

Estudi de salut, estils
de vida i condicions de treball
de les treballadores socials de Catalunya

La salut de les treballadores socials

ESTUDI DE SALUT, ESTILS DE VIDA I CONDICIONS DE
TREBALL DE LES TREBALLADORES SOCIALS
DE CATALUNYA

Informe de resultats

Edita: Fundació Galatea

Autora: Lucía Baranda

Grup de treball

Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya:

Marga Garcia Canela

Juan Manuel Rivera Puerto

Núria Carrera

Montse Grau

Fundació Galatea:

Anna Mitjans Garcés

Marta Anglès Trasserra

Antoni Calvo López

Estudi editat l'abril de 2019

Presentació

En l'exercici de la nostra feina diària, les treballadores i treballadors socials ens trobem exposades a pressions que dificulten la nostra feina i que ens generen en molts casos un patiment psicològic i físic. Estem dins d'un entorn amb un elevat grau d'hostilitat, afectat per qüestions estructurals —de societat i de sistema— que poden aflorar i manifestar-se en situacions complicades de pair o d'entomar per part de les professionals.

Davant d'aquesta realitat, el Col·legi de Treball Social de Catalunya ha tingut com un dels seus principals eixos d'actuació tenir cura de les i els professionals. És cabdal per a nosaltres posar totes les mesures necessàries per garantir el benestar i la salut de les nostres professionals. I fruit d'aquesta voluntat va néixer, de la mà de la Fundació Galatea, el programa SuporTS. Un servei específic i pioner a Europa que presta atenció gratuïta a les col·legiades en actiu que pateixen problemes d'estrès, de salut mental i/o d'addiccions.

L'informe que teniu entre les mans parteix de la intensa col·laboració que mantenim amb la Fundació Galatea. Sota el títol “Salut, estils de vida i condicions de treball de les treballadores socials de Catalunya”, aquest document pretén ser una radiografia de com es troben actualment les professionals del treball social. Un full de ruta que identifica els principals riscos per a la nostra salut i com impacten en les treballadores i treballadors socials.

Els resultats de l'informe ens han de permetre seguir elaborant estratègies d'actuació i, sobretot, de prevenció que s'adeqüin a les necessitats reals del col·lectiu. Perquè només així podrem seguir cuidant a aquelles que ens cuiden. Perquè cuidats i cuidades, cuidem millor.

Conchita Peña

Degana del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya

Presentació

Arran de l'experiència del Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt, la Fundació Galatea va ser creada l'any 2001 pel Consell de Col·legis de Metges de Catalunya amb la finalitat de promoure la salut, el benestar físic i mental i la qualitat de vida del col·lectiu mèdic. Des d'aleshores s'han anat incorporant progressivament a la institució altres col·lectius professionals de la salut (infermeres, farmacèutics, veterinaris, psicòlegs, odontòlegs, treballadores socials i fisioterapeutes) i ha esdevingut una entitat transversal i multidisciplinària que té per finalitat última garantir millor la salut de la població que atenen tots aquests col·lectius.

Des de finals de 2016 el Col·legi de Treball Social de Catalunya forma part del patronat de la Fundació Galatea i té el seu propi programa assistencial per a les treballadores socials amb problemes de salut mental i addiccions, SuporTS. Aquest estudi sobre la salut, estils de vida i condicions de treball del col·lectiu serà un punt de partida per fer propostes en l'àmbit de la prevenció i la promoció d'un exercici professional saludable, ja que disposarem de dades quantificades sobre qüestions clau en la situació de la professió.

Miquel Vilardell Tarrés
President de la Fundació Galatea

Índex

1. Introducció.....	15
2. Característiques sociodemogràfiques de les treballadores socials	17
2.1. Característiques de la mostra obtinguda	17
2.2. Distribució per sexe, edat i lloc de naixement	19
2.3. Formació postuniversitària i continuada	21
3. Estructura familiar i treball domèstic	25
3.1. Estructura familiar	25
3.2. Repartiment de les tasques domèstiques	28
3.3. Nivell de satisfacció personal i familiar	31
4. La situació laboral i l'exercici professional	32
4.1. Nombre de feines i sector d'activitat	32
4.2. Tipus de feina i centre de treball	33
4.3. Situació contractual i càrrec de comandament	38
4.4. Càrrega horària (tipus d'horari, guàrdies i hores treballades)	40
4.5. Ambient laboral i factors de risc psicosocial	45
4.6. <i>Burnout</i>	49
4.7. Altres factors de risc	57
4.8. Grau de satisfacció amb la feina.....	60
5. Estils i hàbits de vida relacionats amb la salut	65
5.1. Hàbits alimentaris	65
5.2. Activitat física	70
5.3. Consum de tabac	71
5.4. Consum d'alcohol.....	73
5.5. Consum de drogues	75
5.6. Hores de son	77

6. Estat de salut	81
6.1. Estat de salut autopercebut	81
6.2. Obesitat i sobrepès	82
6.3. Trastorns crònics	83
6.4. Indicadors de dolor, fatiga i estrès	87
6.5. Consum de medicaments	88
6.6. Salut Mental	93
7. Valoració de l'exercici professional i impacte de la situació econòmica	97
7.1. Exercici professional i percepció social de les treballadores socials	97
7.2. Repercussió de diversos factors en l'exercici professional del treball social	100
8. Principals resultats	104
8.1. Característiques sociodemogràfiques i familiars	104
8.2. Entorn laboral i condicions de treball	106
8.3. Estils de vida determinants de la salut	110
8.4. Estat de salut	112
9. Annex metodològic	114
9.1. Característiques tècniques de l'enquesta	114
9.2. Representativitat i validació de la mostra	115
9.3. El qüestionari	115
9.4. Les variables	116
10. Bibliografia	122

Índex de taules i gràfics

TAULA 4.1. Àrea d'actuació a la feina principal segons sexe i segons edat	35
TAULA 4.2. Centre de treball a la feina principal segons sexe i segons edat	36
TAULA 5.1. Àpats realitzats per les treballadores socials segons sexe i segons edat	67
TAULA 5.2. Treballadores socials que han pres determinades substàncies en algun moment de la seva vida o en els últims 30 dies segons sexe i segons edat. Relació entre el consum en el passat i l'actual	77
TAULA 6.1. Trastorns crònics declarats per les treballadores socials segons sexe i segons edat (resposta induïda)	84
TAULA 6.2. Altres trastorns crònics citats per les treballadores socials (resposta espontània)	85
TAULA 6.3. Indicadors de cansament, dolor i estrès segons sexe i segons edat	88
TAULA 6.4. Medicaments que les treballadores socials han pres en els últims 15 dies segons sexe i segons edat	89
TAULA 6.5. Medicaments presos durant els últims 15 dies segons sexe. Comparació treballadores socials i població general espanyola CSE II	91
TAULA 7.1. Valoració dels factors que poden dificultar l'exercici professional de les treballadores socials. Puntuació mitjana sobre 10 i % de les que es veuen afectades negativament (puntuen d'1 a 4)	101
GRÀFIC 2.1. Distribució per sexe i per edat de les treballadores socials col·legiades a Catalunya. Dades comparatives univers i mostra obtinguda	17
GRÀFIC 2.2. Distribució de les treballadores socials col·legiades a Catalunya segons sexe i grups d'edat. Dades comparatives univers i mostra OBTINGUDA	18
GRÀFIC 2.3. Distribució de les treballadores socials col·legiades a Catalunya segons sexe i grups d'edat. Dades comparatives univers i mostra PONDERADA	18
GRÀFIC 2.4. Distribució territorial de les treballadores socials col·legiades a Catalunya. Dades comparatives univers, mostra obtinguda i mostra ponderada	19
GRÀFIC 2.5. Evolució de la distribució per sexe i edat de les treballadors/es socials col·legiades a Catalunya segons dades del TSCAT	20
GRÀFIC 2.6. Distribució per edats i edat mitjana de les treballadores socials segons el seu sexe	20
GRÀFIC 2.7. Lloc de naixement de les treballadores socials segons sexe i segons edat	21
GRÀFIC 2.8. Títol acadèmic de les treballadores socials segons sexe i segons edat	22
GRÀFIC 2.9. Treballadores socials que han realitzat o estan realitzant el doctorat o un màster o postgrau segons sexe	23
GRÀFIC 2.10. Hores de formació continuada realitzades durant els últims 2 anys segons sexe i segons edat	24

GRÀFIC 2.11. Hores de formació continuada realitzades durant els últims 2 anys segons diverses situacions laborals	24
GRÀFIC 3.1. Estructura de la llar segons sexe i segons edat.....	26
GRÀFIC 3.2. Nombre de fills convivint a la llar de les treballadores socials segons sexe i segons edat	27
GRÀFIC 3.3. Edat dels fills que conviu a la llar segons sexe i segons edat	27
GRÀFIC 3.4. Qui realitza les tasques de la llar de les treballadores socials segons sexe i segons edat	28
GRÀFIC 3.5. Disponibilitat d'una persona contractada per ajudar al treball domèstic segons sexe i segons edat	29
GRÀFIC 3.6. Nombre d'hores de treball domèstic realitzat setmanalment segons sexe i segons edat.....	29
GRÀFIC 3.7. Nombre mitjà d'hores de treball domèstic realitzat setmanalment segons sexe i segons edat.....	30
GRÀFIC 3.8. Nombre mitjà d'hores de treball domèstic realitzades segons sexe i persona encarregada de les tasques de la llar.....	30
GRÀFIC 3.9. Treballadores socials que estan satisfetes o molt satisfetes amb diversos aspectes de la seva vida personal i familiar segons sexe	31
GRÀFIC 4.1. Disponibilitat d'una feina o més segons sexe i segons edat	32
GRÀFIC 4.2. Sector d'activitat de la feina principal segons sexe i segons edat	33
GRÀFIC 4.3. Tipus de treball realitzat a la feina principal segons sexe i segons edat	34
GRÀFIC 4.4. Àmbit de treball segons sexe i segons edat.....	35
GRÀFIC 4.5. Centre de treball de les treballadores socials segons sexe i segons edat	37
GRÀFIC 4.6. Centre de treball de les treballadores socials segons sector d'activitat.....	37
GRÀFIC 4.7. Temps que les treballadores socials passen fora del seu despatx en atenció directa a usuaris segons sector d'activitat i centre de treball	38
GRÀFIC 4.8. Relació contractual a la feina de les treballadores socials segons sexe i segons edat.....	39
GRÀFIC 4.9. Treballadores socials que estan d'acord o molt d'acord en que la seva situació laboral és insegura segons sexe, edat, sector d'activitat i relació contractual	39
GRÀFIC 4.10. Treballadores socials que tenen càrrec de comandament segons sexe, edat, sector d'activitat i relació contractual ..	40
GRÀFIC 4.11. Tipus de jornada laboral segons sexe i segons edat	41
GRÀFIC 4.12. Tipus de jornada laboral segons sector, centre de treball i relació contractual	41
GRÀFIC 4.13. Treballadores socials que han fet guàrdies o que han treballat en cap de setmana durant l'últim mes segons sexe i segons edat	42
GRÀFIC 4.14. Treballadores socials que han fet guàrdies o que han treballat en cap de setmana durant l'últim mes segons sector d'activitat, centre de treball i relació contractual.....	42
GRÀFIC 4.15. Nombre d'hores treballades durant l'última setmana segons sexe i segons edat.....	43
GRÀFIC 4.16. Nombre mitjà d'hores de treball (laboral i domèstic) setmanal realitzades segons sexe i segons edat	43
GRÀFIC 4.17. Nombre d'hores treballades durant l'última setmana segons sector d'activitat, centre de treball i relació contractual.....	44
GRÀFIC 4.18. Nombre mitjà d'hores de treball setmanal realitzades segons sector d'activitat, centre de treball i relació contractual.....	44
GRÀFIC 4.19. Exposició de les treballadores socials a factors de risc psicosocial. Distribució en quartils de cada dimensió	46
GRÀFIC 4.20. Nivell d'EXIGÈNCIES PSICOLÒGIQUES segons edat i diverses característiques del lloc de treball	47
GRÀFIC 4.21. Nivell de CONTROL SOBRE LA FEINA segons edat i diverses característiques del lloc de treball	47
GRÀFIC 4.22. Nivell de PARTICIPACIÓ segons edat i diverses característiques del lloc de treball	47
GRÀFIC 4.23. Nivell de SUPORT DELS SUPERIORS segons edat i diverses característiques del lloc de treball	48

GRÀFIC 4.24. Nivell de SUPORT DELS COMPANYS segons edat i diverses característiques del lloc de treball.....	49
GRÀFIC 4.25. MBI. Nivell d'esgotament emocional de les treballadores socials segons sexe i segons edat.....	50
GRÀFIC 4.26. MBI. Nivell d'esgotament emocional de les treballadores socials segons diverses situacions laborals.....	51
GRÀFIC 4.27. MBI. Nivell de despersonalització de les treballadores socials segons sexe i segons edat.....	52
GRÀFIC 4.28. MBI. Nivell de despersonalització de les treballadores socials segons diverses situacions laborals.....	52
GRÀFIC 4.29. MBI. Nivell de realització personal de les treballadores socials segons sexe i segons edat	53
GRÀFIC 4.30. MBI. Nivell de realització personal de les treballadores socials segons diverses situacions laborals	53
GRÀFIC 4.31. MBI. Índex de <i>burnout</i> de les treballadores socials segons sexe i segons edat	54
GRÀFIC 4.32. MBI. Índex de <i>burnout</i> de les treballadores socials segons diverses situacions laborals	55
GRÀFIC 4.33. MBI. Dimensions de la síndrome de <i>burnout</i> (esgotament emocional, despersonalització i realització professional). Dades comparatives psicòlegs i odontòlegs	56
GRÀFIC 4.34. MBI. Índex de <i>burnout</i> de les treballadores socials, odontòlegs i psicòlegs segons sexe	57
GRÀFIC 4.35. Treballadores socials que estan d'acord o molt d'acord amb que tenen poques perspectives de promoció segons sexe, edat, sector d'activitat i centre de treball.....	57
GRÀFIC 4.36. Treballadores socials que estan d'acord o molt d'acord amb que tenen poques perspectives de promoció segons sector, centre de treball i relació contractual.....	58
GRÀFIC 4.37. Disponibilitat d'espais de cura professional al lloc de treball segons sector, centre de treball i relació contractual...	59
GRÀFIC 4.38. Dimensions del <i>burnout</i> de les treballadores socials segons comptin o no amb espais de cura a la seva feina.....	59
GRÀFIC 4.39. Exposició a riscos psicosocials de les treballadores socials segons comptin o no amb espais de cura a la seva feina..	60
GRÀFIC 4.40. Treballadores socials que estan satisfetes o molt satisfetes amb les seves condicions laborals o amb el seu salari segons sexe i segons edat	61
GRÀFIC 4.41. Treballadores socials que estan satisfetes o molt satisfetes amb les seves condicions laborals o amb el seu salari segons sector d'activitat i centre de treball.....	61
GRÀFIC 4.42. Treballadores socials que estan satisfetes o molt satisfetes amb el seu salari segons exposició a factors de risc psicosocial.....	62
GRÀFIC 4.43. Treballadores socials que estan satisfetes o molt satisfetes amb les seves condicions laborals segons exposició a factors de risc psicosocial.....	63
GRÀFIC 4.44. Dimensions i índex de <i>burnout</i> de les treballadores socials segons estiguin satisfetes o no amb el seu SALARI	63
GRÀFIC 4.45. Dimensions i índex de <i>burnout</i> de les treballadores socials segons estiguin satisfetes o no amb les seves CONDICIONS DE TREBALL.....	64
GRÀFIC 5.1. Nombre de peces o racions de fruita i verdura menjades diàriament segons sexe i segons edat	66
GRÀFIC 5.2. Nombre mitjà de peces o racions de fruita i verdura menjades diàriament segons sexe i segons edat	66
GRÀFIC 5.3. Nombre mitjà de peces o racions de fruita i verdura menjades diàriament segons sexe. Comparació amb població general CSE II i amb infermeres	67
GRÀFIC 5.4. Nombre d'àpats diaris realitzats habitualment segons sexe i segons edat.....	68
GRÀFIC 5.5. Opinió de les treballadores socials sobre si Els seus hàbits alimentaris són saludables segons sexe i segons edat....	68
GRÀFIC 5.6 Treballadores socials que opinen que les <i>condicions de treball afecten molt o força negativament</i> <i>els hàbits alimentaris</i> segons sexe i segons edat	69
GRÀFIC 5.7. Treballadores socials que opinen que les <i>condicions de treball afecten molt o força negativament</i> <i>els hàbits alimentaris</i> segons nombre d'hores treballades i tipus d'horari.....	70

GRÀFIC 5.8. Activitat física realitzada per les treballadores socials en els últims 7 dies segons sexe i segons edat	70
GRÀFIC 5.9. Activitat física realitzada segons sexe. Comparació treballadores socials i població general Catalunya CSE II	71
GRÀFIC 5.10. Consum de tabac per part de les treballadores socials segons sexe i segons edat	72
GRÀFIC 5.11. Fumadors diaris segons sexe. Comparació treballadores socials, població general CSE II i professionals de la salut de Catalunya (escala 0-50)	72
GRÀFIC 5.12. Treballadores socials fumadores que han intentat deixar de fumar durant els últims 12 mesos segons sexe i segons edat	73
GRÀFIC 5.13. Consum d'alcohol segons sexe i segons edat	74
GRÀFIC 5.14. Consum d'alcohol de risc segons sexe. Comparació treballadores socials, població general CSE II i professionals de la salut de Catalunya (escala 0-50)	74
GRÀFIC 5.15. Tipus de bevedors segons sexe i segons edat	75
GRÀFIC 5.16. Treballadores socials que han pres en alguna ocasió de la seva vida o en els últims 30 dies determinades substàncies	76
GRÀFIC 5.17. Treballadores socials que han pres substàncies il·legals (alguna vegada a la vida o en els últims 30 dies) segons sexe i segons edat	76
GRÀFIC 5.18. Treballadores socials que dormen 6 hores o menys segons sexe i segons edat	78
GRÀFIC 5.19. Treballadores socials que dormen 6 hores o menys segons tipus de treball, tipus de jornada i nombre d'hores treballades	78
GRÀFIC 5.20. Nombre mitjà d'hores de son habituals segons sexe. Comparació treballadores socials i població general CSE II	79
GRÀFIC 5.21. Treballadores socials que estan d'acord o molt d'acord amb que <i>Els horaris que tenen dificulten la seva vida personal i familiar</i> segons sexe i segons edat	79
GRÀFIC 5.22. Treballadores socials que estan d'acord o molt d'acord amb que <i>Els horaris que tenen dificulten la seva vida personal i familiar</i> segons tipus de treball i tipus i durada de la jornada laboral	80
GRÀFIC 6.1. Estat de salut autopercebut segons sexe i segons edat	81
GRÀFIC 6.2. Estat de salut autopercebut segons sexe. Comparació treballadores socials i població general CSE II	82
GRÀFIC 6.3. Índex de massa corporal segons sexe i segons edat	82
GRÀFIC 6.4. Índex de massa corporal (IMC) segons sexe. Comparació treballadores socials i població general CSE II	83
GRÀFIC 6.5. Treballadores socials que tenen algun trastorn crònic segons sexe i segons edat	84
GRÀFIC 6.6. Treballadores socials que pateixen depressió o ansietat segons sexe i segons edat (escala 0-50)	86
GRÀFIC 6.7. Treballadores socials que pateixen depressió i/o ansietat segons diverses situacions laborals (escala 0-50)	86
GRÀFIC 6.8. Treballadores socials que pateixen depressió i/o ansietat segons sexe. Comparació amb població general CSE II i professionals de la salut de Catalunya	87
GRÀFIC 6.9. Medicaments presos per pròpia iniciativa o per prescripció mèdica segons sexe i segons edat	89
GRÀFIC 6.10. Medicaments presos durant els últims 15 dies segons hagin estat o no prescrits per un metge	90
GRÀFIC 6.11. Psicofàrmacs presos durant els últims 15 dies segons edat	91
GRÀFIC 6.12. Consum d'HIPNÒTICS I TRANQUIL·LITZANTS durant els últims 15 dies segons sexe. Comparació treballadores socials, població general espanyola CSE II i diversos professionals de la salut	92
GRÀFIC 6.13. Consum d'ANTIDEPRESSIUS durant els últims 15 dies segons sexe. Comparació treballadores socials, població general espanyola CSE II i diversos professionals de la salut	92

GRÀFIC 6.14. Índex de salut mental de les treballadores socials segons sexe i segons edat.....	93
GRÀFIC 6.15. Treballadores socials amb risc de mala salut mental segons sexe. Comparació amb població general CSE II i professionals de la salut de Catalunya	94
GRÀFIC 6.16. Risc de mala salut mental de les treballadores socials segons diverses situacions laborals.....	95
GRÀFIC 6.17. Risc de mala salut mental de les treballadores socials segons la seva exposició a riscos psicosocials a la feina.....	95
GRÀFIC 6.18. Risc de mala salut mental de les treballadores socials segons el seu nivell de <i>burnout</i> i de satisfacció amb la feina...	96
GRÀFIC 7.1. Opinió sobre la valoració del reconeixement social de les treballadores socials segons sexe i segons edat.....	98
GRÀFIC 7.2. Valoració mitjana (en una escala de l'1 al 10) sobre el reconeixement social de les treballadores socials segons diverses situacions laborals	98
GRÀFIC 7.3. Opinió sobre l'evolució del reconeixement social de les treballadores socials segons sexe i segons edat. Dades comparatives amb infermeres	99
GRÀFIC 7.4. Opinió sobre l'evolució del reconeixement social de les treballadores socials segons diverses situacions laborals ..	99
GRÀFIC 7.5. Factors que poden dificultar l'exercici professional de les treballadores socials.....	101
GRÀFIC 7.6. Valoració mitjana (de l'1 al 10) de determinats factors que poden dificultar l'exercici professional de les treballadores socials segons sector d'activitat.....	102
GRÀFIC 7.7. Valoració mitjana (de l'1 al 10) de determinats factors que poden dificultar l'exercici professional de les treballadores socials segons centre de treball	102
GRÀFIC 7.8. Valoració mitjana (de l'1 al 10) de determinats factors que poden dificultar l'exercici professional de les treballadores socials segons satisfacció amb les condicions laborals.....	103

1. Introducció

L'any 2001 el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya va crear la Fundació Galatea amb la finalitat de promoure la salut, el benestar físic i mental i la qualitat de vida del col·lectiu mèdic. Amb l'ànim d'anar incorporant més professions associades a la cura, a la salut i a l'atenció social, de seguida es van incloure la d'infermeria i, al cap d'un temps, veterinària, farmàcia, psicologia, odontologia, treball social i fisioteràpia, sempre amb la finalitat última de garantir millor la salut de la població que atenen.

Per assolir aquest objectiu, ofereix serveis d'atenció als professionals de la salut amb problemes de salut mental i addiccions, a través dels seus programes assistencials. El Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya disposa del Programa SUPORTS, que té com a objectiu prestar una atenció de qualitat a les treballadores socials que pateixen aquest tipus de trastorns de salut mental.

Aquest programa és similar al PAIMM, adreçat als metges, l'ITACA Farmacèutica, adreçat al col·lectiu de farmacèutics, el RETORN adreçat a infermeres, el PSYQUE adreçat a psicòlegs, APOL·LÒNIA adreçat a odontòlegs, ASSÍS a veterinaris i AFÍ a fisioterapeutes.

Paral·lelament, la Fundació Galatea duu a terme programes de prevenció i promoció de la salut en els quals es desenvolupen línies d'investigació per conèixer l'estat de salut, els estils de vida i les condicions de treball d'aquests professionals, especialment exposats a situacions de risc psicosocial. A partir dels resultats d'aquests estudis es pretén sensibilitzar-los cap a l'autocura de la pròpia salut i dissenyar intervencions que els ajudin a incorporar eines d'afrontament del malestar psicològic per poder exercir de forma saludable.

Els professionals de la salut, que acostumen a tenir un fort compromís social, es veuen cada vegada més sotmesos a pressions de tota mena que poden arribar a alterar el seu estat anímic i l'equilibri psicoemocional, elements que, d'altra banda, poden afectar l'atenció prestada als seus pacients o usuaris.

En aquest context es planteja aquest estudi que té com a finalitat conèixer les conductes i l'exposició a factors estressants de les treballadores socials per impulsar o adequar polítiques col·legials encaminades a la prevenció de riscos o el control de les patologies que se'n poden derivar.

Els principals objectius de l'estudi són:

- » Proporcionar informació sobre la salut, els hàbits i conductes relacionades amb la salut, estils de vida i hàbits sanitaris de les treballadores socials.
 - › L'estat de salut de les treballadores socials. Presència de trastorns crònics, salut mental, etc.
 - › Els hàbits de vida que poden determinar la seva salut (activitat física, consum de tabac i alcohol, hàbits alimentaris, hores de son, etc.).
 - › L'ús de serveis sanitaris, consum de medicaments o pràctiques preventives.
- » Proporcionar informació sobre les seves característiques sociodemogràfiques i les seves condicions de treball.
 - › Estructura sociodemogràfica i formació.
 - › Entorn familiar i càrregues derivades del treball domèstic.
 - › Condicions de treball (situació contractual, càrrega horària, etc.), riscos psicosocials que se'n deriven i detecció de la síndrome de *burnout*.

Per assolir aquests objectius s'ha realitzat una enquesta adreçada a les treballadores socials col·legiades a Catalunya, les característiques tècniques de la qual es poden consultar a l'annex metodològic.

En aquest document es presenten els resultats d'aquesta enquesta. Es tracta d'una anàlisi descriptiva en funció de diverses variables explicatives com el sexe de les professionals, l'edat, la seva situació laboral i altres.

Igualment, s'han comparat els principals resultats amb els de la població general catalana sempre que ha estat possible. Per a això es van incorporar al qüestionari indicadors i instruments utilitzats en l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA), actualitzada al 2016. Per a les comparacions s'han pres com a referència els resultats del grup de població que pertany a la classe social II (professionals tradicionalment associats als graus procedents de les antigues diplomatures universitàries), que és la categoria socioeconòmica basada en l'ocupació que correspon a les treballadores socials.

Igualment, s'han incorporat com a referència a efectes de comparabilitat els resultats d'estudis realitzats amb la mateixa metodologia per la Fundació Galatea a altres grups de professionals de la salut. Concretament a metges, farmacèutics comunitaris, infermeres, odontòlegs i psicòlegs col·legiats a Catalunya).

2. Característiques sociodemogràfiques de les treballadores socials

En aquest apartat valorem la representativitat de la mostra obtinguda i presentem les característiques sociodemogràfiques del col·lectiu de treballadores socials que exerceix a Catalunya i que ha participat en l'enquesta. Es considerarà el sexe, l'edat, el lloc de naixement, el lloc on treballen i la formació adquirida a l'inici i durant la seva vida professional.

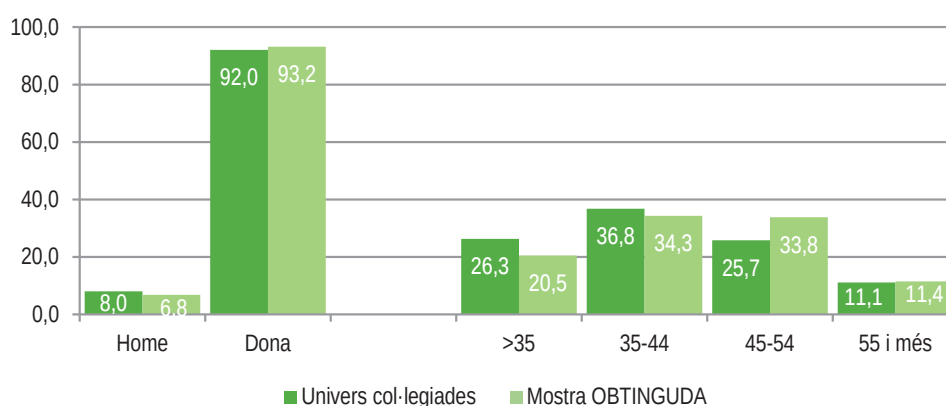
2.1. Comparació univers i mostra obtinguda

El nombre d'efectius que constitueix la mostra de treballadores socials en que es basa aquest estudi és de 648, xifra que permet assolir un marge d'error global de $\pm 3,7\%$ per a un nivell de confiança del 95,5% i $p=q=0,5$.

