

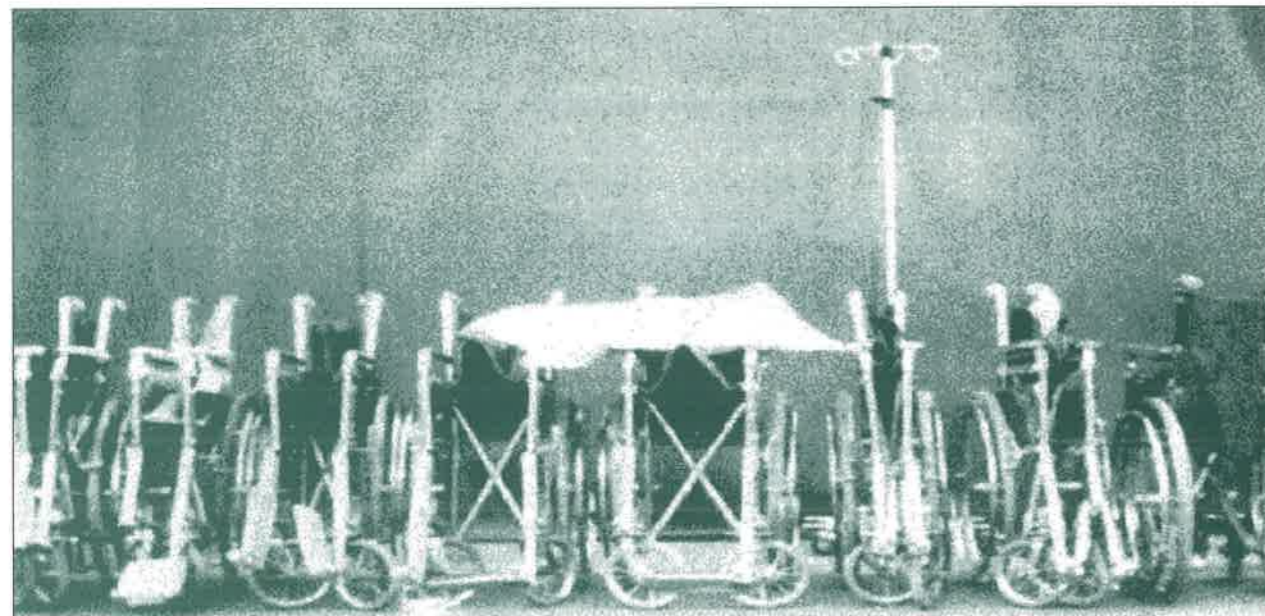
PROJECTE DE PREVENCIÓ I INSERCIÓ SOCIAL

ESTUDI SOBRE PERSONES AMB MINUSVÀLUES:

CENTRES COMARCALS D'ACCIÓ SOCIAL DE PALMA I MANACOR

M^a Luisa Moro, Velasco
pedagoga Centre Comarcal de Palma

Susana Antich Arqué
psicòloga Centre Comarcal de Manacor



1. INTRODUCCIÓ

Els Centres Comarcal de Palma i Manacor, depenents del Servei d'Acció Social i Sanitat del CIM, es varen plantejar fer un estudi de necessitats en el sector disminuïts, en el projecte de Prevenció i Inserció Social, pels següents motius:

*Perquè en els resultats de les memòries de les UTS de l'any 1990 es veia clarament que el percentatge de demandes en aquest sector era un dels més elevats.

*Mancança d'un estudi amb aquestes característiques en tota la comarca.

*Per comptar amb un nombre suficient d'elements d'anàlisi que possibilitin l'elaboració de projectes concrets d'actuació.

*Per fer efectiva una de les prestacions bàsiques que han de garantir els Serveis Socials Municipals.

*Per donar una visió comarcal, és a dir, amb un intent d'unificació i homogeneïtat d'objectius, conceptes, temps i instruments tècnics. Tot això suposa un treball previ i consensuat de les UTS amb el responsable del projecte del Centre Comarcal.

Els municipis participants han estat els que es poden veure a la taula 1.

2. OBJECTIUS ESPECÍFICS

-Conèixer l'origen i tipus de disminucions.

-Tenir les dades d'identificació personals i familiars dels afectats.

-Conèixer el tant per cent de demandes expressades a les UTS en relació al nombre de casos existents.

-Conèixer el nombre de casos de disminuïts en edat laboral: ocupació i contracte.

-Conèixer el nombre de persones amb valoració diagnòstica i grau de minusvàlua.

-Conèixer el grau d'autonomia personal del disminuït.

-Conèixer l'adequació de dotació de la vivenda i les barreres arquitectòniques.

-Conèixer el tipus d'escolaritat i lloc d'escolarització.

-Conèixer el nombre i tipus d'ajudes i prestacions que reben.

- Conèixer el grau d'associacionisme.
- Conèixer els principals problemes pels que es veuen afectats.
- Conèixer l'ús del temps lliure.
- Conèixer els mitjans de desplaçament utilitzats.
- Conèixer el nombre de persones que reben el SAD.

