. g.g.

Resultats de l'estudi. Contesten un 84% de les ABS. S'observa la inexistència de protocols d'intervenció, un 87% de les ABS considera necessari consensuar-ne. Un 97% no ha consensuat els factors de risc de patir maltr. g.g. Un 57% disposa de registre de la població >75 a. sola. En cas de detectar maltr.g.g., un 83% tracta el problema en equip. Una ABS disposa d'un registre de casos detectats i atesos. Pel que fa als recursos les ABS enquestades creuen que fan falta:

8% més professionals APS	
26% més recursos sociosanitaris	48% més centres sociosanitaris//32% més hospitals de dia//20% més equips padres
63% més recursos socials	29% residències//29% centres de dia//27% serveis ajuda domicili//15% ajuts \$ a famílies
3% altres recursos	Major formació i assessorament jurídic

Un 97% no realitzen cap tipus d'activitat comunitària entorn a aquest tema. Un 94% en el darrer any no ha dedicat cap sessió formativa respecte als maltr.g.g.

Resultats del document de treball. Consta dels següents apartats: tipus de malt.g.g., perfil de la víctima, perfil de l'agressor, factors de risc, indicadors en l'exploració física, com arribar al diagnòstic, pautes d'intervenció davant els maltr. g.g. i conclusions.

Conclusions

- Els malt.g.g. en APS és un problema poc detectat però que preocupa els professionals, es manifesta un interès en elaborar protocols d'actuació.
- Als professionals ens manca formació específica. És un tema que ens fa respecte i provoca inseguretat a l'hora d'intervenir.
- Els malt.g.g. requereixen un treball interdisciplinari i des de diferents àmbits.
- És necessari que hi hagin recursos d'internament urgent disponibles.
- La zona rural demana més recursos d'internament i diürns millorant el transport. La zona urbana demana més recursos a domicili i suport econòmic a les famílies.
- Els maltractaments no coneixen posició social, poden donar-se en qualsevol àmbit familiar i classe social.

QUI ÉS LA PERSONA QUE ACOMPANYA EL NEN/A A LA CONSULTA DEL PEDIATRE

Primer signant: **Cèlia Marcos.** ABS Sant Just

Coautors: **Grup d'onze alumnes de 2n curs de la EUTS de Barcelona dirigida per la professora Montse Bacardit**

Objectiu general. Conèixer el perfil de la persona que cuida i acompanya als nens/es a la consulta de pediatria per poder transmetre a l'acompanyant una informació més adequada que ha de servir per tenir més cura de la salut dels nens/es. Perquè s'observa un augment d'acompanyants que no són els pares dels infants.

Objectius específics. Qui és l'acompanyant del nen a la consulta de pediatria. Qui té cura del nen/a quan està malalt. Qui té cura del nen/a quan els pares treballen. Quins percentatges hi ha de pares i mares que treballen. Quins percentatges hi ha de nens/es que realitzen activitats extraescolars i quantes hores setmanals hi dediquen.

Material i mètodes. Es va confeccionar un qüestionari compost de 30 preguntes que es va passar a una mostra representativa de tota la població infantil del municipi de Sant Just (de 0 a 14 anys). En total es van passar 201 enquestes a tots els acompanyants dels nens/es durant un temps de 15 dies consecutius al matí i a la tarda.

Resultats. (Els resultats es presentaran en gràfics).

- Acompanyant del nen/a a la consulta de pediatria: L'acompanyant més freqüent és la mare; 30,35% al matí i 45,76% a la tarda (total 76,11%). Després l'acompanyant és l'àvia; 3,99%, de les quals el 87,50% són àvies de consanguinitat materna.
- Cuidador del nen quan està malalt: La mare cuida del nen/a quan està malalt en un percentatge del 32,34%. En segon lloc, trobem l'àvia materna: 29,35%. Després el cangur: 10,95%.
- Cuidador del nen/a quan els pares treballen: el cuidador que més sobresurt és l'àvia amb un percentatge del 23,88%.
- Situació laboral dels pares: Els pares treballen fora de casa en el 94,53% i les mares en el 71,14%.
- Activitats extraescolars. El 76,86% dels nens dinen fora de casa i el 63,40% fan activitats extraescolars: entre 1 a 4 hores setmanals el 71,13% i més de 8 hores setmanals el 3,09%.

Conclusions. La mare, encara que treballi, s'organitza per acompanyar el nen/a al metge i per cuidar-lo quan està malalt. En segon lloc surt, com a figura més rellevant com a cuidadora substituïda de la mare, l'àvia materna.

Hi ha un percentatge alt de nens/es que dinen fora de casa i que fan activitats extraescolars. Potser, els pares organitzen aquestes activitats per poder compaginar les seves absències degut a les obligacions laborals.