Per comprovar eventuais desequilibris d'aquesta mostra en relació amb l'univers i validar la seva representativitat s'han pres com a referència les dades facilitades pel Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya (TSCAT) sobre nombre i característiques de sexe, edat i lloc de col·legiació de les seves afiliades.

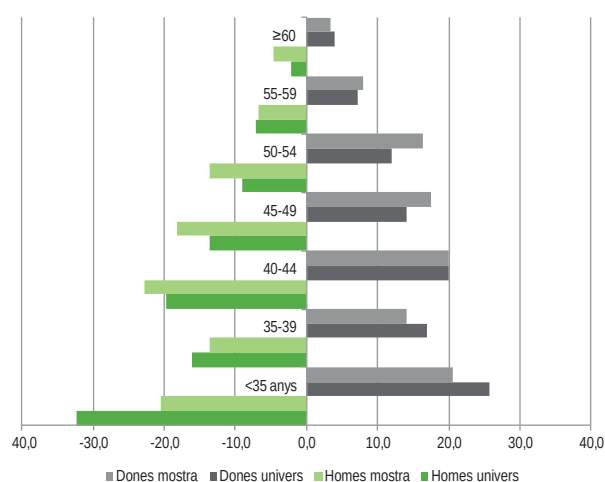
Als gràfics següents es presenta la distribució de les treballadores socials col·legiades a Catalunya segons aquestes dades (distribució real o univers estadístic) i la distribució de les enquestes rebudes (distribució mostral).

GRÀFIC 2.1. Distribució per sexe i per edat de les treballadores socials col·legiades a Catalunya. Dades comparatives univers i mostra obtinguda

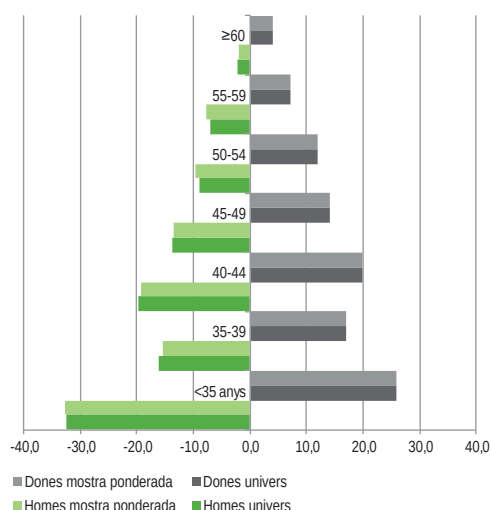


Així, podem comprovar que la mostra obtinguda és similar a l'univers pel que fa a la distribució territorial i el sexe però no tant a l'edat. Observem que hi ha una sobrerrepresentació de les persones de 45 a 54 anys, que constitueixen una tercera part (33,8%) de la mostra alhora que són la quarta part (25,7%) del conjunt de col·legiades (univers). Per tant, la presència de persones menors de 45 anys i, molt especialment, de les més joves és més baixa de l'esperable: les menors de 35 anys representen una quarta part (26,3%) de les col·legiades davant el 20,5% de les que han contestat l'enquesta. Aquestes diferències afecten poc la representativitat dels resultats per sexe o per edat i molt poc si considerem el conjunt de la mostra. Tanmateix, el desequilibri existent en funció de l'edat, variable que té una relació directa amb l'estat de salut i els estils de vida, ens ha portat a aplicar un coeficient de ponderació per restituir els valors de la mostra als de l'univers d'acords amb les variables de sexe i edat. Als gràfics següents es pot comprovar la distribució de la mostra obtinguda i de la mostra ponderada (un cop aplicats els coeficients esmentats).

GRÀFIC 2.2. Distribució de les treballadores socials col·legiades a Catalunya segons sexe i grups d'edat. Dades comparatives univers i mostra OBTINGUDA

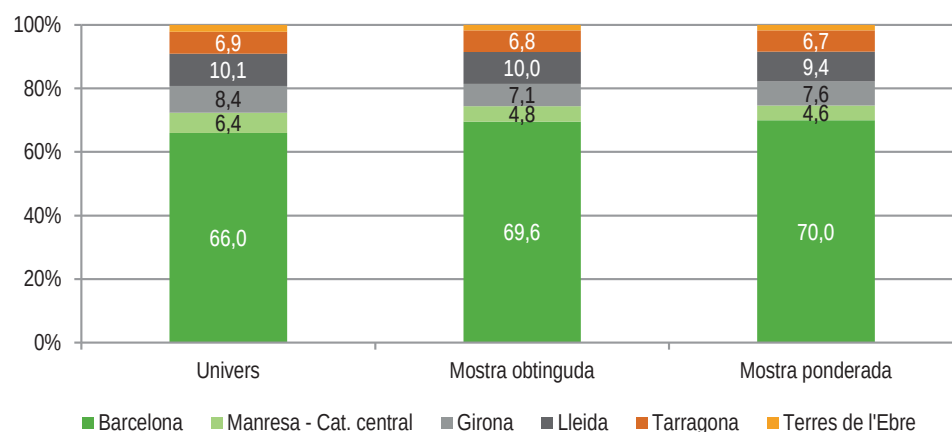


GRÀFIC 2.3. Distribució de les treballadores socials col·legiades a Catalunya segons sexe i grups d'edat. Dades comparatives univers i mostra PONDERADA



Per últim, la distribució territorial de la mostra és similar a grans trets a la de l'univers. Les col·legiades a la província de Barcelona (seu de Barcelona i delegació de Manresa-Catalunya central) tenen una presència majoritària que es manté a la mostra però també hi estan representades amb el seu pes real la resta de delegacions, fins i tot la més minoritària (Terres de l'Ebre).

GRÀFIC 2.4. Distribució territorial de les treballadores socials col·legiades a Catalunya. Dades comparatives univers, mostra obtinguda i mostra ponderada

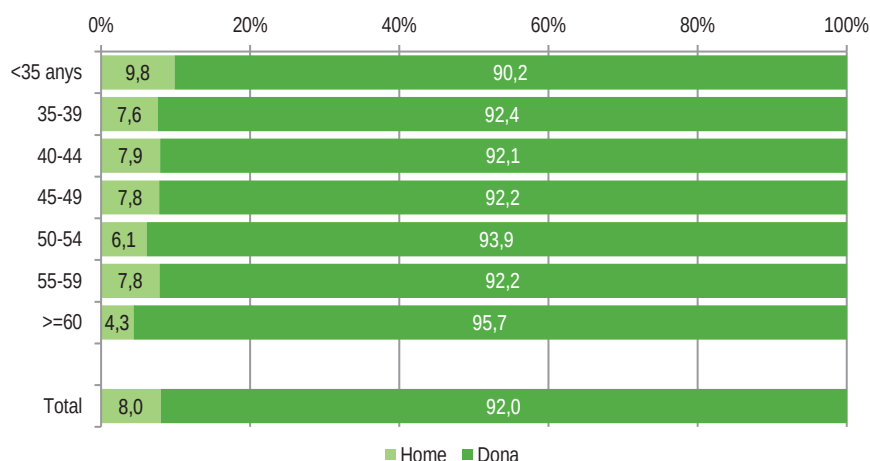


Tots els resultats que es presenten en aquest informe corresponen a la mostra ponderada tot i que la diferència amb l'obtinguda és gairebé irrelevant en la majoria de variables.

2.2. Distribució per sexe, edat i lloc de naixement

El treball social és una professió de dones. Aquest fet es confirma per la presència de menys d'un treballador social per cada 9 treballadores, tant a l'univers de professionals (8,0% d'homes) com a la mostra obtinguda (6,8%).

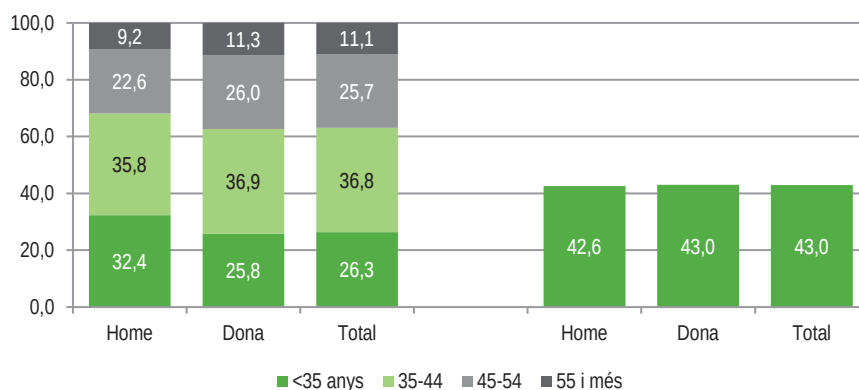
GRÀFIC 2.5. Evolució de la distribució per sexe i edat de les treballadores socials col·legiades a Catalunya segons dades del TSCAT



La feminització de la professió presenta poques variacions. A les últimes promocions s'han anat incorporant alguns homes i, tot i que aquests romanen clarament minoritaris, ja representen gairebé un 10% entre els col·legiats més joves. Tanmateix, la mitjana d'edat de les treballadores (43 anys) i dels treballadors socials (42,6) és pràcticament la mateixa, tant si considerem les dades de l'univers com les de la mostra (obtinguda o ponderada).

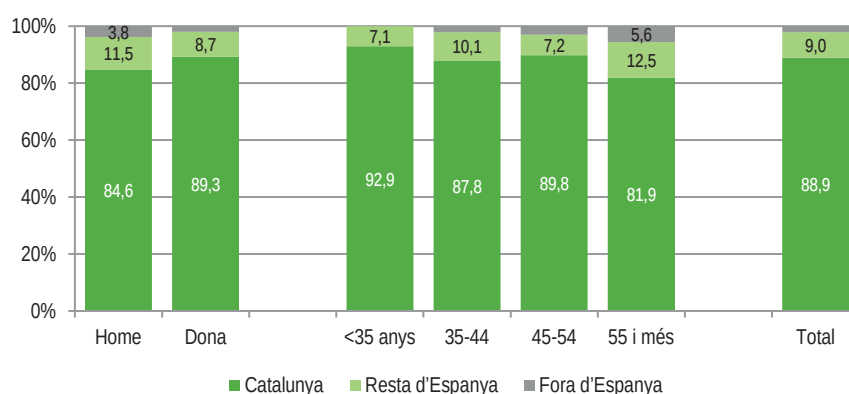
Des d'un punt de vista metodològic, el fet que els homes tinguin tan poc pes en el col·lectiu fa que la seva presència a la mostra en nombres absoluts sigui també molt baixa (només han contestat 44 treballadors socials) encara que és la que correspon al seu pes real. Això significa que aquest grup d'homes està sotmès a un marge d'error molt elevat ($\pm 14,2\%$) i, sobretot, molt per sobre del de les dones ($\pm 3,8\%$). Això afecta la lectura dels resultats comparats per sexe, la qual cosa serà tinguda en compte al llarg d'aquest informe i només es consideraran com a significatius els que puguin subsumir aquest marge d'error.

GRÀFIC 2.6. Distribució per edats i edat mitjana de les treballadores socials segons el seu sexe



Pel que fa al **lloc de naixement**, es tracta d'un col·lectiu en el qual pràcticament no hi ha persones estrangeres (2,2%). La gran majoria són nascudes a Catalunya (88,9%), un 9,0% procedeix de la resta d'Espanya i un 2,2% d'un país estranger. Entre les treballadores socials més grans de 55 anys n'hi ha més nascudes a la resta d'Espanya (12,5%) i sobretot a un país estranger (5,6%). Les noves promocions de professionals tendeixen, doncs, a ser procedents exclusivament de Catalunya.

GRÀFIC 2.7. Lloc de naixement de les treballadores socials segons sexe i segons edat



Tot i que són molt pocs casos (11), els països de procedència estan molt diversificats i no n'hi ha cap que destaquï. Per grans zones geogràfiques, es distribueixen d'aquesta manera:

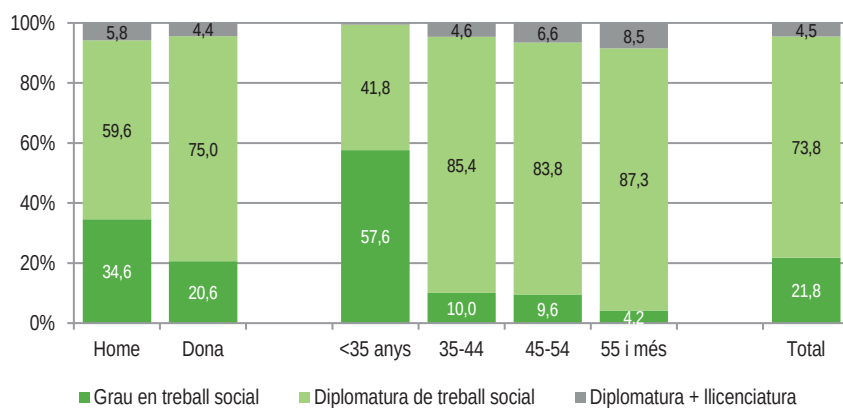
	Nombre de persones	%
Europa (UE)	5	0,8
Amèrica llatina	6	0,9
Àfrica subsahariana	1	0,2
Nascudes a Espanya	634	98,1
Total	646	100,0

2.3. Formació postuniversitària i continuada

La titulació universitària predominant és la diplomatura (78,2%) i el grau (21,8%), lògicament més freqüent aquest últim entre les més joves (57,6% de les menors de 35 anys). Un 4,5% té, a més, una llicenciatura, percentatge que s'incrementa a mesura que les professionals són més grans, les majors de 55 anys que en tenen representen el 8,5%. Es tracta de llicenciatures relacionades amb el treball social entre les quals destaquen antropologia, psicologia o sociologia.

	Nombre de persones	%
Antropologia	12	1,9
Sociologia	6	0,9
Psicologia	5	0,8
Dret	2	0,3
Humanitats	2	0,3
Treball social (llicenciatura d'un país estranger)	2	0,3
Professionals que han cursat grau o diplomatura de treball social	619	95,5
Total	648	100,0

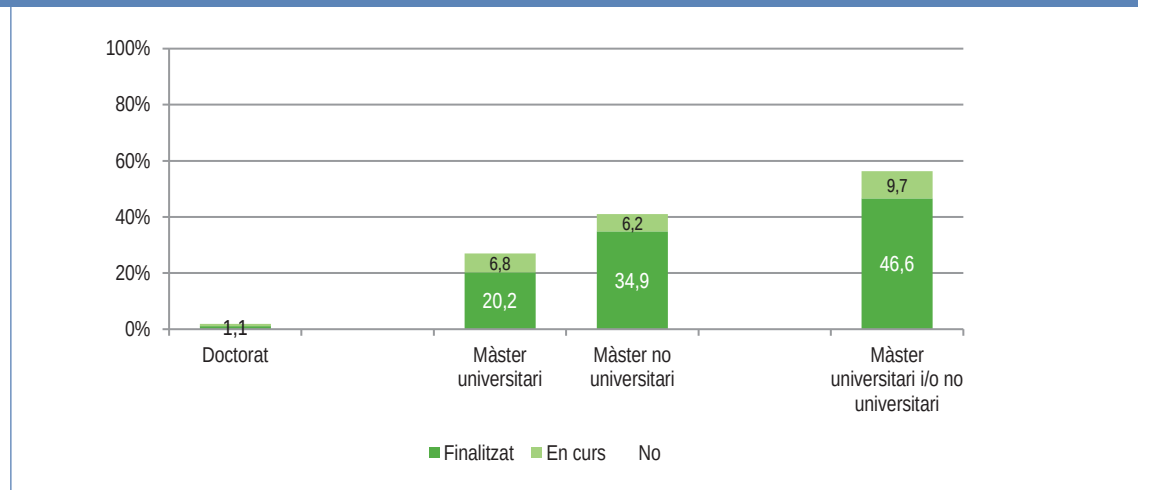
GRÀFIC 2.8. Títol acadèmic de les treballadores socials segons sexe i segons edat



Hi ha molt poques treballadores socials que hagin fet (1,1%) o estiguin fent (0,8%) un doctorat, xifra que creix una mica entre les majors de 55 anys (4,2%). En canvi, un 27,0% ha realitzat o està realitzant un postgrau o màster universitari i un 41,1% ha fet o està fent un postgrau o màster no universitari.

Considerant de manera combinada tots aquests tipus de formació, un 56,3% de les treballadores socials ha complementat la seva diplomatura o grau amb postgraus o màsters (universitaris o no).

GRÀFIC 2.9. Treballadores socials que han realitzat o estan realitzant el doctorat o un màster o postgrau segons sexe



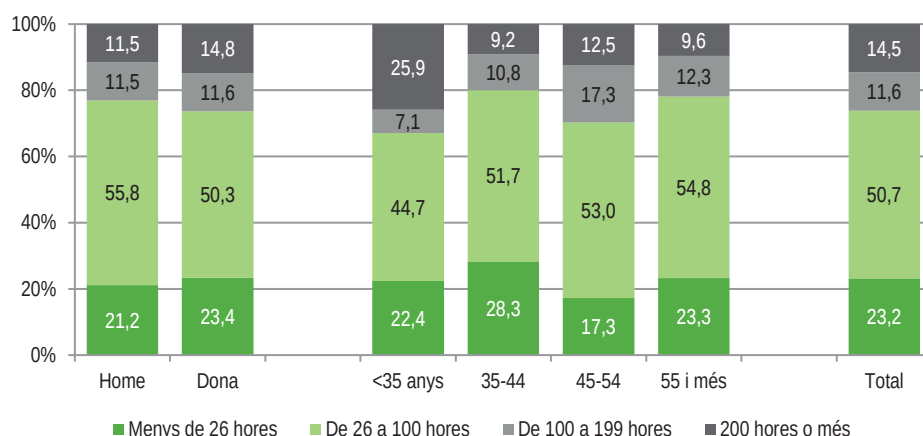
Les treballadores socials com més joves, més complementen els seus estudis de base, sobretot amb màsters o postgraus universitaris, de manera que el 61,2% de les menors de 35 anys ha fet (o està realitzant) algun tipus de màster o postgrau. A partir dels 55 anys, el percentatge de les que tenen formació complementària va baixant fins al 47,2% i aquesta formació complementària es basa més en postgraus o màsters no universitaris.

	<35 anys	35-44	45-54	55 i més	Total
Doctorat	1,2	0,8	2,4	4,2	1,9
Postgrau o màster universitari (1)	40,9	25,2	18,6	19,4	27,0
Postgrau o màster no universitari (2)	33,3	46,0	42,5	40,3	41,0
Postgrau o màster universitari o no universitari (1 i/o 2)	61,2	59,2	51,5	47,2	56,3

A aquests cursos de tipus reglat o acadèmic cal afegir la realització de cursos o sessions de formació continuada. La professió de treball social implica una actualització constant dels coneixements com ho demostra el fet que un 97,1% de les professionals ha realitzat algun curs d'actualització professional en els últims 2 anys.

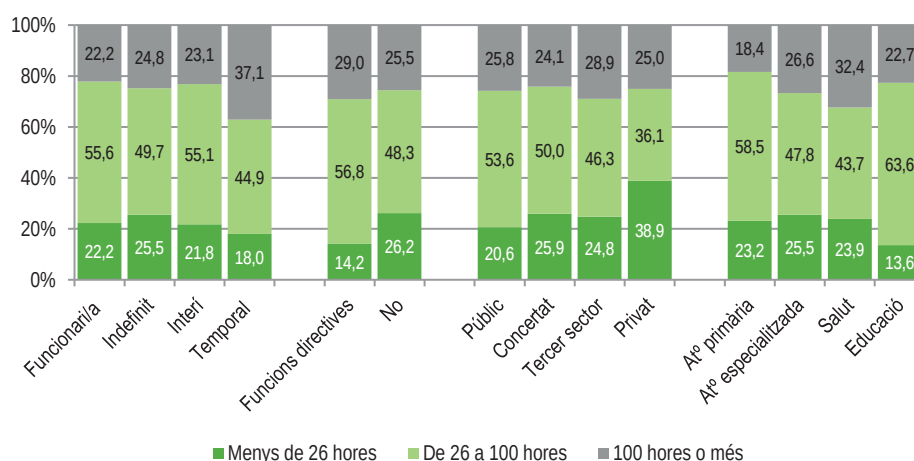
El més habitual és que s'hagin realitzat entre 30 i 100 hores lectives (50,8%) però un 26,1% n'ha fet més de 100 (11,6% entre 100 i 199 i 14,5% més de 200 hores).

GRÀFIC 2.10. Hores de formació continuada realitzades durant els últims 2 anys segons sexe i segons edat



No hi ha diferències significatives en funció del sexe i no hi ha una tendència clara en funció de l'edat però les professionals més joves dediquen més temps a la formació continuada: entre les menors de 35 anys trobem un 33,0% que ha realitzat 100 o més hores de formació continuada i entre les majors de 55, aquest percentatge es redueix a un 21,9%.

GRÀFIC 2.11. Hores de formació continuada realitzades durant els últims 2 anys segons diverses situacions laborals



Tampoc hi ha una relació clara entre el nombre d'hores de formació continuada realitzades i les circumstàncies laborals de les professionals. Destaca només el nombre d'hores dedicades a la formació continuada per part de les que treballen amb contracte temporal (el 37,1% n'ha fet més de cent hores), però coincideixen amb les més joves que encara es troben en el llindar del seu període formatiu i, per tant, podria tractar-se de temps dedicat a cursos de postgrau més que no pas al que s'entén com a formació continuada en el si de les empreses o organitzacions.

3. Estructura familiar i treball domèstic

En aquest apartat es presenta la situació de convivència de les treballadores socials, el nombre de fills amb qui conviuen i les càrregues de treball derivades de les tasques domèstiques. S'analitzen també les estratègies familiars de distribució d'aquestes tasques entre els membres de la llar i les hores que hi dediquen.

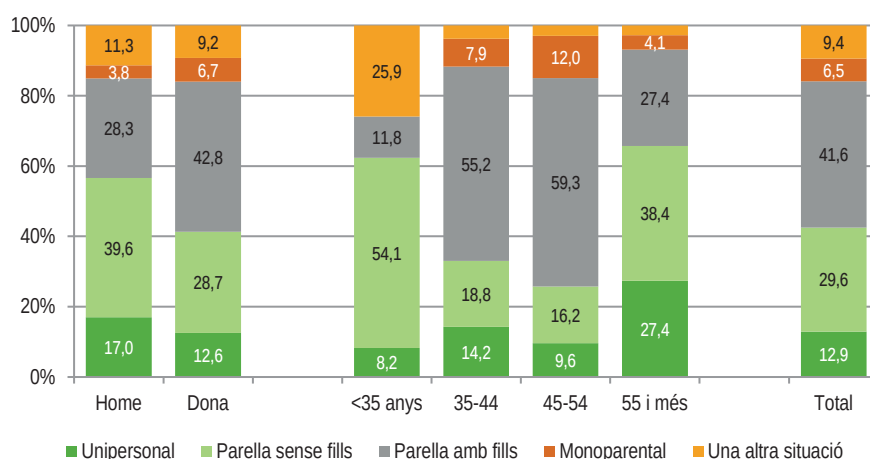
La família pot ser un element de preservació de l'equilibri personal però, a la vegada, genera un temps de treball afegit que, en determinades etapes del cicle vital, implica una sobrecàrrega física i mental que pot repercutir en la salut de les persones i afegir-se als riscos psicosocials derivats de l'exercici de la professió. D'altra banda, el manteniment dels rols tradicionals en el repartiment de les tasques domèstiques, en què les dones tendeixen en major mesura a ocupar-se'n, requereix enfocar aquest tema des d'una perspectiva de gènere, fins i tot en un col·lectiu tan clarament feminitzat com el que ens ocupa.

3.1. Estructura familiar

L'estructura de les llars en què viuen les treballadores socials de Catalunya és la que correspon a un grup de persones en edat activa. Predominen les persones que viuen en parella (71,2%), amb fills (41,6%) o sense (29,6%), i en llars amb una grandària mitjana de 2,8 persones.

Les situacions de convivència sense parella estan menys presents i entre elles cal esmentar les persones que viuen soles (12,9%), les que viuen sense parella ni fills però amb altres persones (9,4%), que corresponen en general a joves que continuen vivint amb els pares, i finalment, les famílies monoparentals, encapçalades en major mesura per dones, que viuen amb fills però sense parella i que representen un 6,5%.

GRÀFIC 3.1. Estructura de la llar de les treballadores socials segons sexe i segons edat

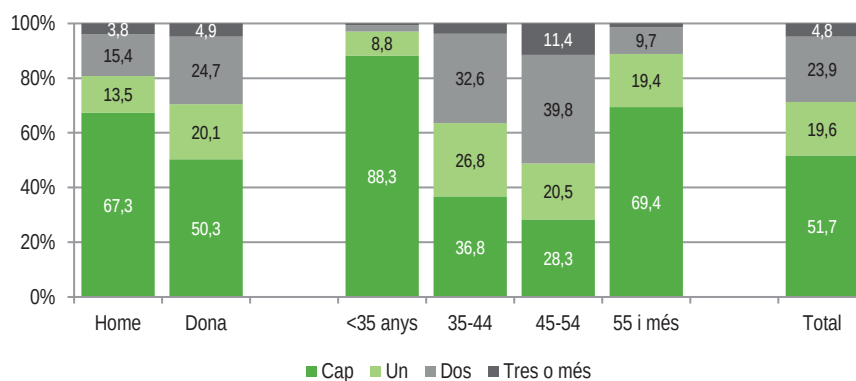


Malgrat que la distribució per edats de les treballadores i treballadors socials són força similars, l'estructura de les llars on viuen unes i altres són una mica diferents. Les dones viuen en major mesura en parella, el 71,5% davant el 67,9% dels homes, i aquests viuen en major mesura sols (17,0% vs. 12,6%) o amb els pares (11,3% vs. 9,2%). El fet que els treballadors socials siguin una mica més joves que les dones i que els homes en general tendixin a formar parella en edats una mica més avançades que les dones explicarien aquest fet, que no sembla rellevant.

El predomini de les llars formades per parella i fills és més habitual en les edats centrals, entre els 35 i els 55 anys. Entre els menors de 35 anys, en canvi, predominen les persones que encara no han format família pròpia o no han tingut fills i entre els majors de 55, apareix un percentatge (38,4%) important de persones que viu amb parella però sense fills, com a conseqüència de la seva emancipació (efecte niu buit).

El 48,3% de les treballadores socials conviu amb fills a la llar, normalment amb un (19,6%) o dos (23,9%) i, pel motiu esmentat de la seva diferència d'edat, més les dones (49,7%) que els homes (32,7%). La presència de famílies que conviu amb més de dos fills és molt petita: un 3,9% té tres fills vivint a casa i només un 0,8% en té quatre o més. Les dones (amb una mitjana de 0,9) tenen més fills a la llar que els homes (0,6).

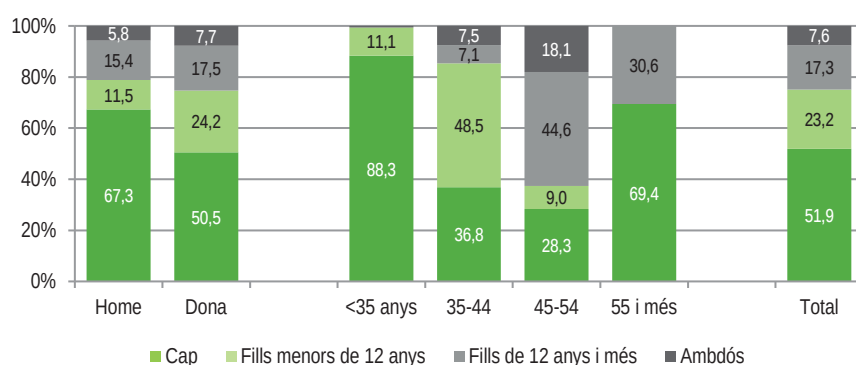
GRÀFIC 3.2. Nombre de fills convivint a la llar de les treballadores socials segons sexe i segons edat



De les treballadores socials que tenen fills a la llar, el 23,2% conviu amb menors de 12 anys i el 17,3% amb majors d'aquesta edat. Només un 7,6% de les llars tenen fills menors i majors de 12 anys.