3. POBLACIÓ D'ESTUDI

Persones disminuïdes, residents en els municipis de les comarques de Palma i Manacor, en edat entre els 0 i 65 anys. Les persones majors de 65 anys no es van incloure perquè es considera que la seva disminució respon, més aviat, a un procés d'envelliment i seria propi d'un estudi dins el sector de tercera edat.

Consideracions:

1.-Amb aquest criteri queden excloses totes les persones que han arribat a aquesta edat essent disminuïdes.

2.-Han estat objecte d'estudi, només, les persones que tenien una valoració diagnòstica, bé d'INSERSO, d'equips psicopedagògics educatius i/o sanitaris tant de l'àmbit públic com privat.

4. VARIABLES

DADES D'IDENTIFICACIÓ FAMILIAR

- . Municipi-zona
- . Número d'expedient a SS.SS. / Número de fitxa
- . Adreça i telèfon
- . DNI dels pares. Nom i llinatges (sense explotar)

TAULA 1

COMARCA DE PALMA	COMARCA DE MANACOR
BUNYOLA	ARTÀ
CAMPOS	CAPDEPERA
ESPORLES	MANACOR
MARRATXÍ	MANCOM. DEL PLA (6 pobles)
PUIGPUNYENT	PORRERES
	SANT LLORENÇ
	SON SERVERA

TAULA 2

ÀMBIT	FONTS D'INFORMACIÓ
Municipal	- Expedients oberts a 1991 a l'UTS - Serveis Sanitaris: . Pediatres . Comares . Practicants - Grups d'Acció Social i Parròquies - Les dades aportades pels mateixos afectats i/o els seus familiars mitjançant una entrevista personal per formalitzar la fitxa. - Serveis educatius: . Equips psicopedagògics del MEC . Serveis Municipals d'orientació educativa.
Comarcal	- Centre especialitzat Joan Mesquida (Manacor) - Centre Migjorn (Comarca de Palma) - Centre especialitzat Joan XXIII (Inca)
Supramunicipal	- Consell genètic - INSERSO - ASPACE - AMADIP - COORD. MINUSVÀLIDS DE BALEARS - UNAC - CIPRES - INEM - HOSPITAL PSIQUIÀTRIC

TAULA 3

MUNICIPI	CASOS DETECTATS	CASOS ESTUDIATS
ANDRATX	19	-
BUNYOLA	32	32
CAMPOS	71	71
ESPORLES	8	8
LLUCMAJOR	195	-
MARRATXÍ	54	54
PUIGPUNYENT	8	8
SANTANYÍ	9	-
SES SALINES	7	-
SÓLLER / FORNALUTX	178	148

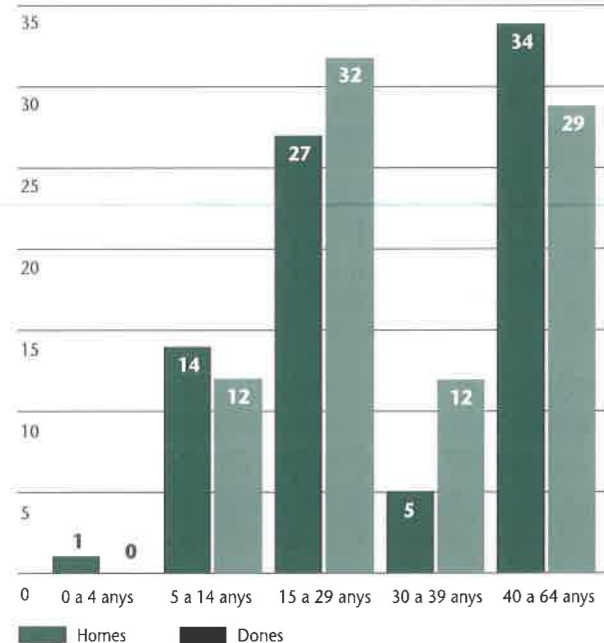
TOTALS PALMA	581	321
---------------------	------------	------------

ALGAIDA	15	31
ARIANY	4	4
ARTÀ	26	26
CAPDEPERA	17	14
FELANITX	19	-
MANACOR	90	22
MONTUÏRI	8	7
PETRA	6	6
PORRERES	34	34
SANT JOAN	3	3
SANT LLORENÇ	19	19
SON CERVERA	14	14
VILAFRANCA	14	14

TOTALS MANACOR	269	179
-----------------------	------------	------------

TOTALS	850	500
---------------	------------	------------

Gràfic 1: Minusvàlids per edat i sexe. COMARCA DE PALMA. 1991



- . Data de naixement dels pares
- . Nivell d'estudis
- . Ocupació
- . Nombre nucli de convivència
- . Composició familiar. GENOGRAMA

DADES D'IDENTIFICACIÓ DEL DISMINUÏT

- . Nom i llinatges
- . Sexe
- . Estat civil
- . Data de naixement
- . DNI
- . Lloc de naixement
- . Any d'arribada al municipi

DADES RELACIONADES AMB LA DISMINUCIÓ

- . Etiologia
- . Tipologia
- . Font d'informació
- . Qualificació
- . Data de valoració
- . Problemes de la vida quotidiana:
- . Desplaçaments
- . Atencions personals
- . Altres activitats a la casa
- . Atencions especials
- . Vivenda i barreres arquitectòniques
- . Escolaritat actual
- . Municipi d'escolarització
- . Ocupació
- . Nom del centre d'ocupació
- . Municipi d'ocupació
- . Tipus de contracte
- . Sistema de desplaçament
- . Principals problemes
- . Prestacions
- . Fonts d'ingressos
- . Associacionisme
- . Temps lliure

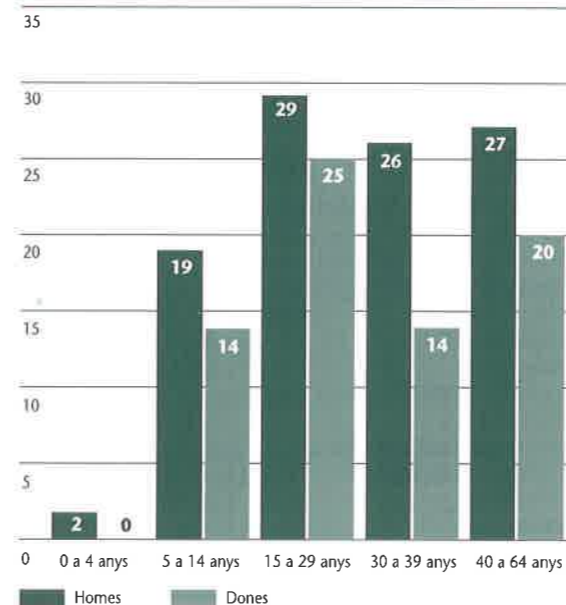
5. FONTS D'INFORMACIÓ

En aquest estudi no s'ha utilitzat cap tècnica de mostreig ja que l'objectiu era fer una primera aproximació de detecció i d'identificació personal del màxim nombre de persones afectades.

Les fonts d'informació bàsicament són les que es poden veure a la taula 2.

El treball s'ha desenvolupat sobre la base de la informació aportada per les fonts municipals i les comarcals. Les supramunicipals haurien estat de gran importància per a la completa realització de l'estudi,

Gràfic 1: Minusvàlids per edat i sexe. COMARCA DE MANACOR. 1991



però no hem disposat de la seva informació.

Els problemes amb els que ens hem trobat a l'hora de fer la recollida d'informació han estat:

-Manca d'un cens de disminuïts amb el qual comptar des del començament.

-Dificultats d'accés a la informació procedent dels fitxers de l'IN-SERSO, donat que s'està procedint a la seva informatització.

-Manca de certificats per escrit, per la qual cosa ens hem hagut d'ajustar, en alguns casos, a diagnòstics de transmissió verbal.

-Manca d'enquestadors per fer el treball de camp. Això va suposar a la UTS la dedicació d'un temps addicional que no havia contemplat.

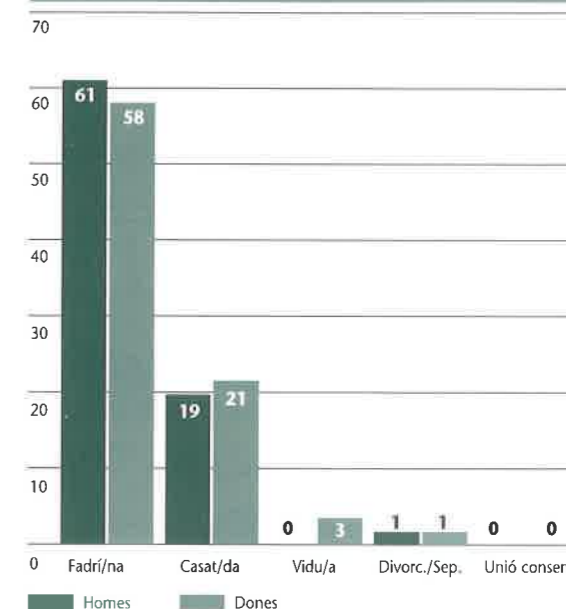
-No poder utilitzar els agents censals a la vegada que s'elaborava el Cens de Població de l'any 1991 ja que no es va aconseguir autorització de l'INEM.

-Dificultats en la formalització de la mateixa fitxa de registre, bé perquè no es contemplaven certes situacions, bé perquè la pròpia família no aportava les dades.

6. PROCÉS METODOLÒGIC

La implementació de l'estudi es va iniciar el mes de maig de 1991.