Per edats, com és lògic, les diferències són substancials. Tots els fills que conviuen amb treballadores socials menors de 35 anys tenen menys de 12 anys. Els de 35 a 44 anys, conviuen amb fills menors i majors de 12 anys i a partir dels 55 anys, els fills que queden a casa tenen més de 12 anys. Així doncs, les famílies que suporten una major càrrega de treball domèstic vinculat a la cura d'infants petits es troba entre els 35 i els 54 anys, tot i que entre les que tenen 55 anys o més encara es manté un percentatge important de famílies amb fills a la llar (30,6%).

GRÀFIC 3.3. Edat dels fills que conviuen a la llar de les treballadores socials segons sexe i segons edat

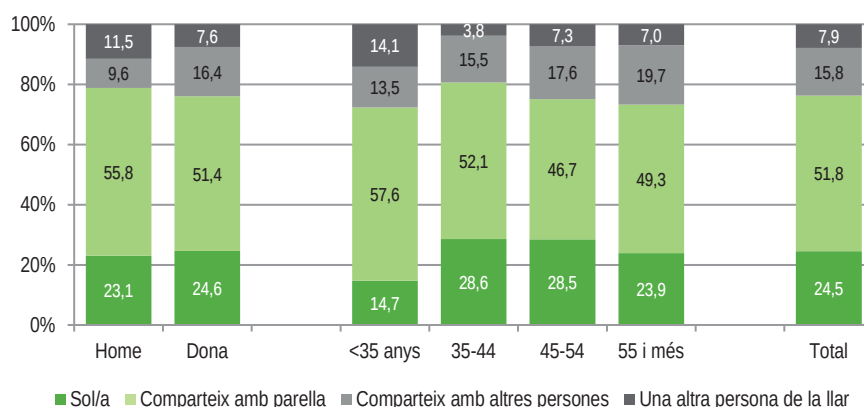


3.2. Repartiment de les tasques domèstiques

El temps dedicat a les tasques de la llar és un element que cal tenir en compte a l'hora de valorar les càrregues de treball, en part perquè impliquen un temps de treball afegit a l'horari laboral i, especialment, per la diferent distribució que tradicionalment es produeix entre els membres de la llar. En aquest sentit, acostumen a ser les dones les responsables de realitzar aquestes tasques ampliant el seu temps de treball en el que s'anomena la “doble jornada”, que pot implicar, a més dels factors afegits d'estrès i sobrecàrrega laboral, un pitjor desenvolupament de la carrera professional i nivells més baixos de satisfacció. Es tracta, doncs, d'un fenomen que afecta especialment una professió composta en la seva quasi totalitat per dones.

Per analitzar-lo, s'ha incorporat una pregunta sobre qui s'ocupa de les principals tasques domèstiques com ara netejar, cuinar, rentar, planxar, etc. dins la llar. Dues tercers parts de les treballadores i treballadors socials (67,6%) realitzen aquestes tasques compartint-les amb altres membres de la llar o amb una persona contractada i una quarta part les realitzen sols. La resta (7,9%) les deleguen en altres persones (un 1,4% en la parella).

GRÀFIC 3.4. Qui realitza les tasques de la llar de les treballadores socials segons sexe i segons edat

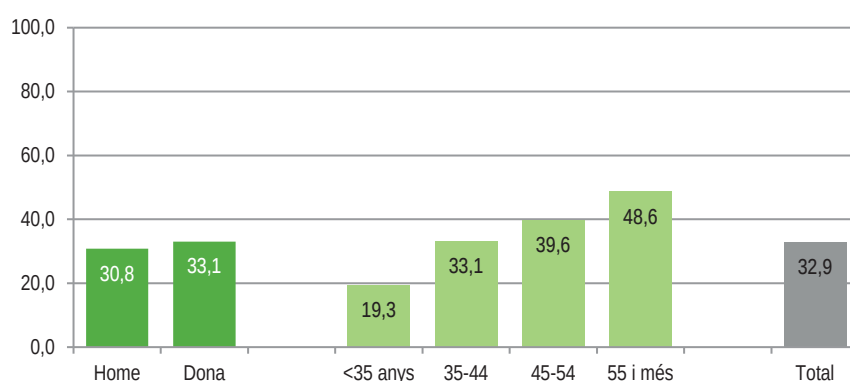


En contra del que acostuma a passar en població general o en altres col·lectius de professionals, les respostes obtingudes ens mostren un panorama d'aparent igualtat entre homes i dones, que no varia tampoc en funció de l'edat. L'única excepció són els menors de 35 anys que presenten alguns trets específics derivats de que n'hi ha més que viuen amb els seus pares o no tenen parella i, per tant, deleguen les feines de la casa en altres persones com ara les mares.

Un 32,9% dels professionals disposa de l'ajuda d'una persona contractada per fer les tasques domèstiques. Aquesta figura està present de manera similar en les llars dels treballadors socials (30,8%) i de les treballadores (33,1%). En canvi, hi ha diferències importants relacionades directament amb l'edat i

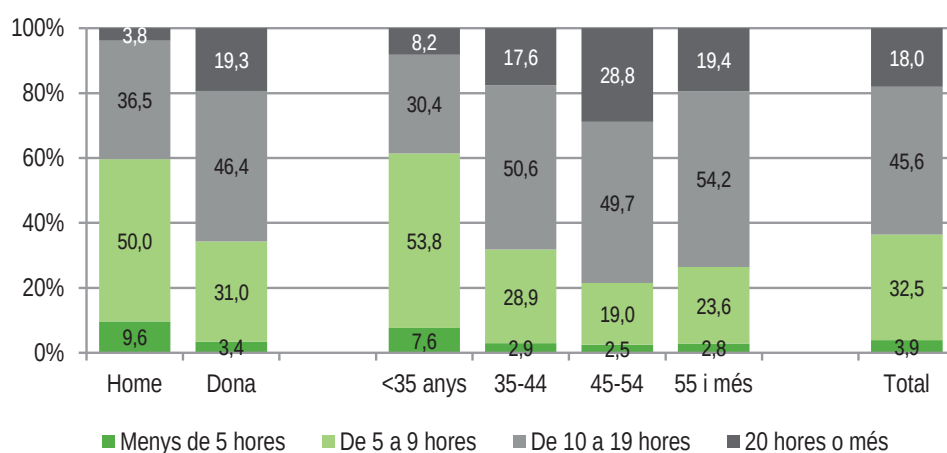
probablement amb la capacitat adquisitiva de la llar que se'n deriva. A més edat hi ha més possibilitats de tenir una persona de suport domèstic, de manera que un 48,6% de les treballadores socials majors de 55 anys en tenen una davant el 19,3% de les menors de 35 anys.

GRÀFIC 3.5. Disponibilitat d'una persona contractada per ajudar al treball domèstic segons sexe i segons edat



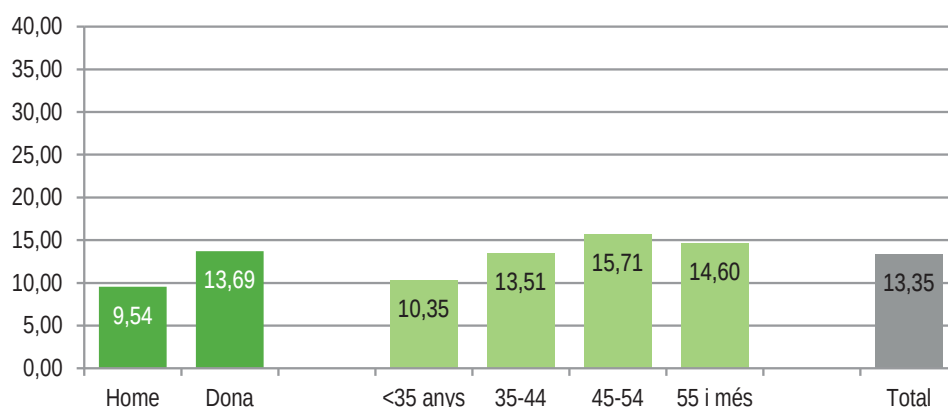
Tanmateix, aquest predomini del model igualitari de repartiment de tasques domèstiques no impedeix que les dones dediquin més hores que els homes a les tasques domèstiques. La mitjana d'hores setmanals dedicades a tasques domèstiques (13,4 en total) és de 9,5 hores per part dels homes enfront de les 13,7 que hi dediquen les dones.

GRÀFIC 3.6. Nombre d'hores de treball domèstic realitzat setmanalment segons sexe i segons edat



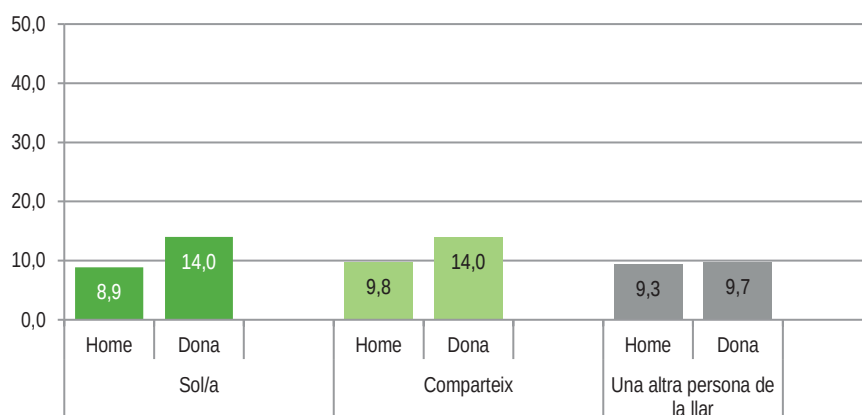
El temps dedicat a les tasques domèstiques varia també en funció de l'edat. Les professionals menors de 35 anys són les que realitzen menys hores de treball domèstic (10,4) mentre que les que tenen entre 45 i 54 anys són les que en realitzen més (15,7) tot coincidint amb el moment en què hi ha un major nombre de llars amb fills.

GRÀFIC 3.7. Nombre mitjà d'hores de treball domèstic realitzat setmanalment segons sexe i edat



Sigui quina sigui l'estratègia familiar de repartiment de tasques, les dones hi dediquen més hores. Tot i que cal tenir en compte l'elevat marge d'error dels homes, les diferències són significatives sobretot perquè coincideixen amb les que trobem en altres tipus de professionals. Per exemple, els homes que comparteixen tasques domèstiques amb altres persones hi dediquen una mitjana de 9,8 hores setmanals, mentre que les dones en la mateixa situació en realitzen 14,0. Els homes que declaren ocupar-se'n sols fan 8,9 hores i les dones 14,0.

GRÀFIC 3.8. Nombre mitjà d'hores de treball domèstic realitzades segons sexe i persona encarregada de les tasques de la llar

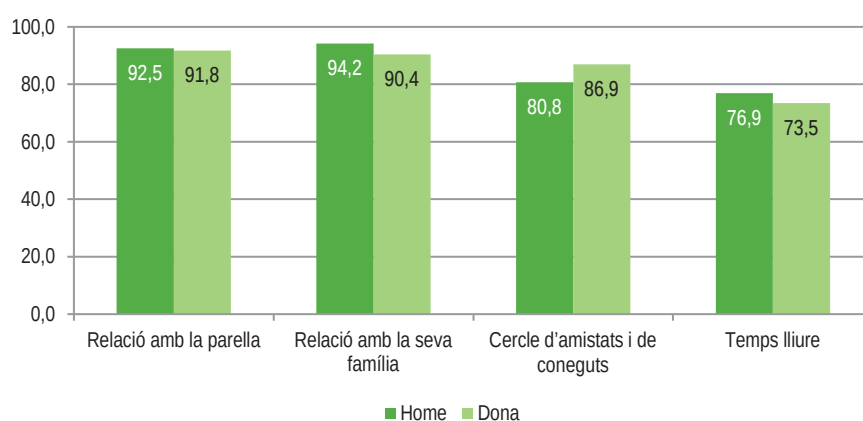


3.3. Nivell de satisfacció personal i familiar

Les treballadores socials presenten un nivell de satisfacció molt elevat amb l'entorn familiar i social. Un 91,8% manifesta estar satisfeta o molt satisfeta amb la seva relació de parella, un 90,8% amb la seva família i el 86,4% ho està amb el seu cercle d'amistats.

L'aspecte que registra un menor nivell de satisfacció, tot i que es manté elevat, és la disponibilitat de temps lliure. Un 73,8% de les treballadores socials considera estar satisfeta o molt satisfeta amb el temps lliure del que disposa. No hi ha diferències significatives en funció del sexe ni de l'edat.

GRÀFIC 3.9. Treballadores socials que estan satisfetes o molt satisfetes amb diversos aspectes de la seva vida personal i familiar segons sexe



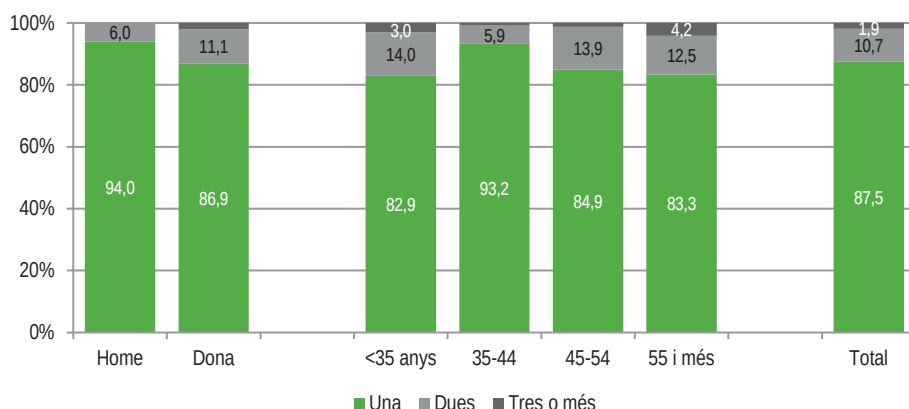
4. La situació laboral i l'exercici professional

En aquest apartat presentem els resultats sobre la situació laboral de les treballadores socials, horaris, tipus de jornada i condicions de treball, així com el grau de satisfacció que tenen amb la seva feina, els riscos psicosocials i de *burnout* als quals es veuen exposades.

4.1. Nombre de feines i sector d'activitat

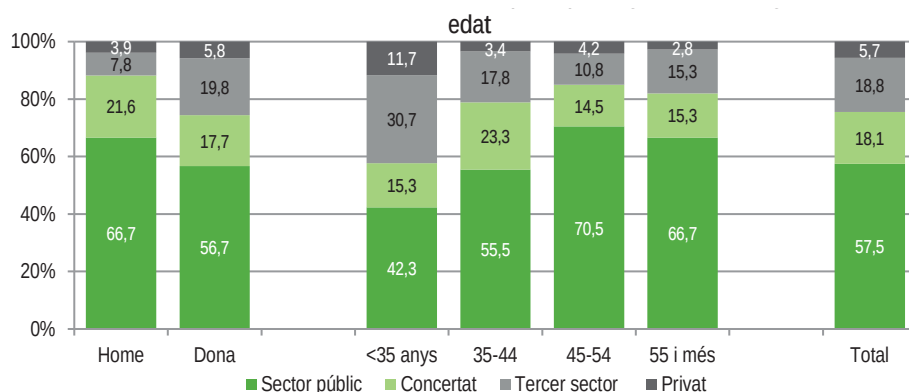
Entre les treballadores socials predominen les que només tenen un lloc de treball (87,5%). El 10,7% té dues feines i l'1,9% en té més de dues. En total, un 12,6% té més d'una feina. No hi ha diferències significatives en funció del sexe o de l'edat. Tampoc hi ha una relació clara amb les diverses situacions laborals. És més habitual la pluriocupació entre les professionals que treballen al sector privat (27,8%), especialment si ho fan a una empresa consultora (28,6%), i les que ho fan amb contracte temporal o pel seu compte (16,0%). Tanmateix, es tracta de situacions amb una presència molt minoritària a la mostra.

GRÀFIC 4.1. Disponibilitat d'una feina o més segons sexe i segons edat



La majoria de les treballadores socials desenvolupa la seva activitat professional principal en el sector públic (57,5%). El sector concertat (18,1%) i el tercer sector, format bàsicament per entitats sense ànim de lucre (18,8%) tenen una presència important però més baixa i només un 5,7% treballa a la resta del sector privat. El pes dels homes que treballen al sector públic i concertat (88,3%) és superior al de les dones (74,4%), que estan més presents al tercer sector (19,8% davant el 7,8% dels homes) i al sector privat.

GRÀFIC 4.2. Sector d'activitat de la feina principal segons sexe i segons edat



Per edats, s'observa una progressiva pèrdua de pes dels llocs de treball al sector públic que són substituïts, entre els més joves, per uns altres al sector privat o al tercer sector. La diferència entre les diverses generacions és important. Dues tercers parts de les treballadores socials majors de 55 anys (66,7%) treballa al sector públic davant el 42% de les menors de 35 anys, que treballa en la mateixa proporció al sector privat i al tercer sector (42,4%). El que no sabem és fins a quin punt aquestes dades mostren un transvasament estructural d'oferta pública cap a privada o són l'efecte de la progressió de la carrera professional que comença al sector privat per acabar finalitzant al públic.

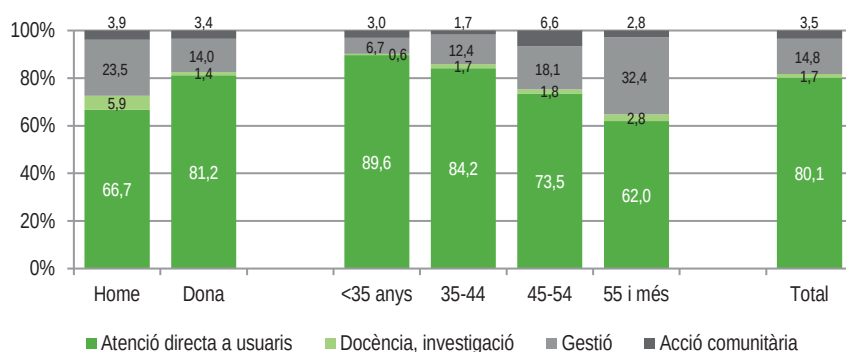
4.2. Tipus de feina i centre de treball

La majoria de les treballadores socials es dedica al treball assistencial (80,1%) i, en menor percentatge, a tasques de gestió (14,8%). Són molt poques (3,5%) les que es dediquen exclusivament a dissenyar o implementar actuacions de tipus comunitari (cal tenir en compte que aquesta tasca està englobada també dins de l'atenció a usuaris) i les que es dediquen a la docència, que només representen l'1,7% de les professionals.

Cal destacar les diferències que s'estableixen en funció del sexe que van més enllà del marge d'error i, per tant, són significatives. El percentatge d'homes dedicats a tasques assistencials (66,7%) és notablement més baix que el de dones (81,2%). En canvi, estan molt més presents en llocs de gestió o de docència (29,4%; en dones 15,4%).

Per edats, la dedicació a activitats no assistencials (gestió, docència o recerca) es fa més freqüent a mesura que els professionals fan anys de manera que entre els menors de 35 anys representen un 7,3% i entre els majors de 55, un 35,2%. Es podria dir que el desenvolupament de les carreres professionals acostuma a fer-se des de l'àmbit assistencial cap a l'àmbit de la gestió ja que el percentatge de professionals dedicats a la gestió, la docència o la recerca es va incrementant de manera progressiva al llarg dels grups d'edat. La dedicació a tasques assistencials experimenta l'evolució contrària. Si el 89,6% dels menors de 35 anys s'hi dediquen, només ho fa el 62% dels majors de 55 anys.

GRÀFIC 4.3. Tipus de treball realitzat a la feina principal segons sexe i segons edat



Les **àrees d'actuació** de les treballadores socials són moltes i estan molt diversificades fins el punt que no és possible fer una anàlisi segmentada de cadascuna d'elles. Només destaquen l'àrea de la salut, en la qual treballa una tercera part de les professionals (34,3%) i els serveis polivalents, on no hi ha una àrea d'actuació concreta i es tracten totes les problemàtiques que arriben, que donen feina a una quarta part de les professionals (25,4%). Altres àrees que destaquen són les de gent gran i dependència, en les que treballa el 15,4% de les treballadores socials, i el de discapacitats (7,2%).

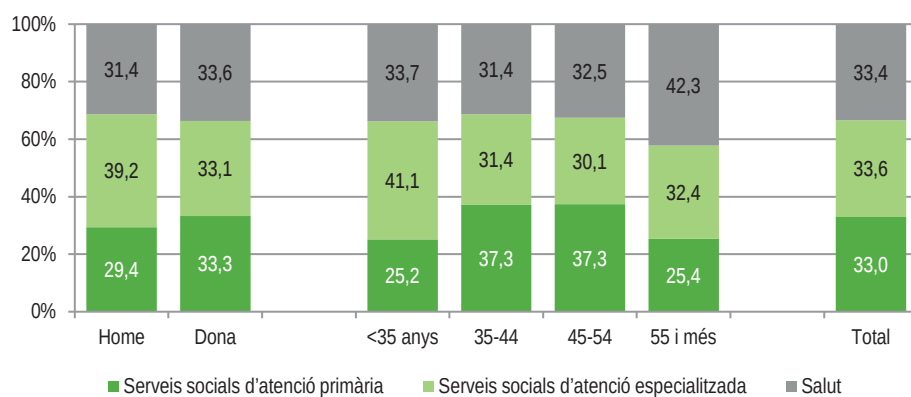
La resta d'àrees d'actuació són molt minoritàries i, en general, les diferències per sexe i edat inexistents o poc rellevants.

TAULA 4.1. Àrea d'actuació a la feina principal segons sexe i segons edat

	Sexe		Edat				Total	
	Home	Dona	<35	35-44	45-54	55 i més	%	n
Totes les àrees	26,9	25,2	22,4	28,9	25,3	20,5	25,4	162
Salut	30,8	34,6	36,0	31,9	33,1	41,1	34,3	219
Gent gran	9,6	10,6	15,5	8,5	10,2	6,8	10,5	67
Dependència	1,9	5,1	3,7	5,5	6,6	1,4	4,9	31
Discapacitat	7,7	7,2	4,3	8,1	7,2	11,0	7,2	46
Infància	3,8	4,6	4,3	4,7	3,6	5,5	4,5	29
Educació	7,7	2,9	3,1	3,0	4,2	4,1	3,3	21
Persones sense llar	3,8	1,4	0,6	3,0	1,2	0,0	1,6	10
Dona	1,9	1,5	1,2	1,3	1,2	2,7	1,6	10
Justícia	1,9	1,2	0,6	0,4	1,8	4,1	1,3	8
Exclusió	0,0	1,2	1,2	0,9	0,6	2,7	1,1	7
Immigració	1,9	1,0	0,6	1,3	1,2	0,0	1,1	7
Serveis d'ajuda i atenció domiciliària	0,0	1,2	3,1	0,4	0,6	0,0	1,1	7
Habitatge	1,9	0,9	1,2	0,9	1,2	0,0	0,9	6
Serveis permanents d'emergències socials	0,0	0,3	0,6	0,0	0,6	0,0	0,3	2
Una altra àrea	0,0	1,2	1,2	1,3	1,2	0,0	1,1	7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	639

Si agrupem la seva activitat en tres grans àmbits d'actuació, trobem una distribució perfecta de tres terços. Una tercera part de les treballadores socials treballa en equips d'atenció primària, una altra tercera part en equips d'atenció especialitzada (tret de salut) i l'últim terç dona suport als usuaris dels serveis de salut. No hi ha diferències significatives ni per sexe ni per edat.

GRÀFIC 4.4. Àmbit de treball segons sexe i segons edat



Els **centres** on presten servei les treballadores socials són també de natura molt diversa però es podrien resumir en tres grans tipologies: administracions públiques (el 38,6% hi treballa, especialment, el 28,7%, en ajuntaments) centres sanitaris (34,4%) i associacions o entitats sense ànim de lucre (16,7%). La resta, el 10,3%, treballa en una gran diversitat de centres entre els qual destaquen les residències de la tercera edat (3,5%) i les empreses privades de consultoria (3,5%). La importància d'aquests últims no radica tant en la quantitat de professionals que ocupen com en la seva tendència ascendent, ja que tenen amb una major presència de professionals joves.

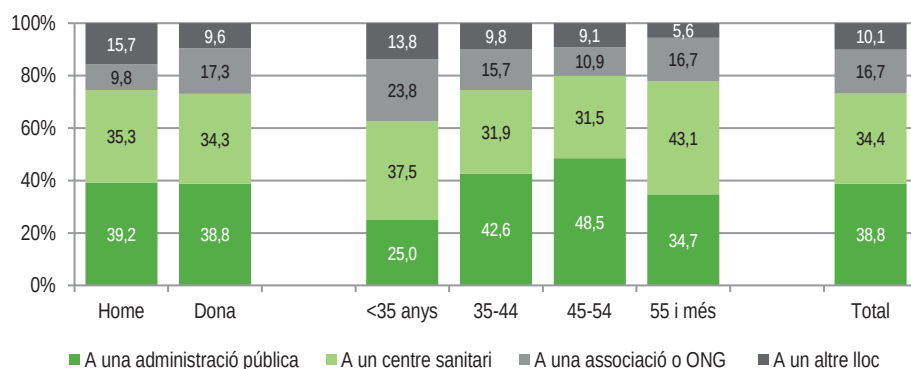
TAULA 4.2. Centre de treball a la feina principal segons sexe i segons edat

	Sexe		Edat				Total	
	Home	Dona	<35	35-44	45-54	55 i més	%	n
A un ajuntament o consell de districte	26,0	29,0	18,8	33,8	33,3	26,0	28,8	182
A una altra administració pública	12,0	9,8	6,9	9,0	15,2	8,2	10,0	63
A un centre d'atenció primària	18,0	10,5	10,0	8,5	12,1	20,5	11,1	70
A un hospital, clínica o centre sociosanitari	12,0	14,9	11,3	18,4	12,7	15,1	14,7	93
A un altre centre sanitari o sociosanitari extrahospitalari	6,0	8,9	15,6	5,1	7,3	6,8	8,7	55
A una associació o entitat sense ànim de lucre	10,0	17,4	23,8	15,8	10,9	16,4	16,8	106
A una residència de gent gran	0,0	4,8	5,6	6,0	3,6	0,0	4,4	28
A un centre docent	4,0	1,4	1,3	1,3	1,8	1,4	1,6	10
A un centre d'atenció jurídica	0,0	0,9	0,0	0,4	1,2	4,1	0,8	5
A una empresa privada	8,0	1,9	6,9	0,9	0,6	0,0	2,4	15
A un altre lloc	4,0	0,5	0,0	0,9	1,2	1,4	0,8	5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	632

El sexe no marca diferències importants en aquest tema. Els homes treballen més a altres llocs com empreses privades o centres docents (15,7%) mentre que les dones ho fan més en entitats sense ànim de lucre (17,3%) i en residències de la tercera edat (4,8%) però es tracta de diferències poc significatives.

Les diferències en funció de l'edat marquen algunes tendències però tampoc són concloents. L'evolució en el temps mostra un descens en els últims anys dels llocs de treball a administracions públiques (entre els de 45 a 55 anys representen un 48,5% i entre els menors de 35 el 25,0%). Els llocs de treball que incrementen la seva presència entre els més joves són els ja esmentats: entitats sense ànim de lucre (un 23,8% dels menors de 35 anys hi treballa davant el 16,7% dels majors de 55) i altres centres com consultories privades o residències de la tercera edat (13,8% davant el 5,6%).

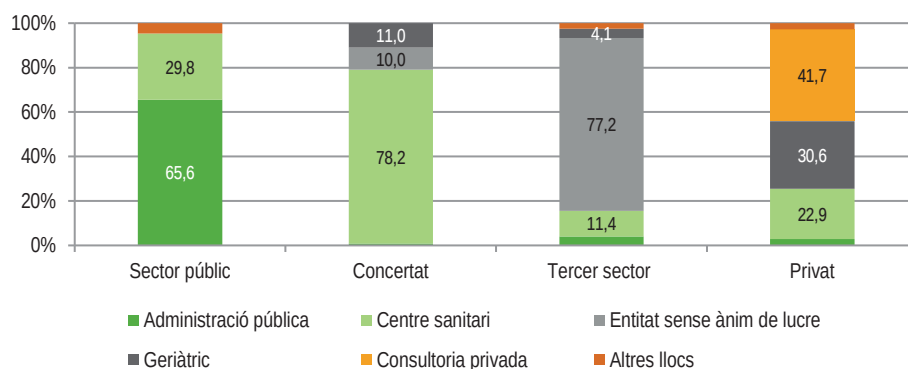
GRÀFIC 4.5. Centre de treball de les treballadores socials segons sexe i segons edat



La distribució dels centres de treball en funció del sector d'activitat al qual pertanyen és desigual. Les treballadores socials que treballen al sector públic ho fan bàsicament a una administració pública (65,5%) o a un centre sanitari (29,8%).

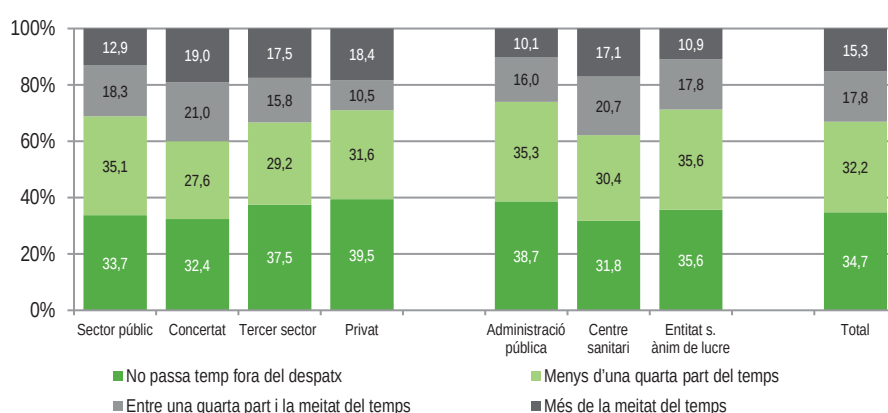
Al sector concertat predominen les que treballen a centres sanitaris (78,2%) i les que treballen al tercer sector estan ubicades principalment en associacions o ONG (77,2%). Per últim, el sector privat, on treballa només un 5,7% de la mostra, presenta una gran diversitat de centres de treball però predomina l'ocupació en empreses consultores o de gestió (41,7%) i en residències de la tercera edat (30,6%).

GRÀFIC 4.6. Centre de treball de les treballadores socials segons sector d'activitat



La tercera part de les treballadores socials (34,7%) treballa sense sortir del seu despatx per atendre directament als seus usuaris, una altra tercera part (32,2%) ha de sortir menys d'una quarta part del seu temps de treball i l'últim terç dedica més de la quarta part del seu temps de treball a l'atenció directa a usuaris. Les que passen més temps fora són les que treballen al sector concertat (un 40% hi passa més de la quarta part del temps) i a un centre sanitari (37,8%).

GRÀFIC 4.7. Temps que les treballadores socials passen fora del seu despatx en atenció directa a usuaris segons sector d'activitat i centre de treball



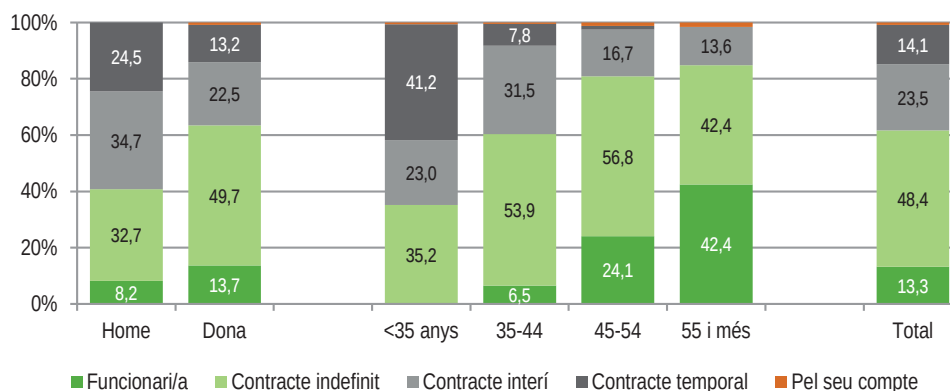
4.3. Situació contractual i càrrec de comandament

La meitat de les treballadores socials (48,4%) té contracte laboral indefinit. El 13,3% és funcionària, el 23,5% interina en espera de plaça i el 14,1% té un contracte temporal. Les treballadores per compte propi són pràcticament inexistent (0,8%).

La temporalitat afecta més els homes. El 59,2% es troba en aquesta situació, bé perquè tenen contracte temporal (24,5%), bé perquè ocupen places interines (34,7%). Les dones també tenen una taxa de temporalitat important (35,7%) però no tan acusada. El 22,5% és interina i el 13,2% té contracte temporal.

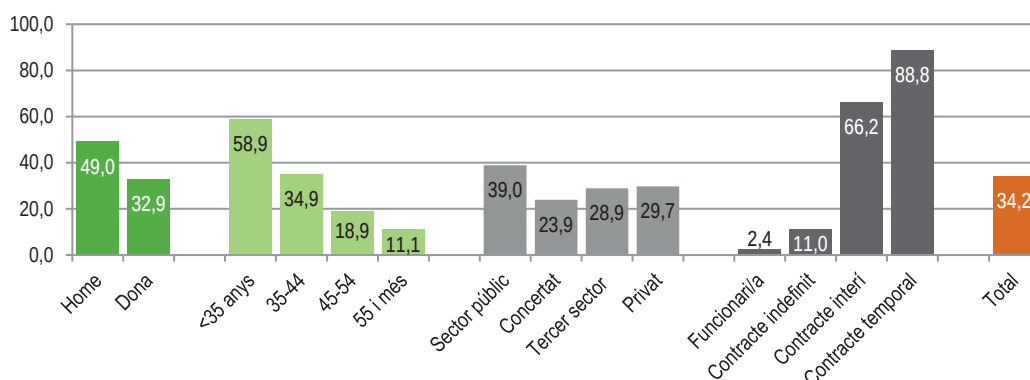
L'edat marca també diferències substancials pel que fa al tipus de contracte. Les funcionàries predominen entre les majors de 55 anys i pràcticament no n'hi ha cap entre les menors de 44 anys. Les que tenen un contracte indefinit tenen un pes predominant (al voltant del 55%) entre els 35 i els 54 anys però també tenen una presència important entre les menors de 35 anys (35,2%) i entre les majors de 55 (42,4%). La situació d'interinatge està més present entre les professionals de 35 a 44 anys. A partir d'aquesta edat es van consolidant les places tot i que encara es troba un 13,6% d'interines entre les majors de 55 anys. Els contractes temporals tenen una presència destacada (41,2%) entre les professionals menors de 35 anys però es va reduint dràsticament entre la resta de grups d'edat, de manera que entre les majors de 55 anys no en trobem cap.

GRÀFIC 4.8. Relació contractual a la feina de les treballadores socials segons sexe i segons edat



Hi ha, doncs, un elevat nivell de temporalitat a l'inici de la vida laboral que s'esmorteeix al llarg dels anys i passa a ser residual al final de la carrera professional. Aquesta situació es pot confirmar amb la percepció manifestada d'inseguretat a la feina. Un 34,2% de les treballadores socials està d'acord o molt d'acord que la seva situació laboral és insegura, opinió més freqüent entre els homes (49,0%) i les menors de 35 anys (58,9%). Tot i així entre les de més de 55 anys es manté en un 11,1%.

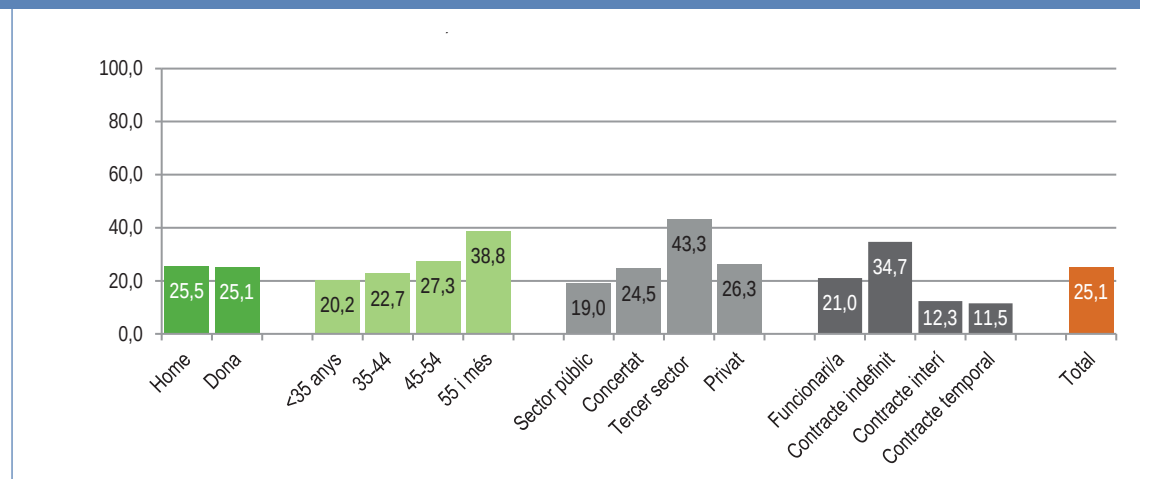
GRÀFIC 4.9. Treballadores socials que estan d'acord o molt d'acord que la seva situació laboral és insegura segons sexe, edat, sector d'activitat i relació contractual



Aquesta percepció d'inseguretat laboral està relacionada directament amb el tipus de contracte. Afecta de manera important totes les professionals que no són funcionàries o no tenen un contracte indefinit, és a dir les interines (66,2% se sent insegura al seu lloc de treball) i les que tenen contracte temporal (88,8%). En la mesura que la situació d'interinatge té un pes important en aquesta professió i que aquesta és una figura pròpia del sector públic, la sensació d'inseguretat a la feina és també més freqüent en aquest sector (39%), tot i que a la resta de sectors és també important i afecta al voltant d'una quarta part de les professionals.

Una quarta part de les treballadores socials (25,1%) té càrrec de comandament o funcions directives, percentatge que no varia en funció del sexe però que augmenta a mesura que les professionals són més grans (el 38,8% de les majors de 55 anys tenen persones al seu càrrec).

GRÀFIC 4.10. Treballadores socials que tenen càrrec de comandament segons sexe, edat, sector d'activitat i relació contractual

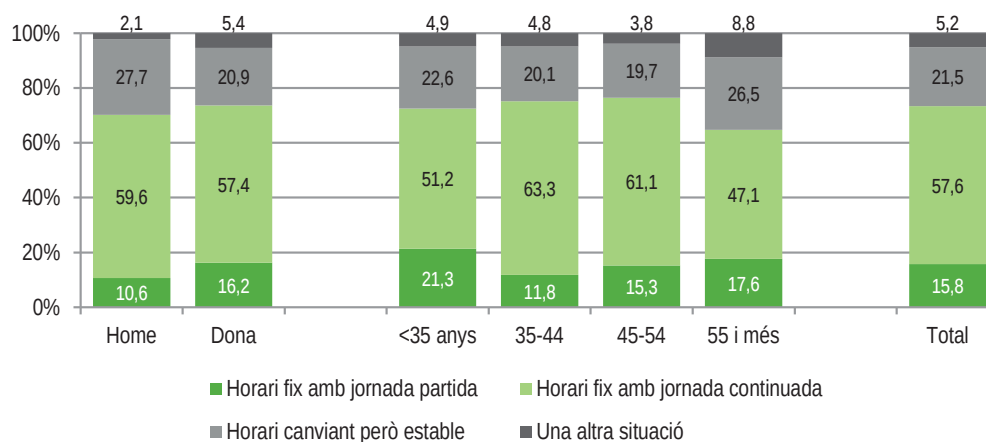


D'altra banda, les treballadores socials amb càrrec de comandament treballen en major mesura amb contracte indefinit (34,7%) i en el tercer sector (43,%) en contraposició especialment amb el sector públic, on només el 19,0% té càrrec directiu.

4.4. Càrrega horària (tipus d'horari, guàrdies i hores treballades)

El **tipus de jornada laboral** de les treballadores socials és divers. Aproximadament la meitat (57,6%) té jornada continuada, un 15,8% jornada partida, matí i tarda, i un 21,5% té horari lliscant, és a dir treballa amb un horari que pot variar segons els dies de la setmana (uns dies jornada continuada i altres partida) però és estable. Són molt poques les que tenen horaris canviants (3,1%), les que fan torns (0,6%) o les que tenen jornades parcials i treballs per dies o caps de setmana (1,5%). En general, es tracta de jornades que no impliquen a priori una dificultat especial per conciliar la feina amb la vida familiar i social i no plantegen diferències associades ni al sexe ni a l'edat.

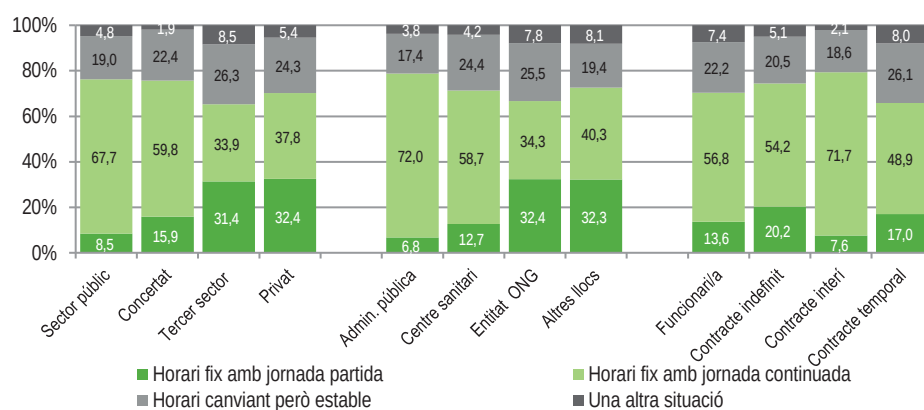
GRÀFIC 4.11. Tipus de jornada laboral segons sexe i segons edat



El sector d'activitat i el centre de treball estableixen diferències pel que fa al tipus de jornada en el sentit que les professionals que treballen en el sector públic i, concretament, en una administració pública treballen majoritàriament amb jornades continuades (67,7% i 72,0%, respectivament). També predominen les jornades continuades, tot i que de manera menys acusada, en els centres sanitaris i, en general, en el sector concertat (58,7% i 59,8%) mentre que en el tercer sector o en el privat la diversitat de jornades és superior i les treballadores amb cadascú dels tres tipus de jornada (continuada, partida o lliçant) presenten percentatges força similars.

El tipus de contracte, en canvi, no implica diferències en el tipus de jornada, que estan més associades al sector d'activitat sobretot pel que fa a les jornades continuades en el cas de les interines (71,7%).

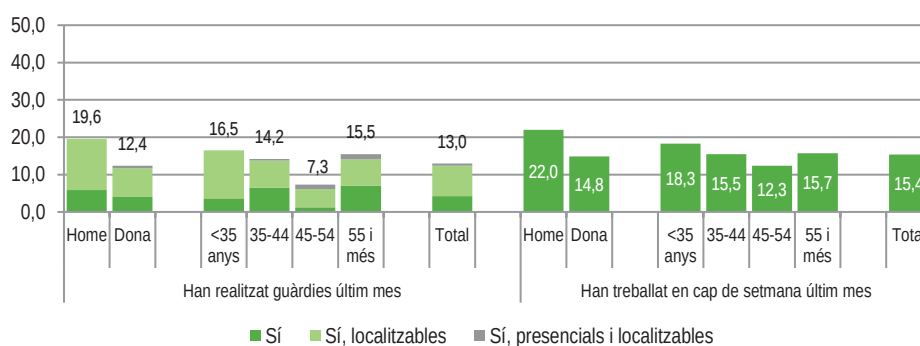
GRÀFIC 4.12. Tipus de jornada laboral segons sector, centre de treball i relació contractual



Realització de guàrdies i treball en cap de setmana

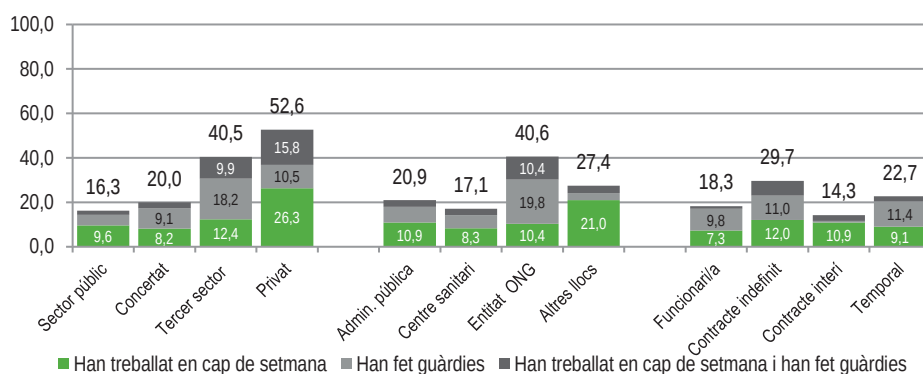
Les treballadores socials que han treballat algun dia de cap de setmana durant el mes anterior a l'enquesta o que han realitzat alguna guàrdia en el mateix període són minoritàries però en conjunt representen una quarta part (24,9%). Concretament un 13% ha realitzat alguna guàrdia (4,9% presencials i 9,0% localitzables) i un 15,4% ha treballat en cap de setmana.

GRÀFIC 4.13. Treballadores socials que han fet guàrdies o que han treballat en cap de setmana durant l'últim mes segons sexe i segons edat



Les diferències en funció del sexe o de l'edat no són significatives però, en canvi, hi ha una major probabilitat de treballar en cap de setmana i/o de fer guàrdies entre les treballadores que operen en el sector privat (el 42,1% ha treballat en cap de setmana i el 26,3% ha realitzat alguna guàrdia en l'últim mes) o en el tercer sector (22,3% i 28,1%, respectivament). En conseqüència els centres de treball on en major mesura es realitzen guàrdies i treball en cap de setmana són les entitats sense ànim de lucre (40,6%) sense que hi hagi diferències importants entre les professionals que disposen de contracte indefinit (29,7%) o temporal (22,7%).

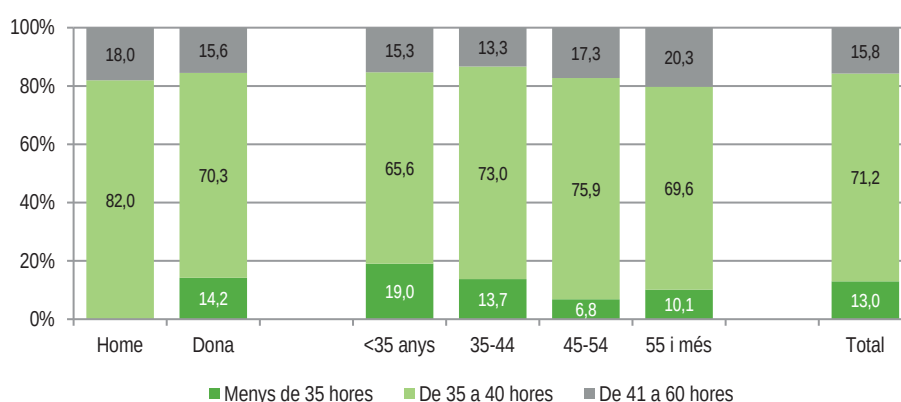
GRÀFIC 4.14. Treballadores socials que han fet guàrdies o que han treballat en cap de setmana durant l'últim mes segons sector d'activitat, centre de treball i relació contractual



Durada de la jornada laboral

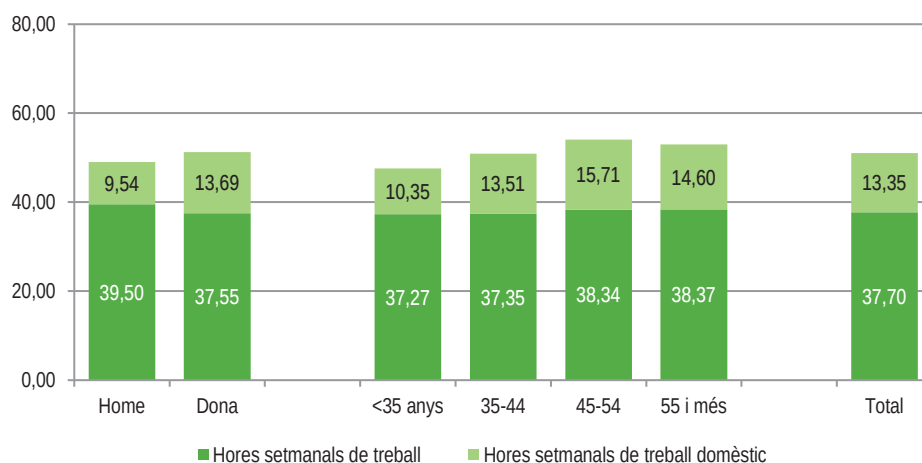
La gran majoria de les treballadores socials (71,2%) treballa entre 35 i 40 hores setmanals i realitza una mitjana de 37,7 hores. Un 13% realitza menys de 35 hores i un 15,8% més de 40. Els homes (39,5 hores de mitjana) i, en general, les més grans (38,4) treballen més hores però la diferència no és significativa.

GRÀFIC 4.15. Nombre d'hores treballades durant l'última setmana segons sexe i segons edat



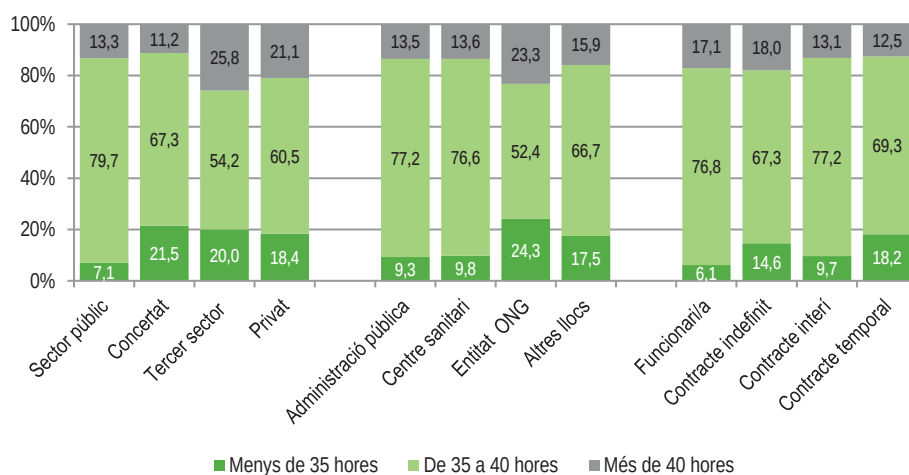
Com hem apuntat anteriorment, a aquesta jornada laboral cal afegir les hores dedicades a les tasques domèstiques. Considerant totes dues, les treballadores socials fan una jornada mitjana de 51,1 hores setmanals sense que es puguin diferenciar les realitzades per dones (51,2 hores) i per homes (49,0). Les que presenten unes jornades més llargues són les que se situen entre els 45 i els 54 anys (54,1 hores de mitjana) tant les laborals (38,3) com les domèstiques (15,7).

GRÀFIC 4.16. Nombre mitjà d'hores de treball (laboral i domèstic) setmanal realitzades segons sexe i segons edat



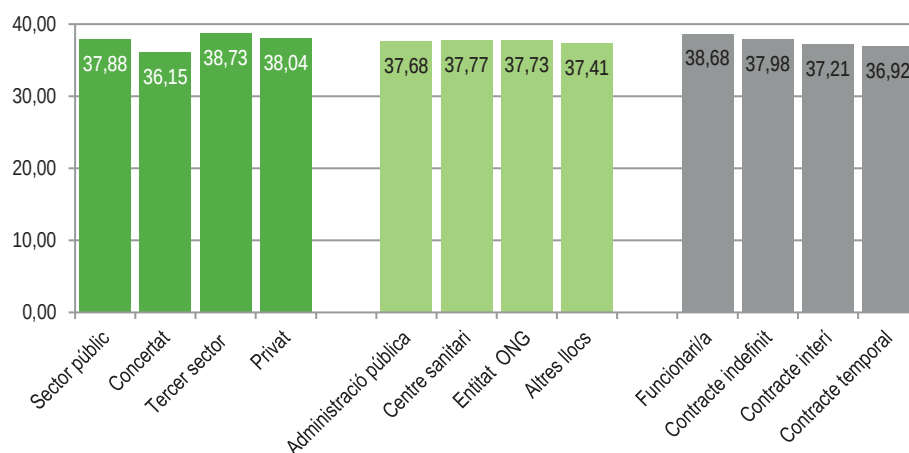
Les diferències en funció del sector d'activitat i del centre de treball no són molt rellevants. En general, al sector públic hi ha un predomini gairebé absolut (79,7%) de l'horari de 35 a 40 hores setmanals. A la resta de sectors també predomina aquest horari però trobem un percentatge important de persones que treballen menys de 35 hores (al voltant del 20%) i que fan més de 40 hores, sobretot en el tercer sector (25,8%) o en el sector privat (21,1%).

GRÀFIC 4.17. Nombre d'hores treballades durant l'última setmana segons sector d'activitat, centre de treball i relació contractual



Els professionals que treballen menys hores són els pertanyents al sector concertat (37,9 hores setmanals de mitjana) i al públic (40 hores de mitjana tot i que un 31,5% en fa més de 40). Al sector privat es fan més hores de mitjana (42,3) que a la resta de sectors i un 42,9% treballa més de 40 hores setmanals. Tanmateix és també on hi ha un major percentatge de professionals que treballen menys de 35 hores a la setmana. Corresponen majoritàriament a treballadores per compte propi, que són molt poques.

GRÀFIC 4.18. Nombre mitjà d'hores de treball setmanal realitzades segons sector d'activitat, centre de treball i relació contractual



4.5. Ambient laboral i factors de risc psicosocial

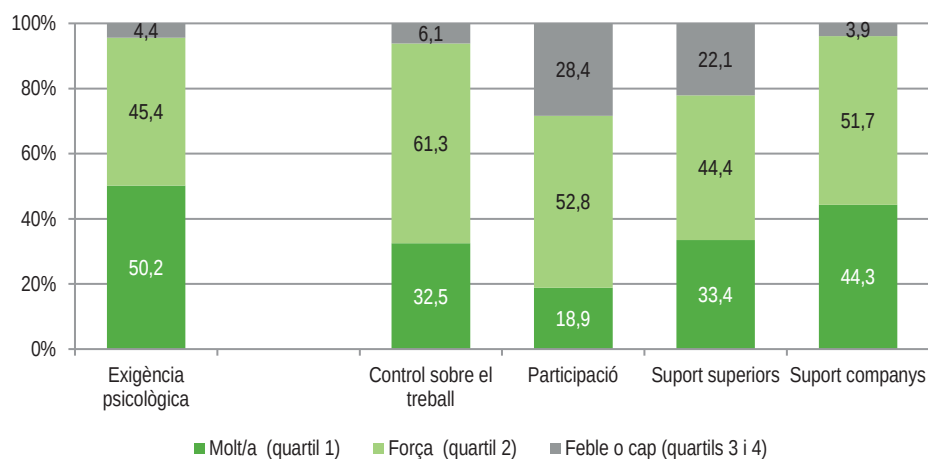
Les condicions i l'entorn en què es desenvolupa el treball poden influir de manera directa o indirecta en la salut i en el benestar de les persones. No són fàcils de mesurar ja que inclouen aspectes subjectius que tenen a veure, entre d'altres, amb la càrrega i els ritmes de treball, les expectatives i les compensacions personals i professionals, la possibilitat de desenvolupar els coneixements i habilitats propis, la implicació en les decisions col·lectives i el reconeixement per part dels superiors, dels companys i, si s'escau, dels usuaris.