Gràfic 2: Minusvàlids per estat civil i sexe. COMARCA DE PALMA. 1991



Les fases seguides en l'estudi:

1ª fase (preparació)

- Confeció de la fitxa de disminucions
- Confeció de la fitxa d'identificació personal utilitzades pels sistemes educatius i sanitari per a la detecció de casos
- Buidatge dels fitxers de les UTS

2ª fase (recollida d'informació)

- Realització de les entrevistes
- Preparació del pla d'exploració
- Codificació de les variables
- Depuració de dades
- Introducció de dades a l'ordinador

3ª fase (anàlisi de resultats)

- Extracció de taules, llistes i gràfics
- Interpretació dels resultats

4ª fase (elaboració de l'informe)

- Relació de les conclusions i de l'informe final.

La tècnica utilitzada per a la recollida d'informació ha estat l'enquesta.

7. RECURSOS

Per dur a terme aquest estudi s'ha comptat amb els següents recursos:

- UTS dels municipis de les respectives comarques.

-Les responsables de l'estudi en

els respectius Centres Comarcals (psicòloga i pedagoga).

-El responsable de la Unitat de Planificació i Estudis del Servei d'Acció Social i Sanitat quant a l'assessorament i supervisió tècnica.

-El responsable de la Unitat de Suport Informàtic del Servei d'Acció Social i Sanitat del CIM.

-La col.laboració dels professionals dels serveis sanitaris municipals, dels equips psicopedagògics del MEC i dels Centres especialitzats Joan Mesquida i Centre Migjorn.

CONCLUSIONS

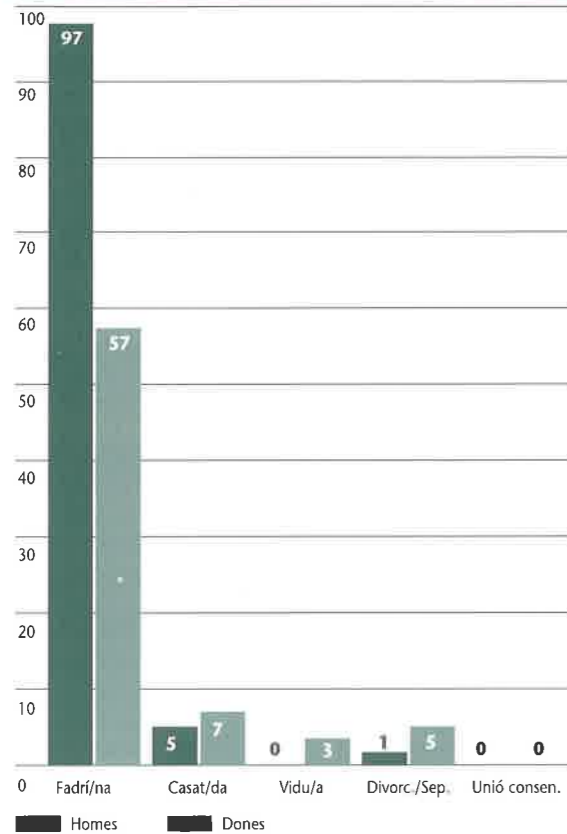
I. NOMBRE DE MINUSVÀLIDS AFECTATS

El nombre total de casos estudiats ha estat de 352, dels quals 173 són de la comarca de Palma i 179 a la de Manacor.

El nombre total de casos detectats no coincideix amb el nombre de casos estudiats, ja que quan es feia la consulta a les diferents fonts, s'aprofitava per formalitzar les fitxes de tots els casos atesos dels altres municipis de les comarques.

S'hi ha d'afegir aquí, el nombre de casos estudiats al municipi de Sóller (148) que pertany a la comarca de Palma i que està realitzant una prospecció amb unes característiques diferents; per tant,

Gràfic 2: Minusvàlids per estat civil i sexe.
COMARCA DE MANACOR. 1991



aquests 148 no entren a les consideracions d'aquest estudi. (vegeu taula 3)

Del total de casos estudiats (sense tenir en compte les dades del municipi de Sóller) tenen expedient obert en la UTS, 186 que representa un percentatge del 53%.

II. EDAT, SEXE I ESTAT CIVIL

De les 352 persones amb disminucions que s'han estudiat, 193 són homes i 159 dones, el que representa un 54% i un 45% respectivament com es pot veure al gràfic 1

Com es pot apreciar als gràfics núm. 1, el percentatge de disminucions augmenta l'edat a causa de:

-Augment de les deficiències adquirides perquè el temps d'exposició al risc és major.

-Al procés d'envelliment.

-A la manca de detecció d'hora de deficiències. És significatiu que només s'hagin detectat tres casos del total de casos estudiats. Això vol dir que fins que els nins no s'escolaritzen no es detecten certs problemes.

-Als programes de planificació i prevenció a nivell de sensibilització

que es desenvolupen o s'han desenvolupat a nivell de tot l'Estat espanyol.