En aquest estudi s'ha utilitzat una adaptació del Job Content Questionnaire (Karasek, 1993). Es tracta d'un instrument que aborda la mesura de factors de risc psicosocial a la feina d'acord amb quatre dimensions: el **suport dels superiors**, que inclou la preocupació pel benestar dels treballadors, el foment del treball en equip o l'atenció a les seves idees i propostes, el **suport dels companys**, basat en la seva solidaritat, la capacitat de treballar en equip o la possibilitat d'acudir a ells per solucionar problemes personals o laborals: el **control sobre la feina**, que valora el nivell de creativitat i d'autonomia a l'hora de desenvolupar el treball, el nivell de **participació en les decisions** que es prenen en la unitat, departament o centre de treball, i les **exigències psicològiques** vinculades al volum de feina (càrrega laboral), a la seva concentració en el temps i a la distorsió del ritme de treball a causa d'una mala organització o altres factors no controlables pels professionals.

Com més elevades són les exigències psicològiques i més baixos el nivell de control sobre la feina, el de participació en les decisions col·lectives o el suport social a la feina, es produeix una major exposició a factors de risc.

Pel que fa als factors de risc psicosocial als quals s'han d'enfrontar les treballadores socials destaca el bon suport dels companys (44,3% es troba al quartil superior, el que es podria considerar un nivell alt) però no tant el dels seus caps (33,4%). I, si bé tenen una bona capacitat de decisió sobre com realitzar la seva feina (32,5%), tenen un baix nivell de participació en les decisions de la seva unitat (18,9%). De fet, la dimensió de participació i la d'exigències psicològiques (o càrrega de treball) constitueixen els principals focus de risc psicosocial.

GRÀFIC 4.19. Exposició de les treballadores socials a factors de risc psicosocial. Distribució en quartils de cada dimensió

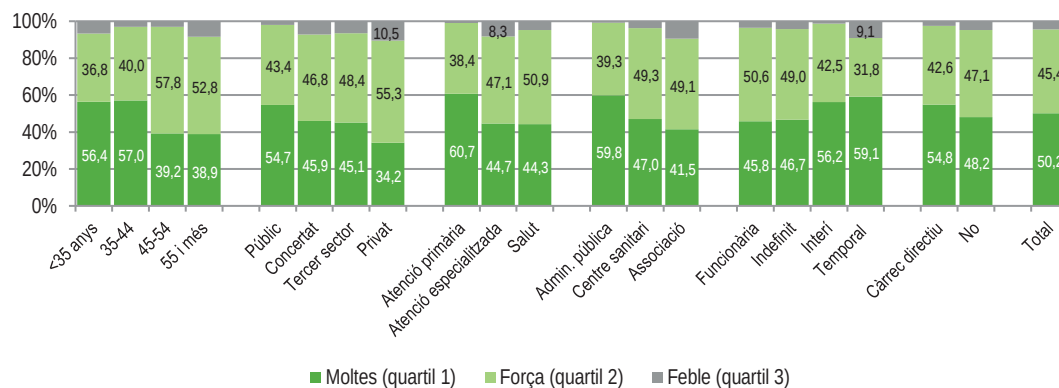


No hi ha diferències significatives en cap de les dimensions ni per sexe ni per edat, tret que les menors de 35 anys tenen una major càrrega de treball compensada per un major suport per part dels seus superiors i dels seus companys, que posteriorment, amb el pas dels anys, es va reduint.

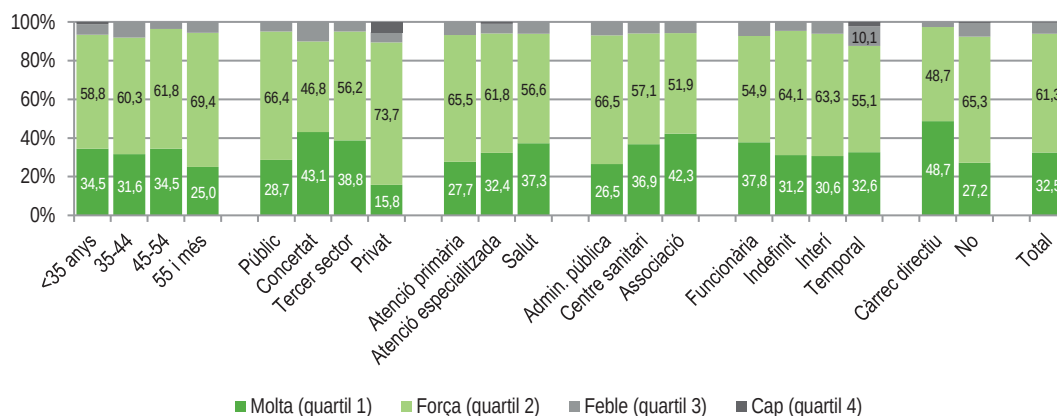
Per sector d'activitat, destaca l'exposició a factors de risc psicosocial de les treballadores del sector públic, que són les que presenten un major nivell de sobrecàrrega de treball acompanyat de poca participació en les decisions comunes i baix nivell de suport social, especialment per part dels superiors. Com a conseqüència es troben en aquesta situació les treballadores socials que treballen en una administració pública i s'agreuja si pertanyen a serveis socials d'atenció primària.

Ans al contrari, les professionals que treballen al tercer sector i al sector privat són les que presenten menor exposició als factors de risc psicosocial. Tenen feines menys exigents psicològicament alhora que són les que més compten amb el suport dels seus superiors i les que tenen més possibilitats de participar en les decisions del centre de treball amb l'única excepció d'un menor control sobre la feina per part de les treballadores del sector privat.

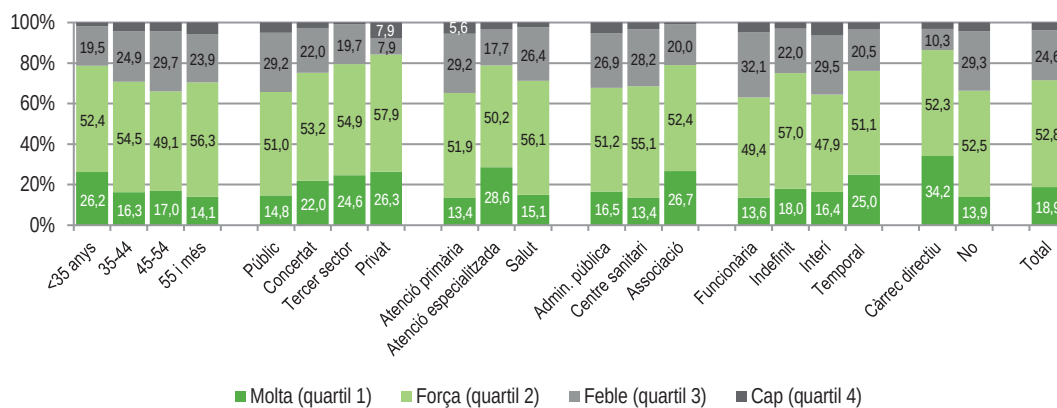
GRÀFIC 4.20. Nivell d'EXIGÈNCIES PSICOLÒGIQUES segons edat i diverses característiques del lloc de treball



GRÀFIC 4.21. Nivell de CONTROL SOBRE LA FEINA segons edat i diverses característiques del lloc de treball



GRÀFIC 4.22. Nivell de PARTICIPACIÓ segons edat i diverses característiques del lloc de treball

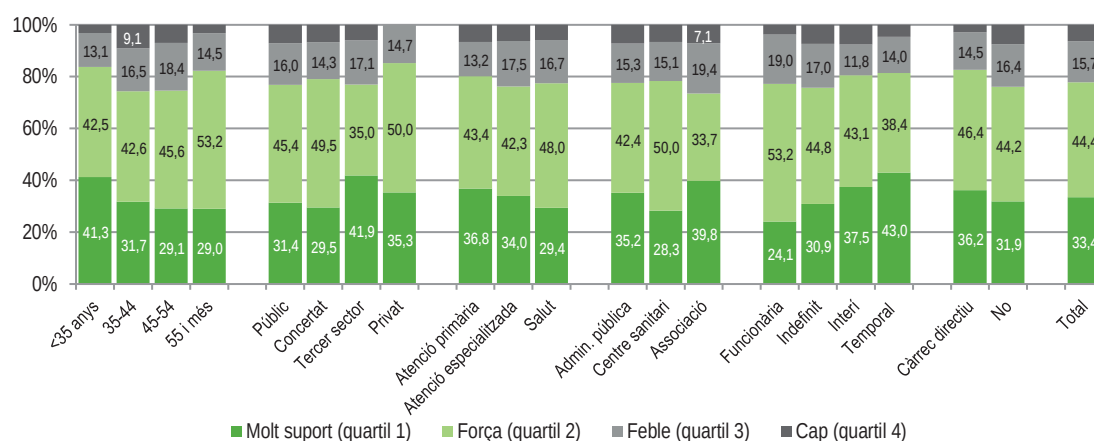


Per centres de treball, les menys exposades a factors de risc psicosocial són les que treballen a una entitat sense ànim de lucre en la mesura que pateixen menys sobrecàrrega de treball amb un bon suport social i, sobretot, més possibilitats d'intervenir en la presa de decisions comunes.

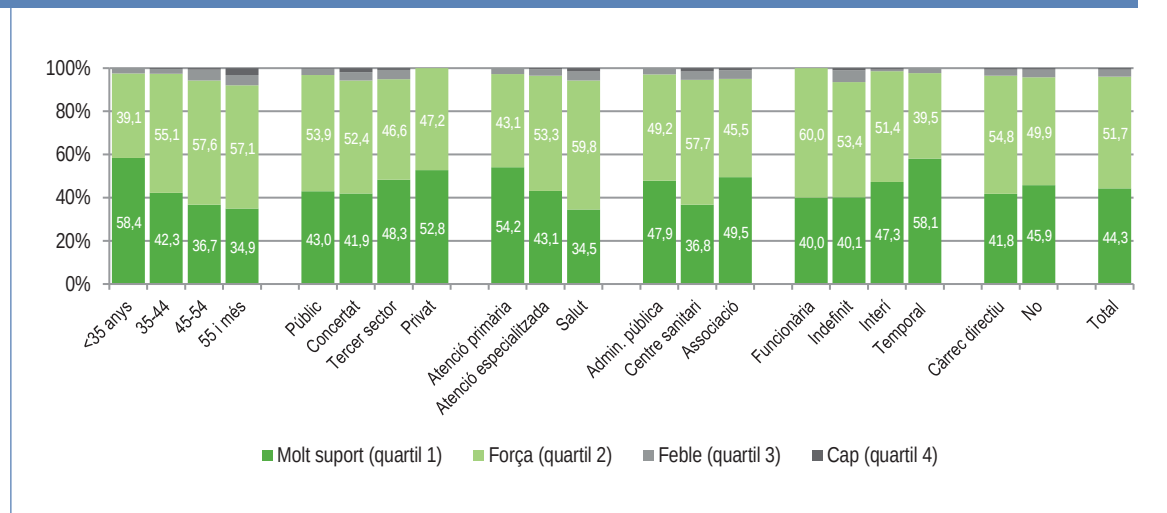
També el fet de tenir càrrec de comandament redueix l'exposició a factors de risc. No tant pel que fa a la càrrega de treball, que és similar entre les que en tenen i les que no, però sí que les professionals amb funcions directives presenten una major participació en les decisions de la seva unitat o departament, una major autonomia a l'hora de manejar la seva feina i un major suport per part dels seus superiors.

La relació contractual no estableix diferències importants pel que fa a la càrrega de treball i, en general, aquestes s'associen al sector d'activitat més que no pas al tipus de contracte. Cal destacar que les professionals amb contracte temporal tenen una menor autonomia a l'hora de desenvolupar la seva feina però en canvi tenen un bon suport social, tant per part dels companys com dels superiors, i una major possibilitat de participar en les decisions de l'equip. Aquesta situació s'explica perquè una bona part de les treballadores temporals pertanyen al tercer sector que, com hem vist, tenen una menor exposició a factors de risc psicosocial.

GRÀFIC 4.23. Nivell de SUPORT DELS SUPERIORS segons edat i diverses característiques del lloc de treball



GRÀFIC 4.24. Nivell de SUPORT DELS COMPANYS segons edat i diverses característiques del lloc de treball



4.6. Burnout

Una problemàtica associada al treball que afecta a una quantitat creixent de professionals és la que s'anomena *burnout* o síndrome d'esgotament professional. Afecta un nombre important de professions però té una especial incidència en professionals que tenen com a objecte de treball persones amb les quals es poden implicar emocionalment alhora que han de combinar la seva professió amb condicionants de gestió i de rendibilitat econòmica. Hi ha moltes definicions d'aquesta síndrome, considerada com un estat d'estrès crònic vinculat exclusivament al treball. Es caracteritza per un esgotament emocional i mental que porta a una pèrdua d'implicació i de motivació envers la feina i els usuaris i que acaba per generar sentiments de fracàs personal i professional.

Aquesta definició, força estesa a nivell internacional, és la base de l'instrument de mesura MBI (Maslach Burnout Inventory) desenvolupat per Maslach, Schaufeli i Leiter que hem utilitzat en aquest estudi. El MBI mesura tres dimensions:

L'esgotament professional, vinculat a la vivència del treball com a quelcom fatigant, estressant, fins i tot angoixant, que, a diferència de la depressió, desapareix quan se surt de l'entorn laboral (vacances, per exemple).

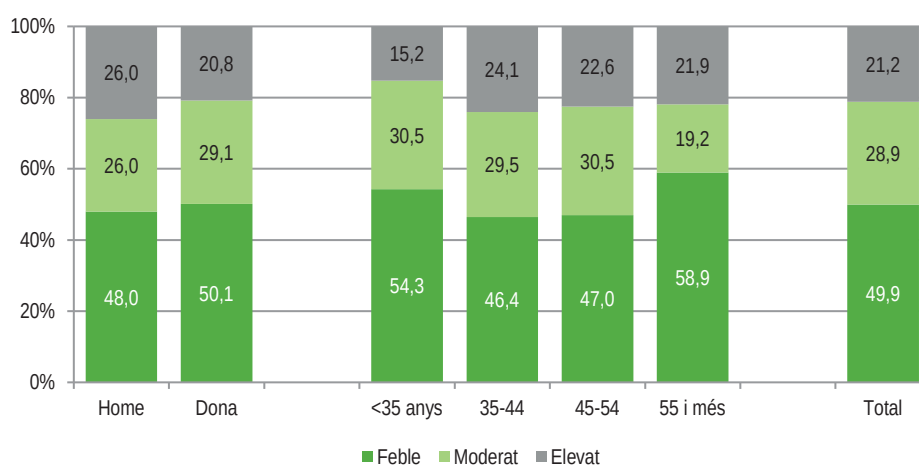
El **cinisme** o la **despersonalització**, que es caracteritza per una pèrdua d'empatia envers els usuaris alhora que es pren una distància emocional que pot arribar a la indiferència o el menyspreu.

La **realització personal** mesura la percepció d'eficàcia i competència professional que tenen les treballadores socials d'elles mateixes així com el nivell de desenvolupament personal que la feina els

procura. Resulta de valorar si la situació dels usuaris millora gràcies a la feina realitzada o aquesta es veu com a insuficient o poc eficaç.

L'esgotament emocional afecta la meitat de les treballadores socials catalanes (50,1%) i una de cada cinc (21,2% presenta un nivell elevat. No hi ha diferències significatives per sexe i, per edats, no s'observa una tendència clara tret que les edats centrals (de 35 a 54 anys) presenten un nivell lleument més elevat.

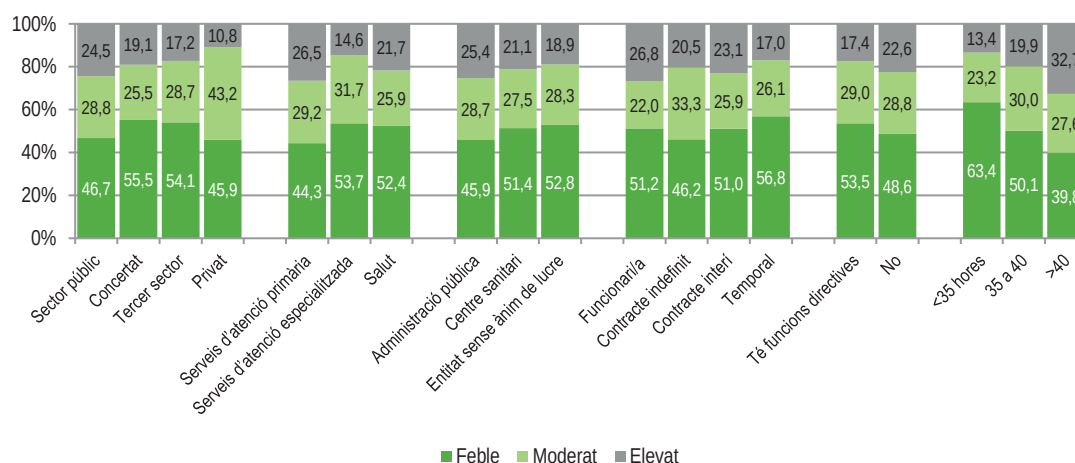
GRÀFIC 4.25. MBI. Nivell d'esgotament emocional de les treballadores socials segons sexe i segons edat



L'esgotament emocional elevat afecta especialment les professionals que treballen al sector públic (24,5%), en una administració pública (25,4%), dins de serveis socials d'atenció primària (26,5%) i que són funcionàries (26,8%) o interines (23,1%). Es tracta, doncs, del mateix segment professional que, com hem pogut observar, està més exposat a factors de risc psicosocial.

Un altre factor que incrementa la probabilitat de patir esgotament emocional són les hores dedicades al treball (a més hores, més probabilitats).

GRÀFIC 4.26. MBI. Nivell d'esgotament emocional de les treballadores socials segons diverses situacions laborals

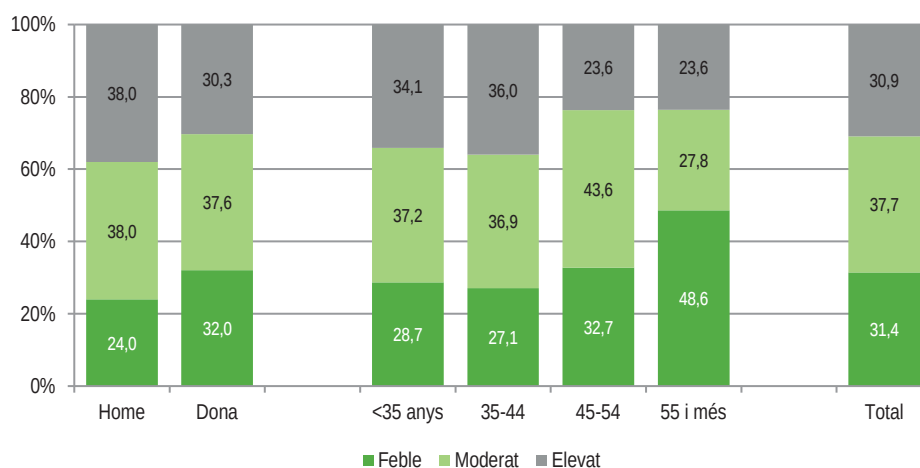


D'altra banda, les treballadores socials menys exposades a un quadre d'esgotament emocional són les que treballen al sector privat (10,8%), en serveis d'atenció especialitzada (14,6%), que treballen menys de 35 hores (13,4%) i que tenen funcions directives (17,4%).

La dimensió d'estrès que es manifesta com una pèrdua de l'empatia amb els usuaris (cinisme o despersonalització) és la més freqüent i afecta un 68,6% de les treballadores socials catalanes, un 30,9% en un nivell que podríem qualificar d'elevat. No hi ha diferències significatives en funció del sexe o de l'edat tot i que el nivell elevat de despersonalització és més habitual entre els menors de 44 anys.

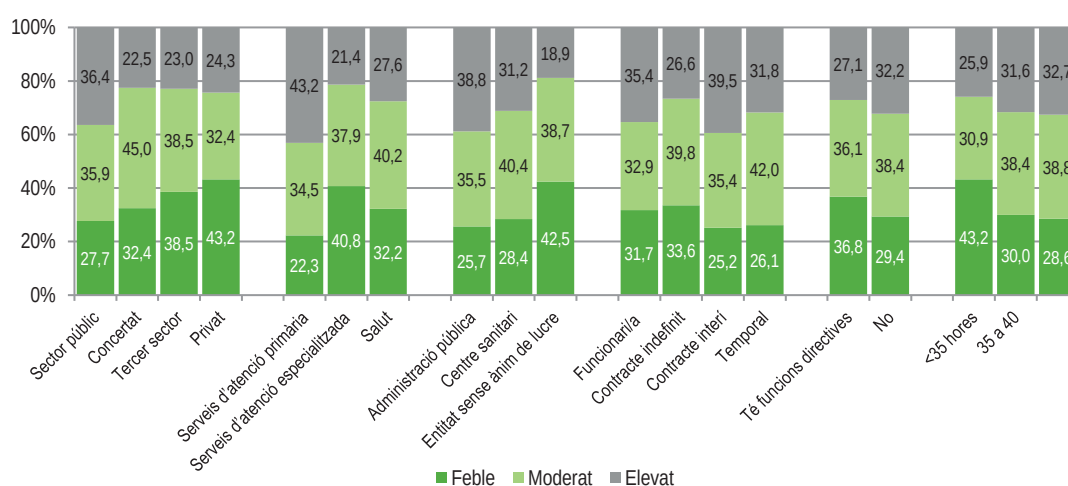
Cal dir que aquestes xifres igual que les recollides a la dimensió anterior es presenten majoritàriament en la modalitat moderada, el que vol dir que l'esgotament o la pèrdua d'empatia es troben en estat latent, cal parlar d'atenció i monitoritzar la situació però no implica necessàriament que es tracti d'una situació de risc immediat com seria el cas del nivell elevat.

GRÀFIC 4.27. MBI. Nivel de despersonalització de les treballadores socials segons sexe i segons edat



Els factors vinculats a la feina que afavoreixen la presència de risc en aquesta dimensió coincideixen pràcticament en la seva totalitat amb el segment professional que trobaven a la dimensió anterior fins i tot d'una manera més acusada: treballadores del sector públic (36,4%), que treballen a una administració pública (38,8%), en serveis socials d'atenció primària (43,2%) i que són interines (39,5%) o funcionàries (35,4%).

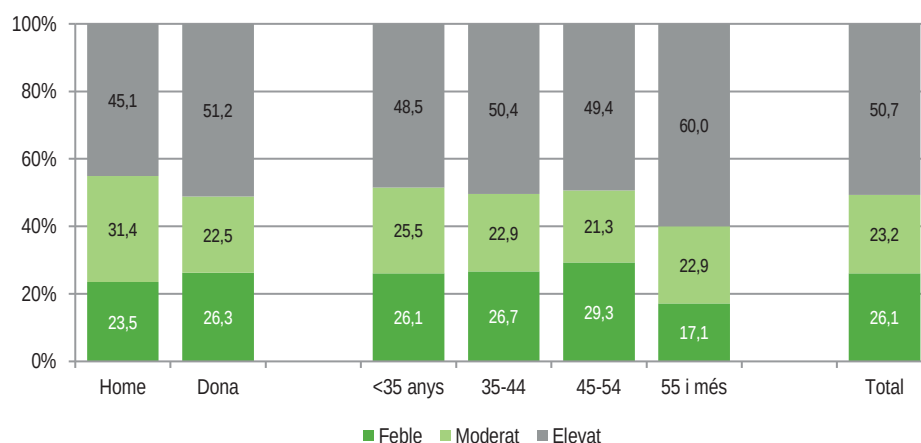
GRÀFIC 4.28. MBI. Nivel de despersonalització de les treballadores socials segons diverses situacions laborals



La meitat (50,7%) de les treballadores socials puntua positivament en la dimensió de realització personal i percep la seva actuació com a positiva per als seus usuaris mentre que l'altra meitat no se sent realitzada amb la seva feina, de manera moderada (23,2%) o alta (26,1%).

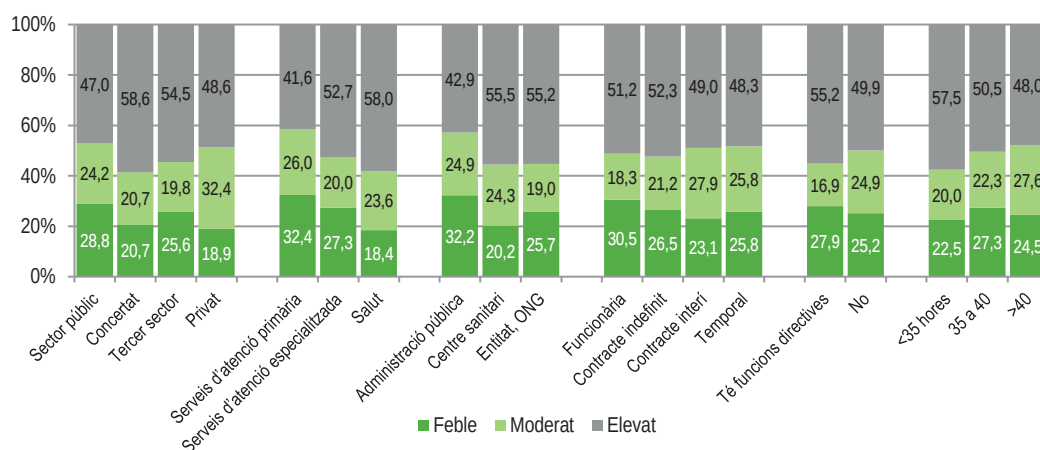
Les diferències entre homes i dones no són significatives i no hi ha una relació directa amb l'edat tot i que les majors de 55 anys són les que en major mesura se senten realitzades professionalment (60,0%) en contraposició, per exemple, a les menors de 35 (48,5%).

GRÀFIC 4.29. MBI. Nivell de realització personal de les treballadores socials segons sexe i segons edat



Aquesta dimensió es relaciona també amb les anteriors i trobem un sentiment de feble o moderada realització personal entre les treballadores del sector públic (53%), que treballen a una administració pública (57,1%) en serveis d'atenció primària (58,4%).

GRÀFIC 4.30. MBI. Nivell de realització personal de les treballadores socials segons diverses situacions laborals



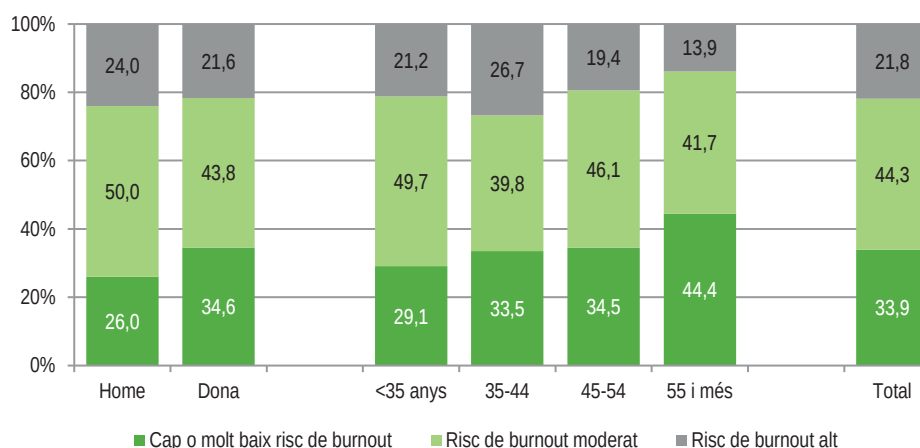
A grans trets es considera que una persona que puntua alt en una o més d'una de les dimensions considerades (alta despersonalització, esgotament elevat i baixa realització professional) es troba en situació de *burnout* i seria necessari intervenir i posar en marxa estratègies terapèutiques especialitzades.

L'MBI no preveu la possibilitat de calcular una puntuació agregada de totes les dimensions de cara a facilitar una mena d'índex de *burnout*. No obstant això, en aquest estudi hem calculat per a ús intern i a efectes comparatius un índex que considera el nombre de dimensions de risc que afecten a cada individu. Aniria des dels professionals que tenen valors positius a totes les dimensions (baix nivell d'esgotament i de despersonalització amb una elevada realització professional), que no patirien la síndrome, fins els que tenen valors negatius a totes les dimensions (alt grau d'esgotament i de despersonalització juntament a una baixa percepció de realització professional), que serien casos clars de *burnout*. Es considera un risc de *burnout* alt quan el professional té com a mínim dues dimensions en situació de risc i baix risc de *burnout* quan totes les dimensions són positives i només una en risc moderat. La resta estaria dins de risc de *burnout* moderat.

Les treballadores socials que es troben en situació d'alt risc de patir la síndrome de *burnout* representen un 21,8% del total i les que es troben en una situació de risc de *burnout* moderat representen un 44,3% del total. Aquestes no requereixen una atenció urgent, com les anteriors, però sí que és convenient establir accions preventives i estratègies de contenció del problema.

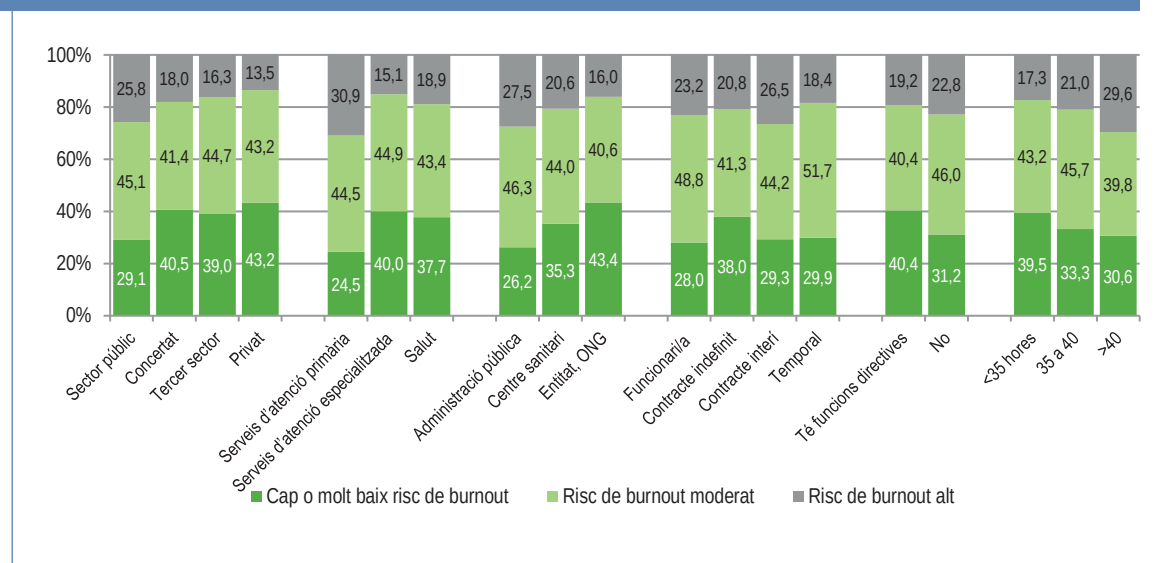
No hi ha diferències rellevants per sexe però el risc de *burnout* va disminuint una mica amb l'edat: el 44,4% de les majors de 55 anys no en tenen cap tret davant el 29,1% de les més joves.

GRÀFIC 4.31. MBI. Índex de *burnout* de les treballadores socials segons sexe i segons edat



Les probabilitats de patir una situació de *burnout* afecta totes les professionals però les probabilitats augmenten segons determinades característiques dels llocs de treball tal i com hem anat veient en aquest apartat i en el mateix sentit. És a dir, tenen un major risc les professionals que treballen al sector públic (25,8%), en una administració pública (27,5%; 33,0% en un ajuntament) i en serveis d'atenció primària (30,9%).

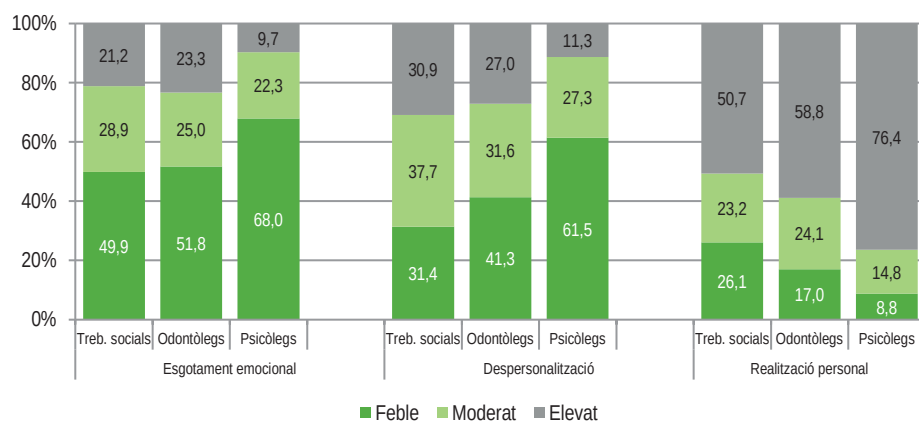
GRÀFIC 4.32. MBI. Índex de *burnout* de les treballadores socials segons diverses situacions laborals



L'MBI s'ha incorporat en els últims estudis realitzats per la Fundació Galatea per la qual cosa només podem comparar aquests resultats amb els obtinguts per als odontòlegs i els psicòlegs de Catalunya. La situació de les treballadores socials en aquest tema s'assimila en gran mesura amb la que presenten els odontòlegs. Tanmateix, ambdós es troben molt lluny i molt per sobre del nivell de risc dels psicòlegs, que és comparativament molt baix.

El grau d'esgotament emocional que manifesten les treballadores socials, xifrat en un 50,1% és similar al dels odontòlegs (48,3%) i ambdós superen amb escreix el 32% dels psicòlegs. Destaquen les treballadores socials que, com els odontòlegs, tenen un nivell d'esgotament elevat (21,2% i 23,3% davant el 9,7% dels psicòlegs).

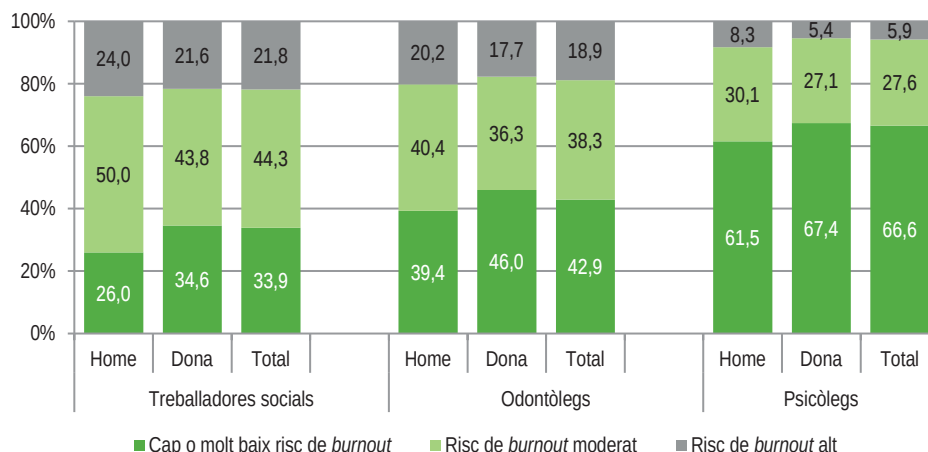
GRÀFIC 4.33. MBI. Dimensions de la síndrome de burnout (esgotament emocional, despersonalització i realització professional). Dades comparatives treballadores socials, psicòlegs i odontòlegs



Passa el mateix amb la dimensió de despersonalització, en la qual les treballadores socials (68,6%) se situen a un nivell una mica superior al dels odontòlegs (58,7%) i ambdós grups de professionals molt lluny de la situació dels psicòlegs (38,6%). D'altra banda, les afectades en un grau elevat (30,9%) són similars als odontòlegs (27,0%) i, en ambdós casos, representen al voltant del doble que els psicòlegs (11,3%).

La dimensió de realització personal, que és un sentiment protector en relació amb les dimensions anteriors i que assegura un cert equilibri davant una situació d'esgotament professional i/o de despersonalització, és comparativament la pitjor valorada per les treballadores socials (el 50,7% de les treballadores socials valora positivament el seu acompliment professional davant el 58,8% dels odontòlegs i lluny del 76,4% dels psicòlegs).

Si considerem a efectes comparatius l'índex de *burnout*, s'acaba de confirmar el que venim comentant, és a dir, les treballadores socials (21,8%) hi estan exposades al mateix nivell que els odontòlegs (18,9%) i molt lluny dels psicòlegs (5,9%).

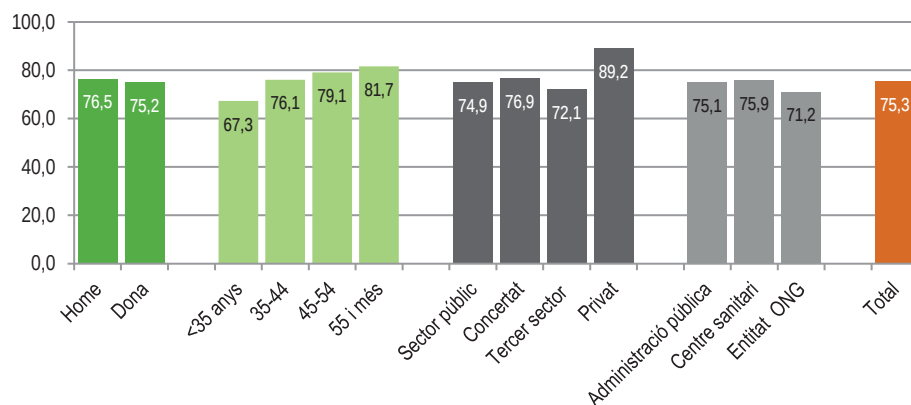
GRÀFIC 4.34. MBI. Índex de *burnout* de les treballadores socials, odontòlegs i psicòlegs segons sexe

4.7. Altres factors de risc

La manca de perspectives de promoció és també un element que pot afectar no només un correcte desenvolupament professional sinó també generar un sentiment de frustració que pot repercutir en el benestar i la salut física i mental dels professionals.

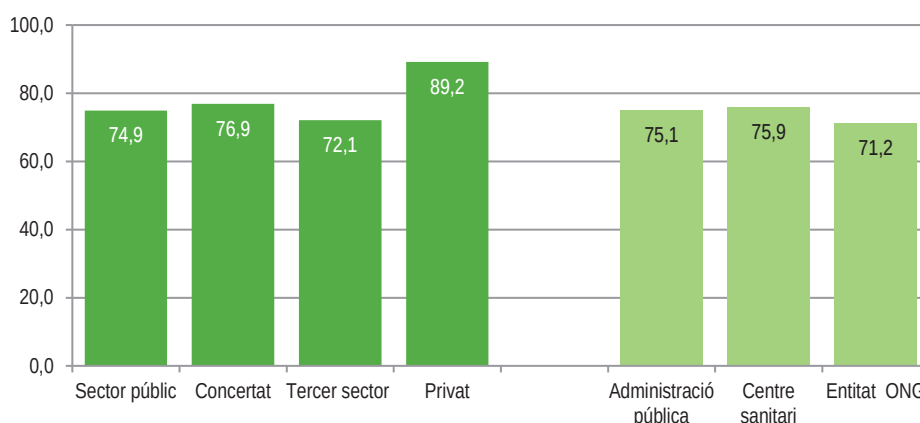
En el cas de les treballadores socials són majoria (75,3%) les que estan d'acord o molt d'acord que en tenen poques. Així doncs, el 24,7% considera que en té algunes. No hi ha diferències en funció del sexe però les possibilitats de promoció minven lleument a mesura que es fan anys. El 32,7% de les menors de 35 anys considera que té alguna possibilitat de promoció professional davant el 18,3% de les majors de 55 anys.

GRÀFIC 4.35. Treballadores socials que estan d'acord o molt d'acord que tenen poques perspectives de promoció segons sexe, edat, sector d'activitat i centre de treball



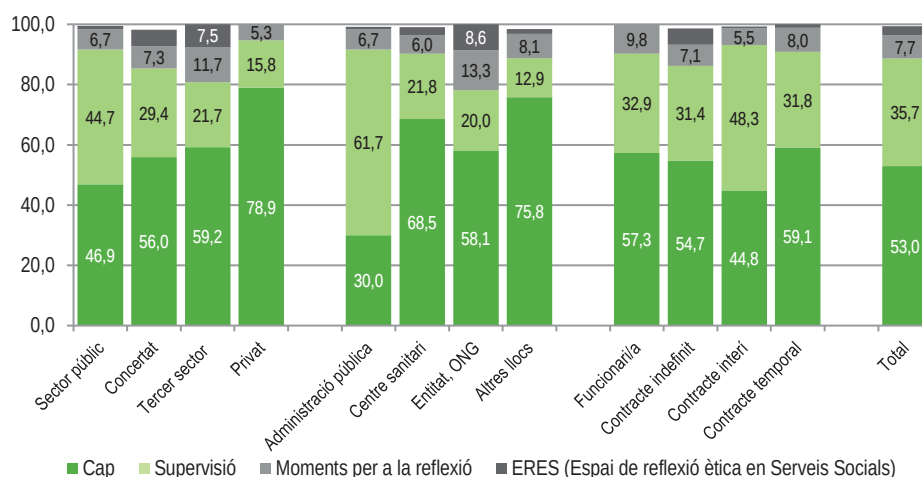
Ni les característiques del lloc de treball ni la percepció de seguretat/inseguretat a la feina estableixen diferències rellevants en aquest tema. Les professionals que consideren tenir menys perspectives de promoció són les que treballen al sector privat (només el 10,8% considera que en té algunes).

GRÀFIC 4.36. Treballadores socials que estan d'acord o molt d'acord amb que tenen poques perspectives de promoció segons sector, centre de treball i relació contractual



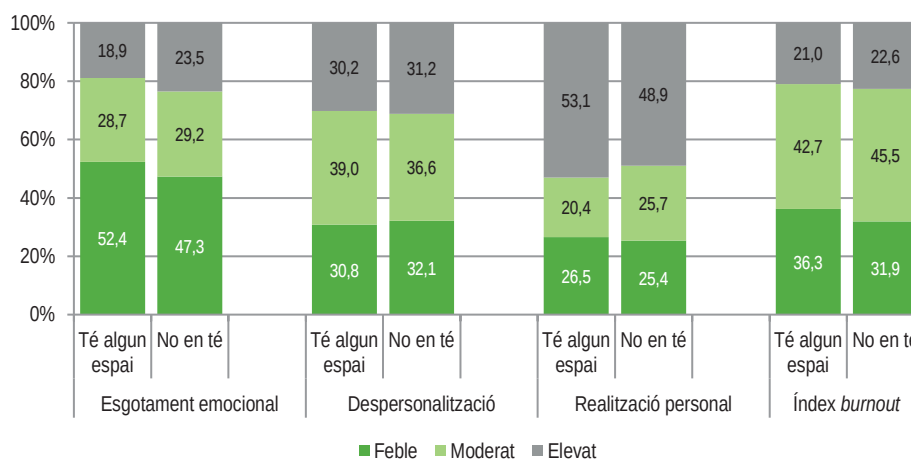
El treball social implica el contacte amb persones i famílies que, per motius molt diversos, es troben en una situació d'especial vulnerabilitat i amb dificultat per superar per elles mateixes les seves circumstàncies, de manera que les treballadores socials han de gestionar casos sovint complexos, de difícil solució i amb una càrrega emotiva important. Per millorar el maneig d'aquests casos i, sobretot, minimitzar el desgast emocional a què es veuen enfrontades és convenient que els centres de treball instaurin espais de cura professional que donin suport a les professionals en el seu dia a dia.

Menys de la meitat (47,0%) de les treballadores socials disposem d'un espai d'aquest tipus al seu lloc de treball. El tipus d'espai més habitual és el de supervisió, al qual pot accedir el 35,7% de les professionals. La resta són molt minoritaris: moments per a la reflexió (7,7%), espais de reflexió ètica en serveis socials o ERES (3,0%) o altres sense especificar (0,6%).

GRÀFIC 4.37. Disponibilitat d'espais de cura professional al lloc de treball segons sector, centre de treball i relació contractual

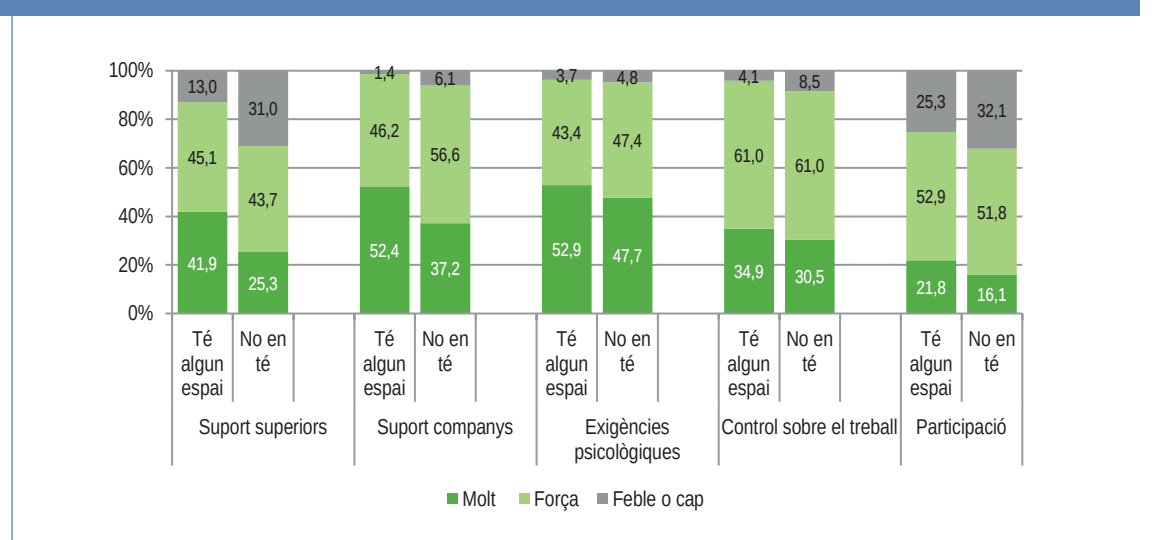
Les professionals que treballen a una administració pública són les que tenen més probabilitats de disposar d'un espai de cura al seu lloc de treball, un 70,0% en tenen, majoritàriament de supervisió. En canvi, al sector privat, especialment en residències de la tercera edat, és on menys estan implantats aquests serveis, que només donen suport al 21,1% de les treballadores socials que hi treballen. El 58,1% de les que treballen a una entitat sense ànim de lucre o a una ONG disposa d'espais de cura i en aquest cas coexisteixen els de supervisió (20,0%), els moments per a la reflexió (13,3%) i els ERES (8,6%).

Les diferències en funció del tipus de contracte no són significatives i s'associen més aviat amb el lloc de treball i el sector d'activitat.

GRÀFIC 4.38. Dimensions del *burnout* de les treballadores socials segons disposin o no d'espais de cura a la seva feina

La disponibilitat d'un espai de cura a l'empresa o organisme on treballen les professionals té pocs efectes sobre la possibilitat de patir la síndrome de *burnout* però es redueix una mica el risc de patir-la i, més concretament, el percentatge de professionals que presenta esgotament emocional. El 36,3% de les professionals que disposen d'espai de cura presenten un nivell de risc de *burnout* baix davant el 31,9% de les que no en tenen i les que presenten nivells elevats d'esgotament professional passen del 23,5% al 18,9% quan tenen un espai de cura.

GRÀFIC 4.39. Exposició a riscos psicosocials de les treballadores socials segons disposin o no d'espais de cura a la seva feina



L'exposició a factors de risc psicosocial també tendeix a disminuir en els llocs de treball on hi ha algun tipus d'espai de cura. Quan aquest hi és, s'incrementa el percentatge de professionals que tenen un elevat suport dels companys (el 52,4% el té alt davant el 37,2% dels que no en tenen) i, especialment, dels superiors (41,9% vs. 25,3%). Igualment, milloren en autonomia a l'hora d'enfocar la feina (34,9% i 30,5%) i tenen una major participació en les decisions comunes (21,8% vs. 16,1%). També el nivell de la càrrega de treball (52,9% vs. 47,7%) és percebut de manera més positiva.

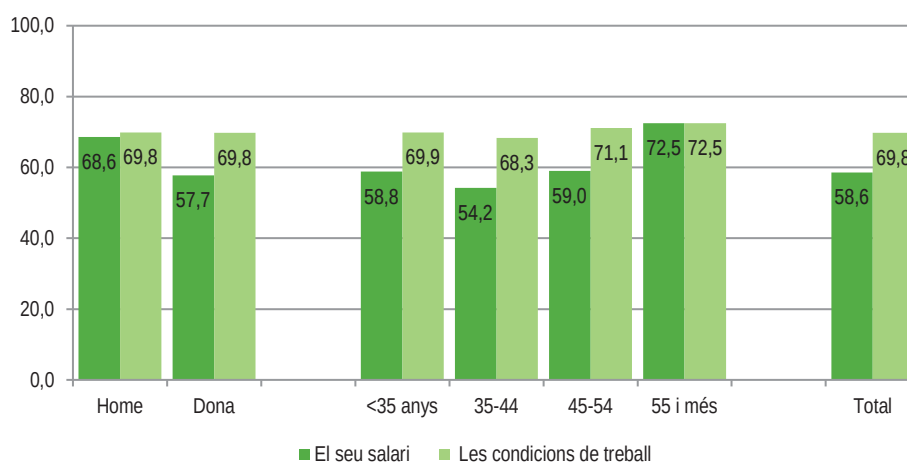
No es pot saber quin tipus de causalitat subjau en aquesta associació entre l'existència d'un espai de cura i una menor exposició a factors de risc psicosocial. Pot ser que aquest espai afavoreixi una millor implicació en el treball o pot ser que una millor praxis per part de la direcció li porti a establir espais de suport adreçats a les treballadores.

4.8. Grau de satisfacció amb la feina

Les treballadores socials estan més satisfetes amb les seves condicions de treball, valorades positivament per un 69,8%, que amb el seu salari (58,6%). Els homes estan lleument més satisfets amb el seu salari

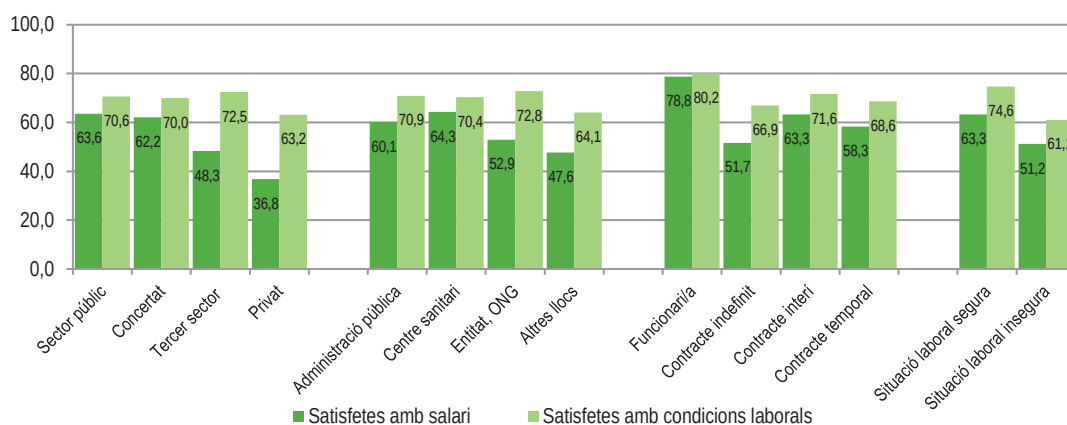
que les dones i no hi ha diferències en funció del sexe. Si bé augmenta la satisfacció amb l'edat, no són diferències significatives.

GRÀFIC 4.40. Treballadores socials que estan satisfetes o molt satisfetes amb les seves condicions laborals o amb el seu salari segons sexe i segons edat



En canvi, les característiques de la feina realitzada sí que marquen percepcions diferents pel que fa al salari més que a les condicions de treball. Les treballadores socials que treballen al sector públic i al concertat són les més satisfetes amb el salari (63,6% i 62,2%, respectivament) especialment si són funcionàries (80,2%), que a més són les úniques que valoren d'igual manera les condicions laborals i el salari.

GRÀFIC 4.41. Treballadores socials que estan satisfetes o molt satisfetes amb les seves condicions laborals o amb el seu salari segons sector d'activitat i centre de treball

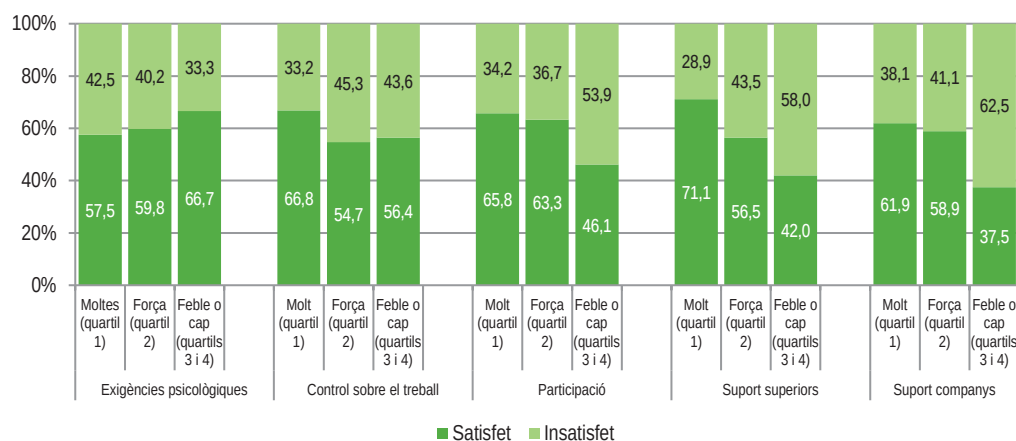


En sentit contrari, les més insatisfetes amb el seu salari són les que treballen al sector privat. Només el 36,8% n'està satisfeta. Igualment, les que treballen al tercer sector mostren un nivell d'insatisfacció elevat amb el seu salari (el 48,3% n'està satisfeta) però, en canvi, són les més satisfetes amb les seves condicions de treball (72,5%).

El tipus de contracte també marca diferències pel que fa a la satisfacció amb el salari però es deriven de les esmentades referents al sector d'activitat, és a dir les relacions contractuals pròpies o majoritàries del sector públic, funcionàries i interines, presenten uns nivells de satisfacció més elevats que les pròpies del tercer sector o del privat, contractes indefinits i temporals. Cal destacar també que la inseguretat a la feina s'associa a una menor satisfacció de manera que el 51,2% de les professionals que perceben la seva situació laboral com a insegura o molt insegura estan satisfetes amb el seu salari i el 61,1% amb les seves condicions laborals (davant el 63,3% i el 74,6%, respectivament).

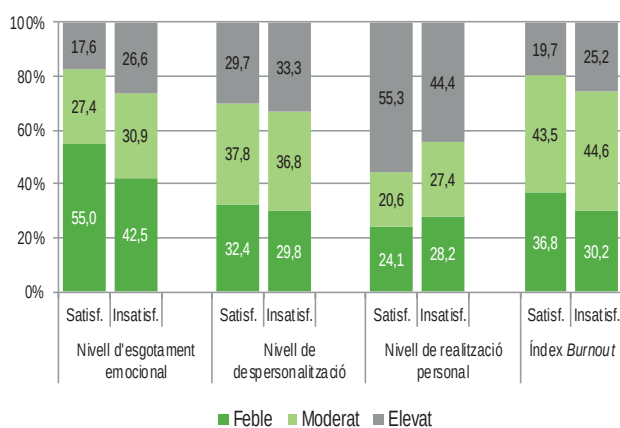
La satisfacció de les treballadores socials amb les seves condicions de treball i el seu salari té una relació directa amb la seva exposició a factors de risc psicosocial. Com es pot comprovar als gràfics 4.42 i 4.43 els professionals que tenen un menor control sobre el treball, menor participació en les decisions comunes i menor suport dels superiors o dels companys manifesten una menor satisfacció amb les seves condicions de treball i, de manera menys acusada, amb el seu salari.