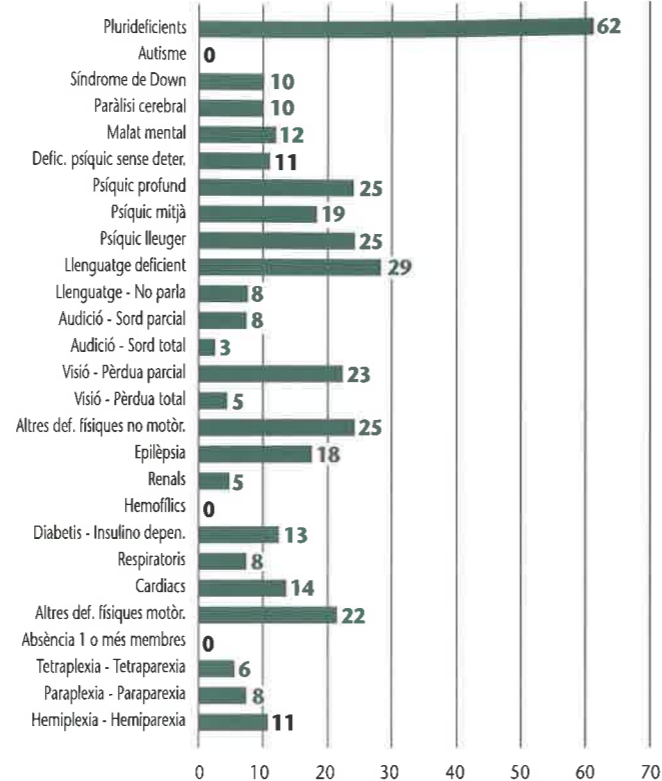
Quant a l'estat civil, el percentatge més elevat i amb una diferència bastant significativa respecta a la resta de categories contemplades, és el de fadrins/es. Un fet normal en la població disminuïda, conseqüència de la major dependència que aquest col·lectiu presenta vers altres persones, la qual cosa no afavoreix les relacions de parella. Influxa, a més, la manca d'estabilitat econòmica, laboral i emocional, i el menor nivell d'autonomia personal. Aquesta situació es veu agreujada pels valors culturals, "la bellesa", que actualment se centren cada dia més en la perfecció i el culte al cos com a símptoma de salut. Si observem els gràfics número 2, veim que la relació, a les diferents categories, entre els homes i les dones és similar.

III. TIPOLOGIA DE DEFICIÈNCIES

Per analitzar les deficiències que es presentaven, les hem classificades en quatre grans blocs:

- Físiques:
 - Motòriques

Gràfic 3: Tipologia de deficiències.
COMARCA DE PALMA. 1991



- No Motòriques

· Sensorials:

- Visió
- Audició
- Llenguatge

· Psíquiques

· Altres deficiències:

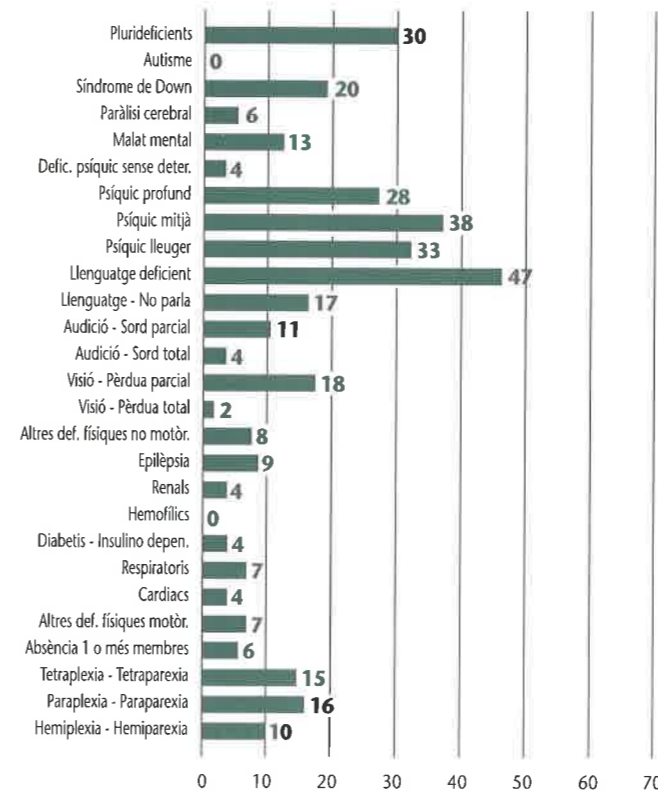
- Malaltia mental
- Paràlisi cerebral
- Síndrome de Down
- Autisme

Com que es poden patir dues o més deficiències, hem inclòs l'apartat de plurideficiències que fa referència a les persones que pateixen deficiències associades. (vegeu gràfics 3 i 4)

Disminuïts físics: és el tipus de deficiència més alt, representa el 62%, és a dir, més de la tercera part dels casos estudiats. El 50% correspon a les deficiències orgàniques o no motòriques i el 50% restant a les deficiències físiques motòriques

Disminuïts psíquics: s'han estudiat 183 de diferent consideració que representen el 52% del total. En aquest grup la freqüència i la intensitat de la discapacitat augmenta amb la gravetat del retard ja que la probabilitat que comporti altres

Gràfic 3: Tipologia de deficiències.
COMARCA DE MANACOR. 1991



deficiències és alta (ex.: deficiències de llenguatge, visuals o auditives i trastorns de conducta).