GRÀFIC 4.42. Treballadores socials que estan satisfetes o molt satisfetes amb el seu salari segons exposició a factors de risc psicosocial

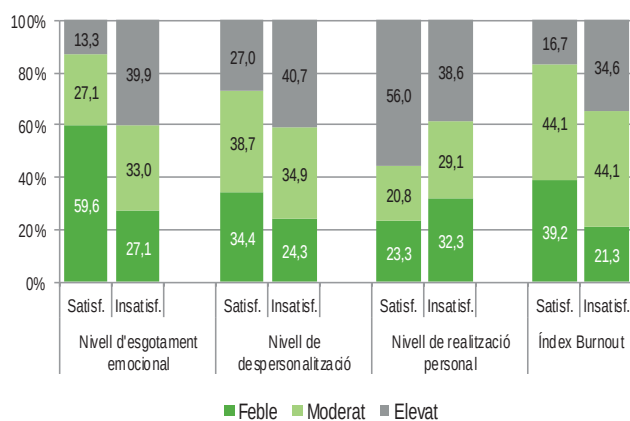


GRÀFIC 4.43. Treballadores socials que estan satisfetes o molt satisfetes amb les seves condicions laborals segons exposició a factors de risc psicosocial

Els factors que marquen més diferències i desemboquen en una major insatisfacció són un baix suport social (per part dels superiors i, sobretot, dels companys) i un baix nivell de control sobre la feina o de participació en les decisions dels departaments o centres de treball. Cal destacar que el factor que menys es relaciona amb la satisfacció laboral és la sobrecàrrega de treball.

GRÀFIC 4.44. Dimensions i índex de *burnout* de les treballadores socials segons estiguin satisfetes o no amb el seu SALARI.

GRÀFIC 4.45. Dimensions i índex de *burnout* de les treballadores socials segons estiguin satisfetes o no amb les seves CONDICIONS DE TREBALL.



La presència de *burnout* en qualsevol de les seves dimensions afecta també el nivell de satisfacció amb les seves condicions de treball o amb el seu salari. La dimensió menys afectada és la de despersonalització. Ans al contrari, les professionals que estan satisfetes amb les condicions de treball i amb el seu salari tenen nivells d'esgotament emocional més baixos i una millor percepció de realització personal a través de la feina.

5. Estils i hàbits de vida relacionats amb la salut

Determinats hàbits i estils de vida tenen una repercussió directa en la salut de les persones. En aquest estudi n'hem analitzat alguns dels que, segons nombroses evidències científiques, afecten de manera directa la salut com la realització d'activitat física, els hàbits alimentaris, el consum de tabac, la ingesta d'alcohol o de drogues i el temps dedicat habitualment a dormir.

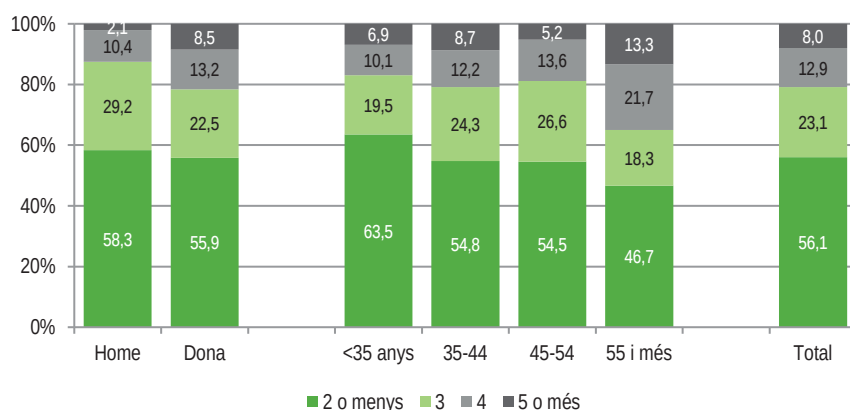
5.1. Hàbits alimentaris

La importància d'incorporar una dieta equilibrada als hàbits de vida diaris és fonamental per prevenir problemes de sobrepès i obesitat i nombrosos trastorns crònics associats com ara la hipertensió, la hipercolesterolèmia, la diabetis o els problemes osteomusculars, per citar els més prevalents. Sovint, però, els horaris de treball i la manca de temps afavoreixen l'adopció d'hàbits alimentaris poc saludables.

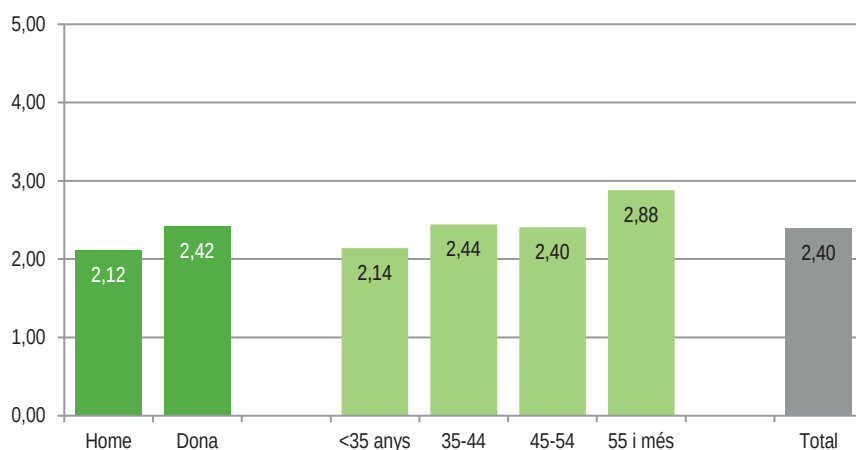
En aquesta enquesta, i per motius de longitud del qüestionari, s'ha optat per incorporar unes preguntes d'autopercepció sobre els hàbits alimentaris i dos indicadors basats en la ingesta diària de fruites i verdures i en el nombre d'àpats realitzats al llarg de la jornada.

Una recomanació de l'OMS adoptada per la Societat Catalana d'Endocrinologia i Nutrició invita a menjar com a mínim 5 peces o racions de fruita o verdura al dia. Només un 8,0% de les treballadores socials segueix aquest consell i la majoria (56,1%) es conforma amb prendre com a màxim 2 racions de fruita o verdura al dia. Entre les que fan un consum saludable de fruita i verdura no hi ha diferències significatives per sexe. Les dones mengen una mica més de fruita i verdura (un 8,5% assoleix el consum recomanat davant el 2,1% dels homes) però el consum mitjà és similar (2,1 i 2,4 racions, respectivament). En canvi, el consum de fruita i verdura de les treballadores socials s'incrementa a mesura que fan anys. A partir dels 55 anys un 13% fa el consum recomanat i la mitjana de peces o racions de fruita i verdura és de 2,9 racions diàries (entre les menors de 35 anys són 2,1). De totes maneres, al voltant de la meitat de les professionals manté un consum diari de dues racions o menys, quantitat que dista molt de les recomanacions esmentades.

GRÀFIC 5.1. Nombre de peces o racions de fruita i verdura menjades diàriament segons sexe i segons edat



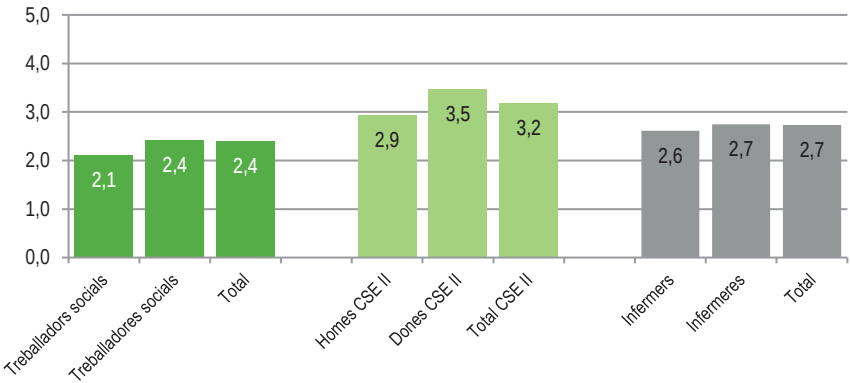
GRÀFIC 5.2. Nombre mitjà de peces o racions de fruita i verdura menjades diàriament segons sexe i segons edat



El nombre mitjà de racions diàries consumides, 2,7, se situa per sota de la quantitat que manifesta la població catalana del mateix grup social*, que en pren de mitjana 3,2 racions (2,9 els homes i 3,5 les dones). En canvi, la ingesta de fruita i verdura de les treballadores socials és força similar a la que declaren les infermeres de Catalunya, segons un estudi de característiques metodològiques similars realitzat el 2016 per la Fundació Galatea.

* Com els estils de vida i molts indicadors de salut estan directament relacionats amb l'edat, el nivell d'estudis o la categoria socioeconòmica basada en l'ocupació de les persones, hem realitzat la comparació amb el subgrup que pertany a la mateixa categoria socioeconòmica que les treballadores socials, és a dir la CSE II que inclou a professionals universitaris amb estudis equivalents a les antigues diplomatures. Igualment s'ha apamat l'edat considerant el tram aproximat dels professionals en actiu que han participat a l'enquesta (de 22 a 64 anys).

GRÀFIC 5.3. Nombre mitjà de peces o racions de fruita i verdura menjades diàriament segons sexe. Comparació amb població general CSE II i amb infermeres



Pel que fa al nombre i tipus d'àpats realitzats cada dia, no hi ha un consens clar entre els experts però les recomanacions generals indiquen la necessitat de fer un consum esglaonat al llarg de la jornada, considerant tres àpats principals (esmorzar a primera hora del dia, dinar al migdia i sopar un temps abans d'anar a dormir) i eventualment dos àpats lleugers a mig matí i a mitja tarda.

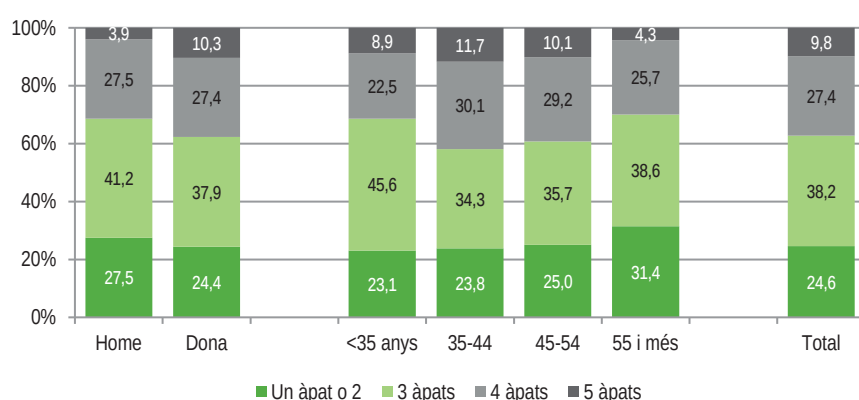
En aquest aspecte, només un 9,8% de les treballadores socials realitza els cinc àpats recomanats, més les dones (10,3%) que els homes (3,9%). Tanmateix, el 75,4% realitza com a mínim tres àpats diaris, la meitat dels quals (38,2%) correspon als tres principals (esmorzar a primera hora, dinar i sopar) i l'altra meitat (37,2%) incorpora a més l'esmorzar de mig matí. El berenar, en canvi, és un àpat que només realitza el 15,2% de les professionals. No hi ha diferències significatives per sexe o per edat.

TAULA 5.1. Àpats realitzats per les treballadores socials segons sexe i segons edat

	Homes	Dones	<35	35-44	45-54	55 i més	Total
Esmorzar a primera hora	66,7	74,4	70,6	72,5	76,1	79,7	73,8
Esmorzar a mig matí	48,1	56,3	51,2	62,3	54,3	45,6	55,6
Dinar	84,3	84,9	88,8	84,8	82,6	78,6	84,9
Berenar	7,5	15,9	14,7	17,2	15,6	8,6	15,2
Sopar	90,4	85,2	85,7	90,3	84,4	71,0	85,6

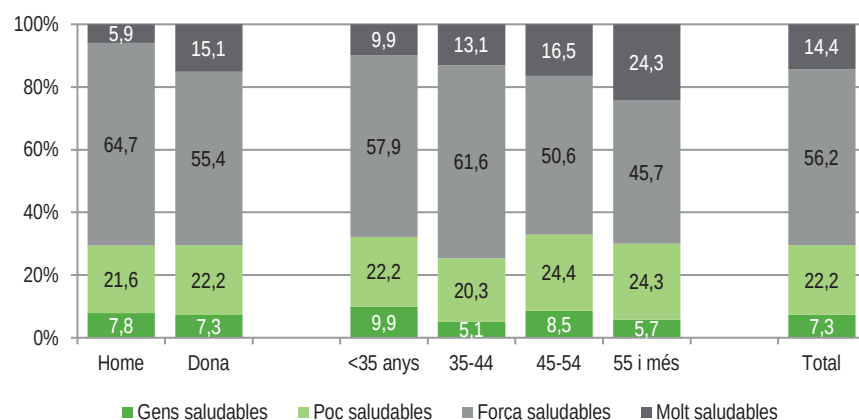
El nombre i la distribució dels àpats al llarg de la jornada presenta una pauta saludable en la majoria dels casos però més d'una quarta part de les professionals (26,2%) no esmorza a primera hora i al voltant d'un 15% no dina o no sopa. Com a conseqüència un 24,6% realitza menys de tres àpats al dia. A títol orientatiu, entre les infermeres de Catalunya aquesta xifra és del 13,6% i millora progressivament amb l'edat. No és el cas de les treballadores socials ja que les majors de 55 anys que realitzen menys de 3 àpats al dia representen gairebé una tercera part (31,4%).

GRÀFIC 5.4. Nombre d'àpats diaris realitzats habitualment segons sexe i segons edat



Les treballadores socials perceben els seus hàbits alimentaris com a saludables (el 70,6% els considera força o molt sans) però hem de destacar que més de la quarta part (29,5%) els considera poc (22,2%) o gens (7,3%) saludables. Aquesta autopercepció no varia en funció del sexe o de l'edat i és una mica menys positiva que l'expressada per les infermeres davant una pregunta similar en què el 23,1% declarava que els seus hàbits alimentaris eren poc saludables.

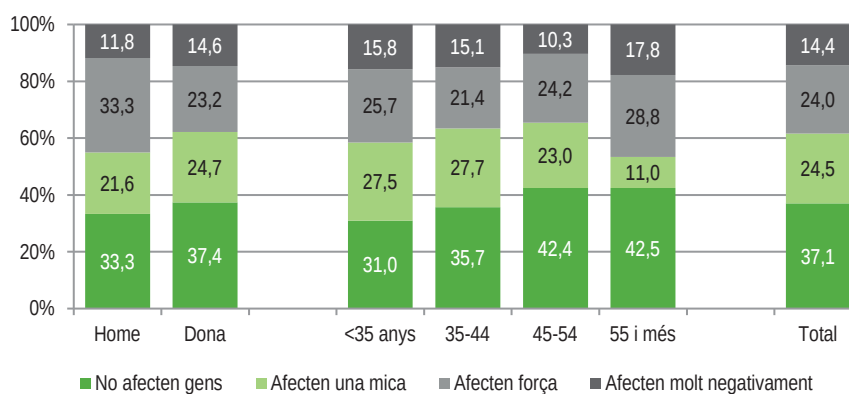
GRÀFIC 5.5. Opinió de les treballadores socials sobre si els seus hàbits alimentaris són saludables segons sexe i segons edat



Segons la seva autopercepció reflectida en la resposta a una pregunta directa, les condicions de treball que comporta la professió afecten negativament els hàbits alimentaris del 38,4% de les treballadores socials (un 47,7% en el cas de les infermeres). Malgrat això, només un 15,3% de les professionals que manifesten tenir hàbits alimentaris poc saludables ho associen a les seves condicions de treball.

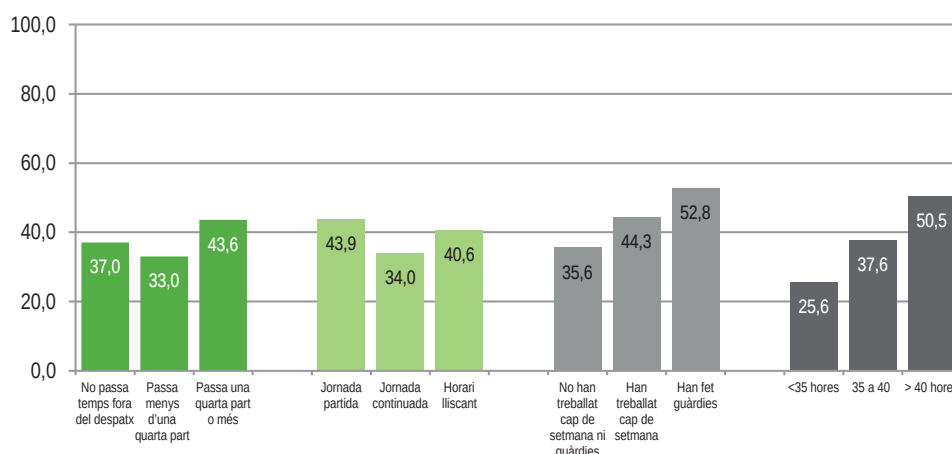
La comparativa amb els professionals d'infermeria ens indica, doncs, que les treballadores socials tenen uns hàbits alimentaris menys saludables però són també una mica menys les que associen aquests mals hàbits a les seves condicions de treball.

GRÀFIC 5.6. Treballadores socials que opinen que *les condicions de treball afecten molt o força negativament els hàbits alimentaris* segons sexe i segons edat



Els horaris extensos, determinats tipus de jornada i el fet de treballar en cap de setmana o fer guàrdies són percebuts com a elements que dificulten portar una dieta equilibrada i saludable. Les que en major mesura opinen que les seves condicions de treball afecten negativament els seus hàbits alimentaris són les que treballen més de 40 hores (50,6%) o les que tenen jornada partida (43,9%) o horari lliscant (40,6%). Si treballen en cap de setmana (44,3%) o, especialment, si fan guàrdies (52,8%) també augmenten les probabilitats de no tenir bons hàbits alimentaris.

GRÀFIC 5.7. Treballadores socials que opinen que *les condicions de treball afecten molt o força negativament els hàbits alimentaris* segons nombre d'hores treballades i tipus d'horari

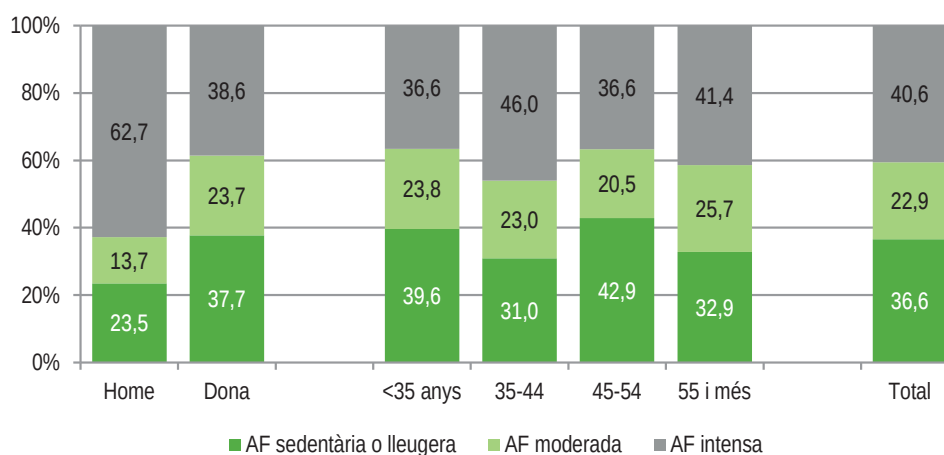


Altres característiques del lloc de treball no afecten uns hàbits alimentaris determinats però passar més d'una quarta part del temps de treball en atenció directa als usuaris fora del despatx (43,6%) no afavoreix que les treballadores socials mengin de manera saludable.

5.2. Activitat física

Pràcticament totes les treballadores socials han realitzat algun tipus d'exercici físic en els set dies anteriors a la realització de l'enquesta. Les que no han realitzat cap activitat física (sedentàries) representen només el 3,2% del total. Destaquen, a més, les que realitzen una activitat física intensa (40,6%), bé pel temps setmanal que dediquen a caminar o a fer activitats físiques moderades bé per la mateixa intensitat de l'esport realitzat.

GRÀFIC 5.8. Activitat física realitzada per les treballadores socials en els últims 7 dies segons sexe i edat

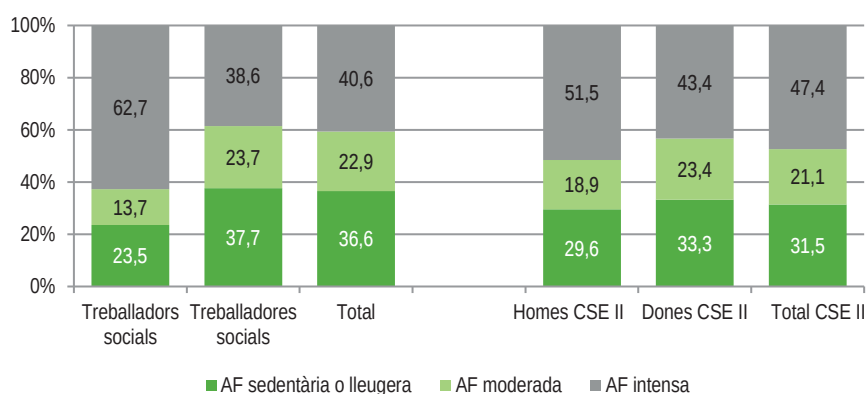


La pràctica física i esportiva de les dones és menys intensiva (el 37,7% desenvolupa una activitat lleugera i el 38,6% intensa) que la dels homes (23,5% i 62,7%, respectivament). En canvi, l'edat no afecta la intensitat de l'activitat física, que es manté de forma similar en tots els grups d'edat.

Per situar aquests resultats, els hem comparat amb els obtinguts per l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA 2011-2016) sobre població general catalana. En aquest cas el nivell de sedentarisme i la pràctica d'activitat física és molt similar entre les treballadores i les dones catalanes del seu estatus social. Els treballadors socials, poc presents a la professió, tenen una pràctica més intensa que els homes del seu grup social.

Així doncs, es pot concloure que els hàbits d'activitat física de les treballadores socials entren dins dels paràmetres que l'OMS considera com a saludables i que a més són molt similars als de la població general del seu mateix grup social.

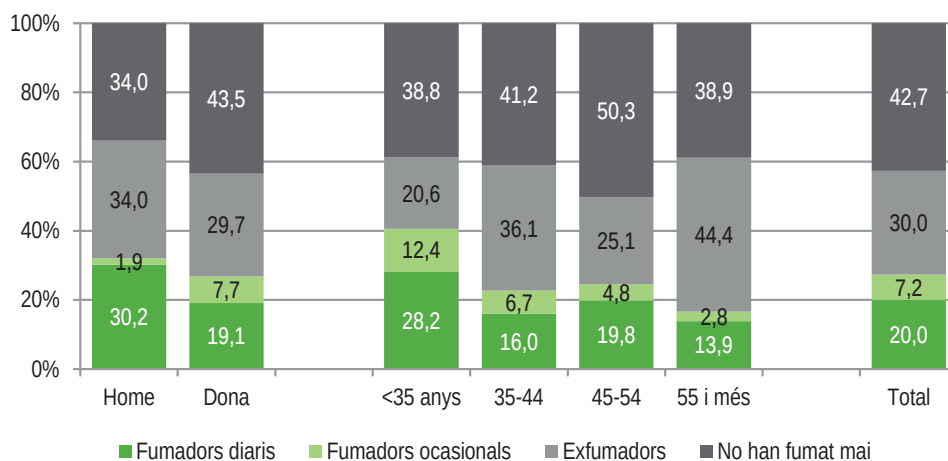
GRÀFIC 5.9. Activitat física realitzada segons sexe. Comparació treballadores socials i població general Catalunya CSE II



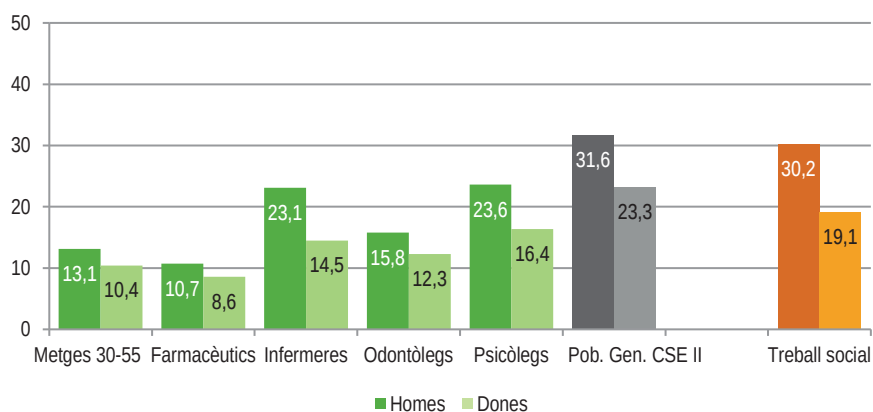
5.3. Consum de tabac

Un 27,2% de les treballadores socials es declaren fumadores, encara que el 7,2% són ocasionals. Així doncs, les fumadores habituals se situen en el 20,0%. La població catalana de classe social II situada entre els 22 i els 64 anys es declara fumadora en un percentatge de 31,3% (27,4% habituals i 3,9% ocasionals), superior, doncs, al de la nostra mostra de professionals del treball social. Aquestes, però, presenten una prevalença de fumadores superior a la d'altres professionals sanitaris com ara els metges de Catalunya (11,7% fumadors diaris i 7,6% ocasionals), els farmacèutics comunitaris (9,1% i 4,5%), els odontòlegs (13,9% i 6,4%) o les infermeres (15,3% i 6,0%) i s'apropen a la dels psicòlegs (17,4% i 5,7%).

GRÀFIC 5.10. Consum de tabac per part de les treballadores socials segons sexe i edat



GRÀFIC 5.11. Fumadors diaris segons sexe. Comparació treballadores socials, població general CSE II i professionals de la salut de Catalunya (escala 0-50)



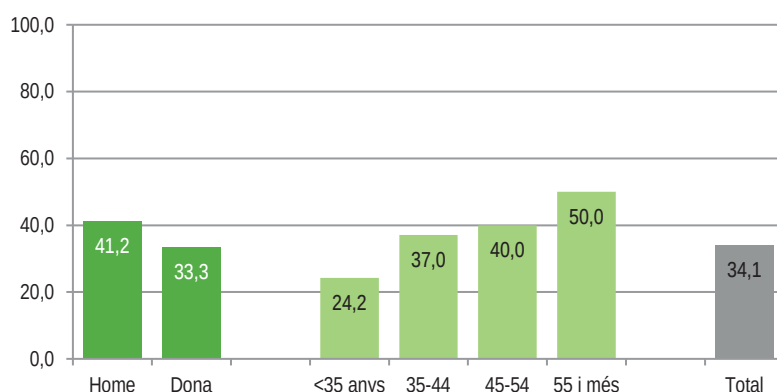
Hi ha més homes fumadors (32,1%) que dones (26,8%) igual que en població general (35,2% i 26,5%, respectivament) i la prevalença de fumadors decreix amb l'edat. Les treballadores socials menors de 35 anys que fumen habitual o ocasionalment (40,6%) són més del doble de les que ho fan a partir dels 55 anys (16,7%).

Gairebé la meitat de les treballadores socials (48,3%) que va deixar de fumar ho va fer fa més de 10 anys, un 42,0% porta sense fumar entre un i 9 anys i un 9,8% són exfumadores recents, de menys d'un any. Com és lògic, les exfumadores de llarga durada estan més presents en les franges d'edat més altes, de manera que un 83,3% de les majors de 55 anys porta més de 10 anys sense fumar davant el 14,7% de les menors de 35 anys, el que representa una major probabilitat de recaigudes.

Aquests percentatges i l'evolució paral·lela de la presència d'exfumadores, demostren que hi ha un procés positiu de deshabituació tabàquica al llarg de la vida, bé a causa d'una major sensibilització sobre els seus perills, bé com a conseqüència de l'aparició de problemes de salut derivats. Tanmateix, són prevalences prou altes com per valorar fins a quin punt les condicions de treball dels primers anys d'exercici professional propicien el manteniment o l'augment del tabaquisme i, en qualsevol cas, implantar programes de deshabituació adreçats a totes les professionals i especialment a les més joves, malgrat que només una quarta part (24,2%) d'aquestes tinguin una posició proactiva en aquest sentit i hagin intentat deixar de fumar en l'últim any.