Disminuïts sensorials: representen el 50% del total. Pel que fa a aquest grup, destaca sobretot la pèrdua de visió parcial i el llenguatge deficient.

Disminuïts amb altres deficiències: Les persones que pateixen qualsevol tipus de malaltia mental representa un 20%

IV. ETIOLOGIA DE LES DEFICIÈNCIES

Les causes de les deficiències poden ser degudes a:

1. Problemes genètics com alteracions cromosomàtiques o metabòliques.

2. Problemes ambientals com infeccions, agents tòxics, traumatismes i malalties de la mare.

3. Causes desconegudes com malformacions cranials (microcefàlies) o disfuncions cerebrals estructurals (epilepsia, esquizofrènia)

No era objectius del nostre estudi recollir els diagnòstics de manera exhaustiva, ja que sabem que molts no el tenen i altres són incomplets; per això, només hem fet la diferen-

ciació etiològica en congènita i adquirida i a partir d'aquí atribuir la causa de la deficiència a nivell teòric (vegeu gràfic 5).

Segons els resultats que s'observen als gràfics núm. 5, el fet que els percentatges de minusvàlues adquirides sigui del 51% ens permet dir que algunes de les causes de les deficiències són evitables.

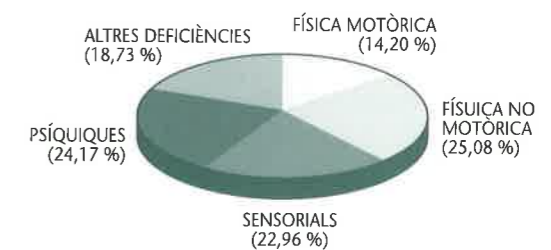
Aquestes dades són prou significatives per iniciar treballs de prevenció des de SS.SS. en coordinació amb el sistema sanitari, essencialment, i amb el sistema educatiu, i evitar, així, i/o minvar les situacions de risc a les que estam disposats.

V. GRAU DE MINUSVÀLUA

El gràfic número 6 posa de manifest que del total de casos valorats, el 70% ho han estat per l'INSERSO i d'aquests es coneix el grau de minusvàlua en el 63%, destacant aquells que tenen un grau de discapacitat de 75% i més, 49% a la Comarca de Palma, i 51% a la de Manacor. (Vegeu gràfic 6)

Cal remarcar la variabilitat al voltant de les valoracions diagnòstiques dependent de l'organisme o institució que les realitza. Això pot

Gràfic 4: Tipus de deficiències.
COMARCA DE PALMA. 1991



Gràfic 4: Tipus de deficiències.
COMARCA DE MANACOR. 1991



dueix una dificultat a l'hora de fer la classificació per tipologia de deficiències i la discapacitat real que comporten, donat que no s'utilitzen criteris únics de valoració.

D'altra banda, es contempla important el fet de ser valorat per poder accedir a les prestacions a les quals tot disminuït té dret.

VI. NOMBRE DE MEMBRES, TIPUS DE FAMÍLIA I TIPOLOGIA DE DEFICIÈNCIES

Els 352 disminuïts detectats es distribueixen en 325 nuclis familiars, 307 d'aquests compten amb un disminuït, 16 amb dos i 2 amb tres disminuïts com es pot veure a la taula núm. 4.

Fent un resum de les característiques del nucli familiar ens trobam amb un perfil de família bàsicament amb un nucli de convivència variable de 4 o 5 persones (els dos pares més dos o tres germans), amb un disminuït, home o dona, amb un retard mental mitjà i amb edat compresa entre els 15 i 29 anys.

Totes aquestes dades ens permeten identificar les famílies amb situació de risc i fer una tasca preventiva directa, ja que són les persones susceptibles de presentar un

TAULA 4

Nre. de famílies	Nre. de membres disminuïts per família	Total
307	1	307
16	2	32
2	3	6
TOTAL: 325		345

potencial més alt de demandes en serveis socials.

VII. ALTRES ASPECTES

OCUPACIÓ: Tenint en compte que el nombre major de disminuïts es troba en l'estructura d'edat dels 15 a 39 anys i que la població en dat activa va dels 15 als 64 anys, trobam una taxa d'ocupació molt semblant comparada amb estudis a nivell d'Estat espanyol, que indica que és d'un 24,7%.

Això ens fa pensar que hi hauria una estimació de població minusvàlida susceptible d'integrar a nivell laboral.

ESCOLARITAT: La majoria fan estudis a centres d'integració d'EGB i no s'ha detectat cap nin en edat escolar obligatòria sense escolaritzar; tampoc no n'hi ha cap que continuï estudis de BUP/COU.

SISTEMA DE DESPLAÇAMENT: La majoria es desplaça amb vehicle familiar i per tant acompanyat per algun membre de la família. La resta ho fan amb vehicle particular, normalment d'altres famílies que també tenen algun disminuït, i molt pocs utilitzen el transport a domicili i fan servir aquelles persones que assisteixen a un Centre d'educació especial/Centre de dia. En el mateix municipi el sistema de desplaçament habitual és a peu tot sol, o a peu acompanyat.

A l'apartat altres, hem inclòs les persones que es desplacen en ambulància, taxi, transport públic, cadira de rodes o bicicleta.

TEMPS LLIURE: Les activitats que

realitzen les persones disminuïdes amb més freqüència són les següents: a casa amb la família, veure la TV/Video, sortir a passejar, escoltar música o anar amb els amics.

Les activitats que queden anotades en darrer terme són: llegir, jugar, fer esport, anar a pubs i anar al cinema.

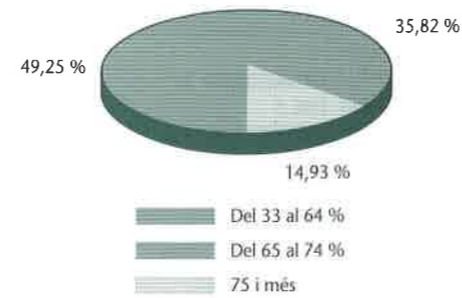
L'anàlisi d'aquestes dades mostra que la majoria de disminuïts, sense distinció d'edat ni sexe, tenen una actitud passiva davant les activitats que practiquen, és a dir, que per fer-les no requereixen de ningú i que a ells no els suposa cap acció participativa; tampoc han de sortir de casa seva (quan ho fan és quasi sempre amb la família) i per tant la relació amb els altres queda limitada als membres de la família i, en conseqüència, la integració a la societat és pràcticament nul·la.

Tot això ens fa pensar que s'han de fomentar activitats que afavoreixin la interacció amb persones de la mateixa edat i distintes de les del nucli familiar, i també activitats cap a l'exterior.

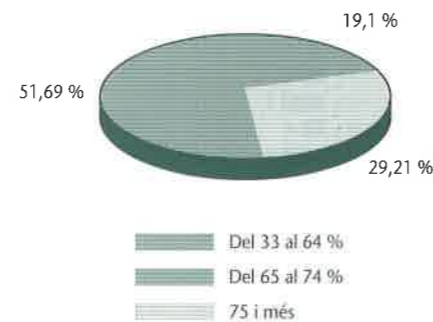
Potenciar els recursos existents al municipi (esportius, culturals, recreatius) adequant algunes de les instal·lacions a les necessitats dels disminuïts, és més important que la creació de centres especials i, a la vegada, suposaria una experiència sensibilitzadora i enriquidora per tots els membres de la comunitat.

ASSOCIACIONISME: Quant a l'associacionisme, es manifesta es-

Gràfic 6: Valoració del grau de minusvàlua. COMARCA DE PALMA. 1991



Gràfic 6: Valoració del grau de minusvàlua. COMARCA DE MANACOR. 1991



cassa sensibilització respecte a formar part d'alguna associació i pensar que està molt lligat a la manca de motivació, desconeixement i de relació entre els pares per fer reivindicacions i crear espais per cobrir necessitats dirigides als disminuïts i a les seves famílies.

Una altra causa per la qual les associacions són desconegudes pot ser pel fet d'estar ubicades a Ciutat i, per tant, les activitats que realitzen estan molt descentralitzades, la qual cosa pot dificultar l'accés i la informació dels pares de la Part Forana.

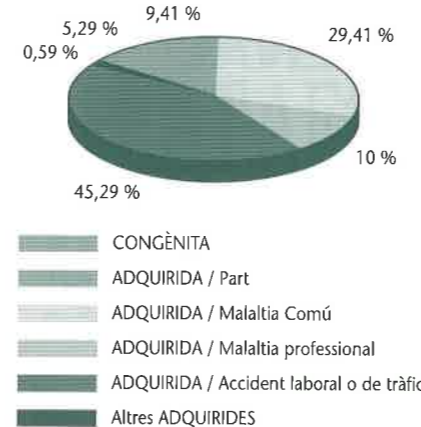
Per tot això, consideram important apropar aquests recursos a les famílies i a les pròpies persones afectades.

PRINCIPALS PROBLEMES: En primer lloc, ens trobam amb la manca de serveis (pisos, residències, tallers ocupacionals, transport, ...)

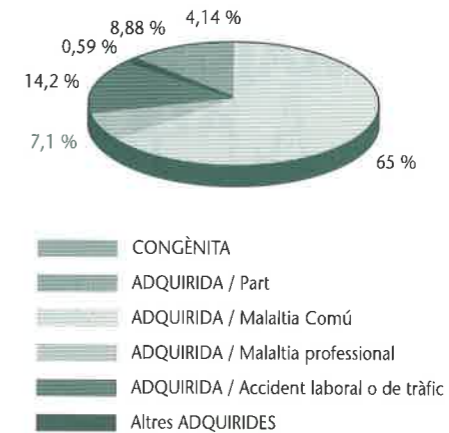
El fet de tractar-se d'una població rural i/o mitjanament distant de Ciutat, on se centralitzen la majoria de recursos, fa que aquestes persones no puguin rebre les atencions idònies.

Per tot això, seria interessant potenciar al màxim la utilització dels recursos normalitzats, a través d'acords amb els serveis existents,

Gràfic 5: Etiologia. COMARCA DE PALMA. 1991



Gràfic 5: Etiologia. COMARCA DE MANACOR. 1991



fent les adaptacions necessàries i un mínim de preparació dels professionals implicats en el treball.

En segon lloc, hi trobam els econòmics i manca d'informació.

Per paliar aquest handicap, algunes de les mesures a prendre són: informar a les famílies dels tipus d'ajudes i prestacions a les que tenen dret, ja siguin tècniques i/o econòmiques i gestionar les necessàries. Donar a conèixer i apropar als municipis als recursos existents i les activitats que realitzen. Fer les derivacions oportunes perquè siguin valorats tots els casos detectats que no tinguin certificat de minusvàlua i fomentar la integració laboral de tots aquells casos que reuneixen condicions per desenvolupar un treball adequat a les seves característiques.

ADEQUACIÓ DELS HABITATGES I BARRERES ARQUITECTÒNIQUES

S'ha intentat tenir en compte que si amb l'eliminació o adequació de dites "barreres" es donaria una resposta real a un canvi qualitatiu en l'autonomia de la persona disminuïda, és a dir, distingir les barreres arquitectòniques d'una limitació inherent a la pròpia disminució que, amb canvi o sense, continuaria existint.

Observem que la majoria de les vivendes tenen barreres arquitectòniques en el seu accés, els pisos amb escales i les plantes baixes amb graons. Aquestes darreres al seu interior tenen desnivells o escales, degut a que es conserva l'es-

structura típica de les vivendes rurals.

Entre un 12 i un 14% de les vivendes necessitarien una adaptació perquè no reuneixen les condicions d'habitabilitat adients per facilitar la mobilitat a les persones amb dificultats.

VIII. PROPOSTA DE TREBALL PER A L'ANY 1992

A partir dels resultats d'aquest estudi, s'han detectat tipus de necessitats que podrien ésser prioritàries respecte a les línies que s'han plantejat als projectes dels Centres Comarcals i de les UTS Municipals.

Cal tenir en compte que no sempre és viable donar-hi resposta, atès que la creació de qualsevol recurs significa una despesa important que hauria de ser compartida per més d'una administració i que no sempre és a l'abast d'una inversió a curt termini.

Les línies de treball prioritzades per enguany són:

A nivell de treball comunitari

1. Informació, orientació i sensibilització a la població general i/o grups de professionals, aconseguint la coordinació i/o col·laboració d'altres polítiques municipals.

2. Continuar amb el treball realitzat durant l'any 1991 sobre coneixement del sector i oferir a aquells municipis que no iniciaren cap actuació en el sector de disminuïts, la possibilitat de fer-ho aquest any.

3. Continuar amb el treball de coordinació amb les entitats i serveis d'àmbit municipal-comarcal i amb aquells serveis especialitzats que tinguin incidència en el treball que es fa a la comarca, amb l'objectiu de consolidar la relació i col·laboració.

4. Aprofitar i aproximar aquells recursos específics que estiguin realitzant actuacions de forma exclusivament centralitzada (Palma) i que pel seu contingut hi hauria d'accedir tota la població afectada a nivell insular.

5. Conèixer i facilitar assessorament a totes aquelles iniciatives que a nivell de voluntariat organitzat sorgeixin a la comarca que tinguin per objecte actuacions amb el col·lectiu de minusvàlids a través de la UTS.

A nivell individual:

Potenciar actuacions específiques a les UTS en el circuit individual-familiar, facilitant assessorament i recolzament tècnic per part de l'equip comarcal, garantint d'aquesta manera la connexió entre el circuit individual-familiar i comunitari.

A la Unitat d'Informació i Documentació del Servei d'Acció Social i Sanitat del CIM es podrà trobar el document amb la informació completa dels estudis esmentats per la seva consulta.

Voldríem destacar aquí la col·laboració del responsable de la Unitat de Planificació i Estudis del Servei d'Acció Social i Sanitat -Lluís Ballester Brage- sense la qual no hauria estat possible l'elaboració d'aquests estudis.