Una tercera part de les treballadores socials fumadores han protagonitzat com a mínim un intent de deixar de fumar en els 12 mesos anteriors a l'enquesta però són més habituals entre les professionals més grans, la meitat de les quals ha intentat deixar de fumar durant l'últim any.

GRÀFIC 5.12. Treballadores socials fumadores que han intentat deixar de fumar durant els últims 12 mesos segons sexe i segons edat

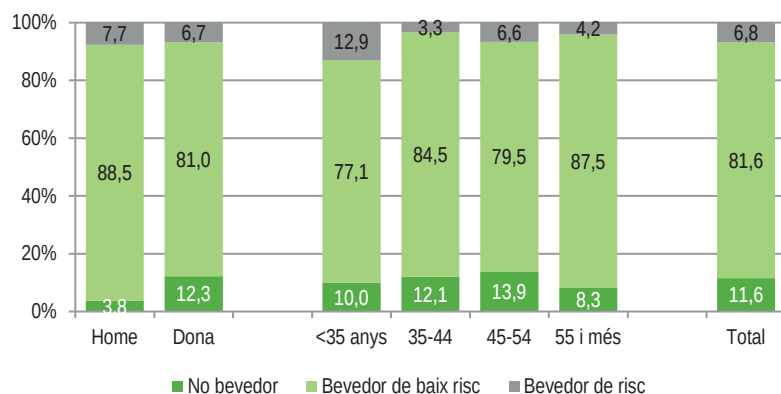


Pel que fa al nombre de cigarretes fumades, aproximadament un 60,8% dels professionals fuma 10 o menys al dia, un 31,7% en fuma entre 11 i 20 i un 7,5% fuma un paquet o més.

5.4. Consum d'alcohol

Per mesurar el consum d'alcohol s'ha utilitzat un instrument recomanat pel Plan Nacional de Drogas que es basa en l'autodeclaració de la freqüència del consum i el nombre de consumicions de diversos tipus de beguda ingerides durant una setmana típica, tot diferenciant el consum dels dies feiners i del cap de setmana. A partir d'aquestes dades es calculen les unitats de beguda estandarditzades (UBE), equivalents cadascuna a 10 grs. d'alcohol ingerits. Es consideren bevedores de risc les persones que consumeixen 28 o més unitats en el cas dels homes o 17 o més en el cas de les dones, així com les que consumeixen mensualment cinc o més begudes seguides en una única ocasió de consum (període de 2 a 4 hores).

GRÀFIC 5.13. Consum d'alcohol segons sexe i segons edat

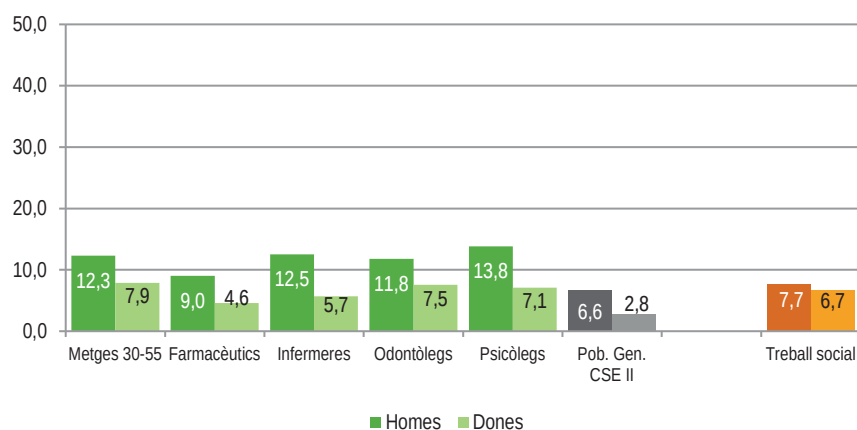


En el cas de les treballadores socials, predominen les que tenen un consum prudent o moderat. Un 11,6% és abstemi, més les dones (12,3%) que els homes (3,8%), i un 81,6% és consumidor moderat. Els bevedors de risc representen el 6,8% de la mostra sense que hi hagi diferències entre homes i dones. Per edats, les professionals que presenten un major percentatge de bevedores de risc són les menors de 35 anys, un 12,9% de les quals ho són.

La prevalença de bevedors de risc és més elevada entre les treballadores socials (6,8%) que en població general (3,7%) tant en homes (7,7% vs. 5,2%) com, amb major diferència, en dones (6,7% vs. 2,2%).

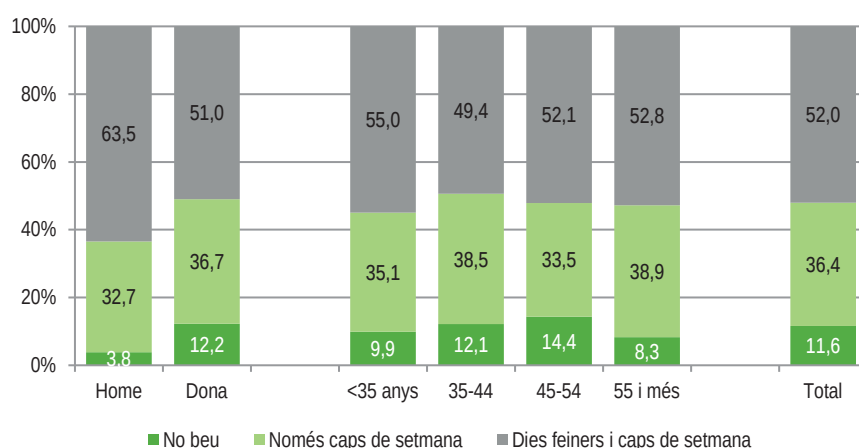
En canvi, enquestes similars realitzades a professionals de la salut del nostre entorn recullen una prevalença de bevedors de risc en homes inferior a la que trobem entre els treballadors socials i força similar si considerem les dones.

GRÀFIC 5.14. Consum d'alcohol de risc segons sexe. Comparació treballadores socials, població general CSE II i professionals de la salut de Catalunya (escala 0-50)



Pel que fa a la pauta de consum d'alcohol, la majoria de treballadores socials són consumidores d'alcohol al llarg de tota la setmana (52,0%) i són menys les bevedores que només ho fan els caps de setmana (36,4%). No n'hi ha cap que només begui entre setmana.

GRÀFIC 5.15. Tipus de bevedors segons sexe i segons edat



5.5. Consum de drogues

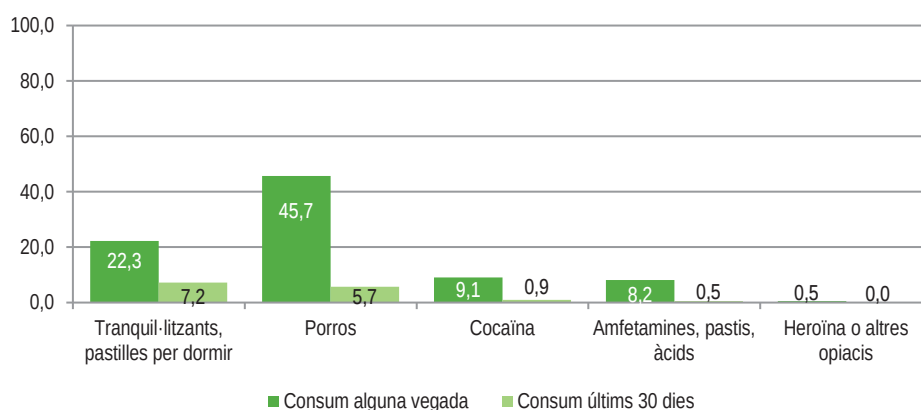
El 57,7% de les treballadores socials ha pres alguna vegada a la seva vida algun tipus de substància estupefaent, més els homes (73,1%) que les dones (56,4%) i n'han provat més les menors de 35 anys (72,4%). A mesura que augmenta l'edat de les professionals, baixa el percentatge de les que han provat alguna d'aquestes substàncies, que són la meitat de les que tenen més de 55 anys.

Són moltes menys (12,4%), les que han consumit alguna d'aquestes substàncies durant els últims 30 dies, però les diferències per sexe i edat són les mateixes. Els homes (31,4%) n'han consumit en major proporció que les dones (10,7%) i, en general, les més joves (el 18,1% de les menors de 35 anys) per sobre de les més grans (el 4,2% de les majors de 55 anys).

Si ens centrem en les drogues il·legals i treiem el consum de psicofàrmacs, que en alguns casos podrien ser prescrits per un metge, les xifres són més baixes. No arriben a la meitat (46,9%) les que han provat alguna d'aquestes drogues al llarg de la seva vida i només un 5,7% ho ha fet en els 30 dies previs a la realització de l'enquesta. La tendència de consum, tant al llarg de la vida com en els últims 30 dies, per sexe i edat és la ja esmentada: els homes (65,4%; 21,2%) n'han pres més que les dones (45,1%; 4,5%) i el consum és superior entre els més joves (62,4%; 10,0%) alhora que minva a mesura que es fan grans (33,3%; 1,4%)

La substància consumida més habitualment és el cànnabis, que ha estat provat com a mínim per un 45,7% de les treballadores socials seguida per les pastilles per dormir o els ansiolítics que han estat consumits en alguna ocasió per un 22,3%. La resta de substàncies, la cocaïna, consumida en alguna ocasió per un 9,1%, les amfetamines (8,2%) i, especialment, l'heroïna (0,5%) registren consums molt baixos al llarg de la vida.

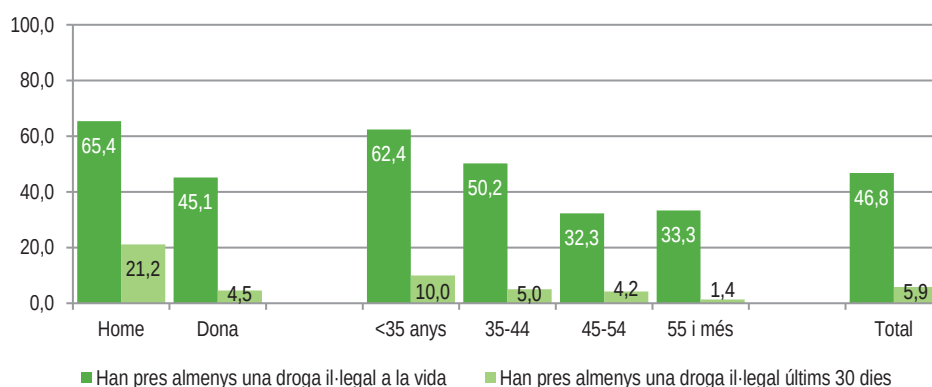
GRÀFIC 5.16. Treballadores socials que han pres en alguna ocasió de la seva vida o en els últims 30 dies determinades substàncies



El consum recent és molt més baix en totes les substàncies i es centra en el consum de psicofàrmacs (7,2%) o en productes derivats del cànnabis (5,7%). El consum de cocaïna (0,9%) o d'amfetamines (0,5%) en els últims 30 dies és residual (inexistent pel que fa a l'heroïna) però els consumidors estan repartits en tots els grups d'edat (fins als 55 anys) i podrien ser potencials casos problemàtics.

La pauta de consum per sexe i edat, tant al llarg de la vida com a curt termini, és similar en qualsevol de les drogues il·legals analitzades, és a dir, els homes en prenen en major mesura que les dones i disminueix el seu consum amb l'edat.

GRÀFIC 5.17. Treballadores socials que han pres substàncies il·legals (alguna vegada a la vida o en els últims 30 dies) segons sexe i segons edat



El cànnabis i la cocaïna són les substàncies que presenten un percentatge més elevat de persistència del consum en el temps. Un 12,5% de les fumadores de cànnabis i un 10,2% de les consumidores de cocaïna es mantenen en l'actualitat en relació amb les que l'han consumit en algun moment de la seva vida i aquests percentatges es mantenen als diversos grups d'edat fins als 55 anys.

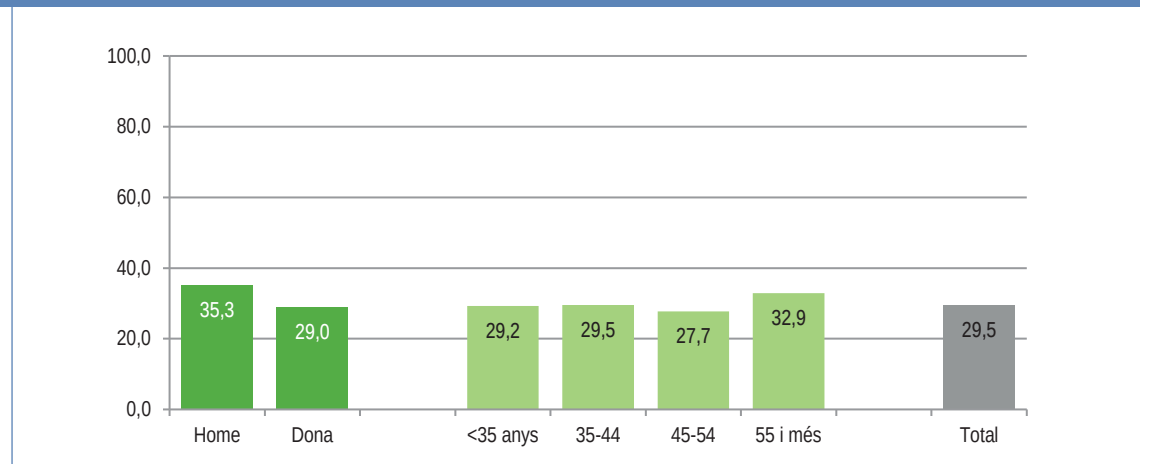
TAULA 5.2. Treballadores socials que han pres determinades substàncies en algun moment de la seva vida o en els últims 30 dies segons sexe i segons edat. Relació entre el consum en el passat i l'actual

		Home		Dona		<35 anys		35-44		45-54		55 i més		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tranquil·litzants, pastilles per dormir	Alguna vegada	15	29,4	129	21,6	40	23,5	52	21,8	37	22,2	16	22,2	144	22,3
	Últims 30 dies	8	15,4	39	6,5	14	8,2	16	6,7	14	8,4	3	4,2	47	7,3
	% 30d / algun cop	53,3		30,2		35,0		30,8		37,8		18,8		32,6	
Cànnabis, porros	Alguna vegada	32	61,5	264	44,3	105	61,4	119	49,8	50	29,9	23	31,9	296	45,7
	Últims 30 dies	10	19,2	27	4,5	17	10,0	12	5,0	7	4,2	1	1,4	37	5,7
	% 30d / algun cop	31,3		10,2		16,2		10,1		14,0		4,3		12,5	
Cocaïna	Alguna vegada	9	17,3	50	8,4	23	13,5	22	9,2	12	7,2	2	2,8	59	9,1
	Últims 30 dies	2	3,8	4	0,7	2	1,2	3	1,3	2	1,2	0	0,0	6	1,1
	% 30d / algun cop	22,2		8,0		8,7		13,6		16,		0,0		10,2	
Amfetamines, pastis, LSD, àcids	Alguna vegada	8	15,4	45	7,6	23	13,5	19	7,9	8	4,8	4	5,6	53	8,2
	Últims 30 dies	2	3,8	1	0,2	1	0,6	1	0,4	1	0,6	0	0,0	3	0,5
	% 30d / algun cop	25,0		2,2		4,3		5,3		12,5		0,0		5,7	
Heroïna o altres opiacis	Alguna vegada	1	1,9	2	0,3	1	0,6	1	0,4	1	0,6	0	0,0	3	0,5
	Últims 30 dies	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	% 30d / algun cop	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Alguna de les substàncies analitzades	Alguna vegada	38	73,1	336	56,4	123	72,4	145	60,9	70	41,9	36	49,3	374	57,7
	Últims 30 dies	16	31,4	64	10,7	31	18,1	27	11,3	20	12,0	3	4,2	80	12,5
	% 30d / algun cop	42,1		19,0		25,2		18,6		28,6		0,0		21,4	
Alguna de les substàncies il·legals (sense psicofàrmacs)	Alguna vegada	34	65,4	269	45,1	106	62,4	120	50,2	54	32,3	24	33,3	303	46,9
	Últims 30 dies	11	21,2	27	4,5	17	10,0	12	5,0	7	4,2	1	1,4	38	5,7
	% 30d / algun cop	32,4		10,0		16,0		10,0		13,0		0,0		12,5	

5.6. Hores de son

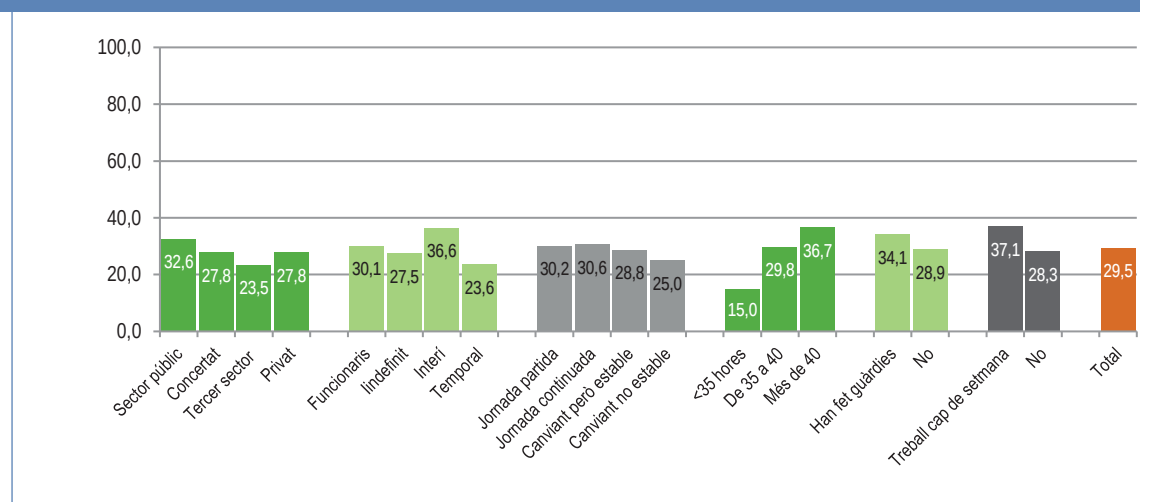
Un 29,5% de les treballadores socials catalanes dorm habitualment 6 hores o menys i el nombre mitjà d'hores de son al dia se situa en 6,8 hores diàries. Dormen una mica menys els homes (35,3% dorm 6 hores o menys) que les dones (29,0%). Les que tenen més de 55 anys són les que de mitjana dormen menys hores (el 32,9% dorm 6 hores o menys) però la mitjana d'hores de son se situa, independentment del sexe i de l'edat, entre 6,7 i 6,9, el que vol dir que les diferències no són rellevants.

GRÀFIC 5.18. Treballadores socials que dormen 6 hores o menys segons sexe i segons edat



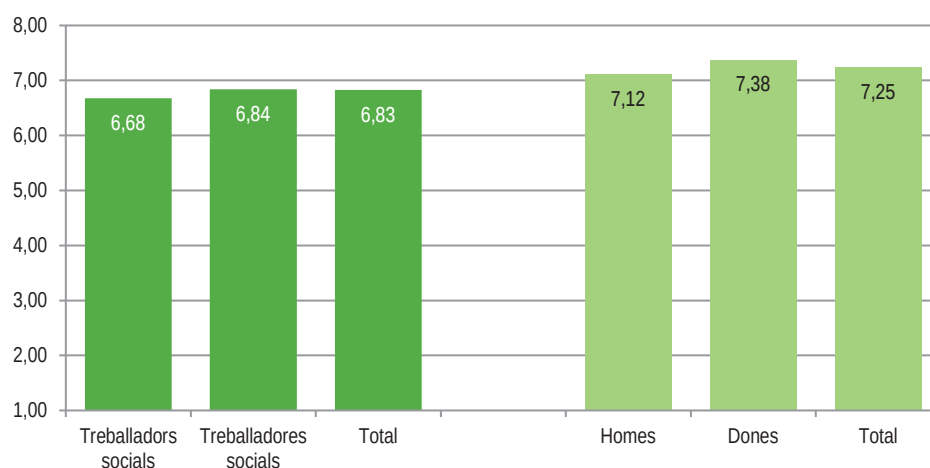
Si atenem al tipus de treball realitzat, les diferències no són en general rellevants. Les professionals que dormen menys hores són les que treballen al sector públic (32,6% davant el 27,8% del sector públic o del concertat) i que són funcionàries (30,1%) o interines (36,6%). Les que treballen amb jornada continuada o partida dormen menys (30,4% 6 hores o menys) que les que tenen horaris canviants (27%) com ara les que han fet alguna guàrdia o han treballat en cap de setmana durant l'últim mes. Finalment, la variable que té una major associació amb les hores de son és la del temps dedicat a la feina. A mesura que augmenta el nombre d'hores de treball setmanal, més augmenta el percentatge de persones que dorm per sota de les hores recomanades per l'OMS i, així, un 36,7% de les que treballen més de 40 hores setmanals dorm 6 hores o menys davant el 15% de les que treballen menys de 35 hores.

GRÀFIC 5.19. Treballadores socials que dormen 6 hores o menys segons tipus de treball, tipus de jornada i nombre d'hores treballades



Les hores de son de les treballadores socials estan per sota de les que presenta la població general que pertany al seu mateix grup social que dorm de mitjana 7,3 hores. La diferència se situa al voltant de vint minuts o mitja hora en el cas de les dones.

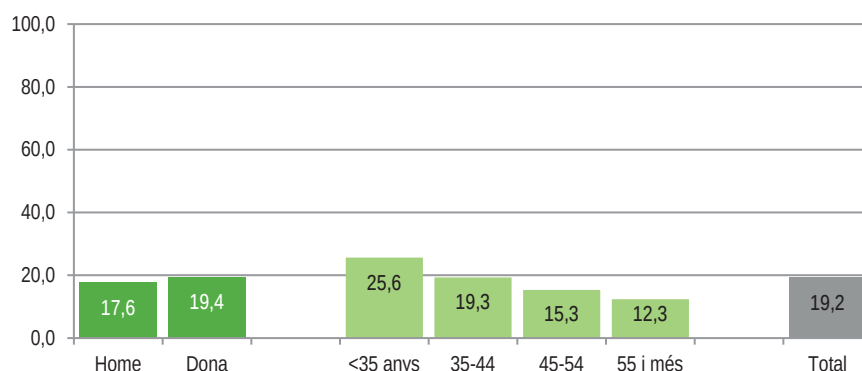
GRÀFIC 5.20. Nombre mitjà d'hores de son habituals segons sexe. Comparació treballadores socials i població general CSE II



A més de les hores de son s'ha demanat a les treballadores socials de manera directa fins a quin punt els seus horaris laborals afecten negativament la seva vida personal i familiar i el resultat és que el 19,2% està d'acord o molt d'acord amb aquesta afirmació. Hem de dir que es tracta d'una xifra molt baixa si la comparem amb els resultats obtinguts a aquesta mateixa pregunta en el cas de les infermeres de Catalunya, la meitat dels quals (50,4%) considera que els seus horaris dificulten la seva vida personal.

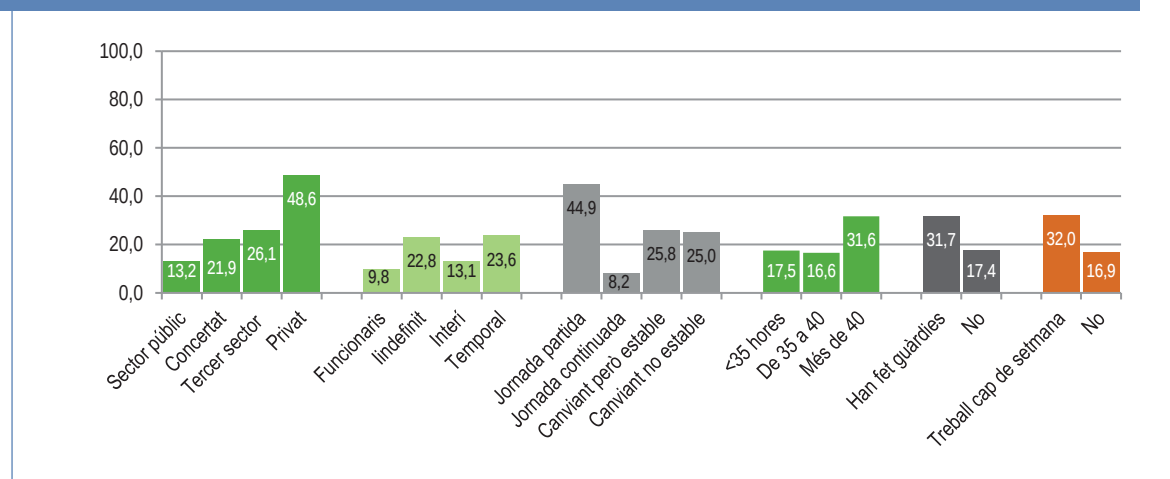
No hi ha diferències en funció del sexe. En canvi, els problemes de conciliació s'esmoreeixen de manera progressiva al llarg de la vida, de manera que una quarta part de les menors de 35 anys manifesta tenir problemes de conciliació front al 12,3% entre les majors de 55 anys.

GRÀFIC 5.21. Treballadores socials que estan d'acord o molt d'acord amb que *Els horaris que tenen dificulten la seva vida personal i familiar* segons sexe i segons edat



Aquest percentatge s'incrementa entre les professionals que treballen al sector privat (el 26,1% considera que els seus horaris afecten negativament la seva vida personal) amb contracte indefinit (22,8%) o temporal (23,6%), les que han treballat més de 40 hores (31,6%), en cap de setmana (32%) o han hagut de fer alguna guàrdia en el mes anterior a l'enquesta (31,7%). Les més afectades pels problemes de conciliació són les treballadores amb jornada partida, el 48,6% de les quals manifesta tenir-los. Tot i així, totes aquestes xifres es troben molt per sota de les que presentaven les infermeres de Catalunya, un 70% de les quals manifestava tenir dificultats personals i familiars derivades de les seves condicions de treball.

GRÀFIC 5.22. Treballadores socials que estan d'acord o molt d'acord amb que *Els horaris que tenen dificulten la seva vida personal i familiar* segons tipus de treball, tipus i durada de la jornada laboral



6. Estat de salut

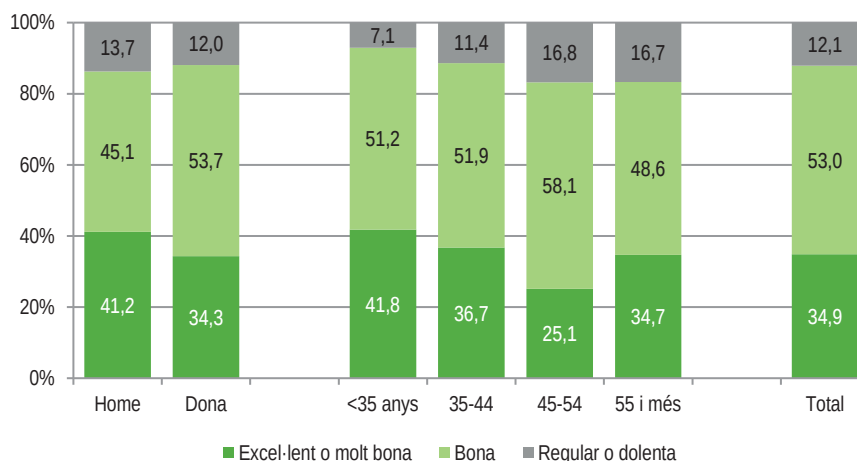
Per apropar-nos a l'estat de salut de les treballadores socials s'han utilitzat diversos indicadors i instruments incorporats habitualment a enquestes de salut a població general encara que adaptats al tipus d'enquesta autoadministrada i a la població específica d'aquests professionals.

S'ha analitzat l'estat de salut autopercebut, l'índex de massa corporal, la presència de trastorns o malalties de llarga durada, el risc de desenvolupar un problema de salut mental i la presència de simptomatologia associada a l'estrès.

6.1. Estat de salut autopercebut

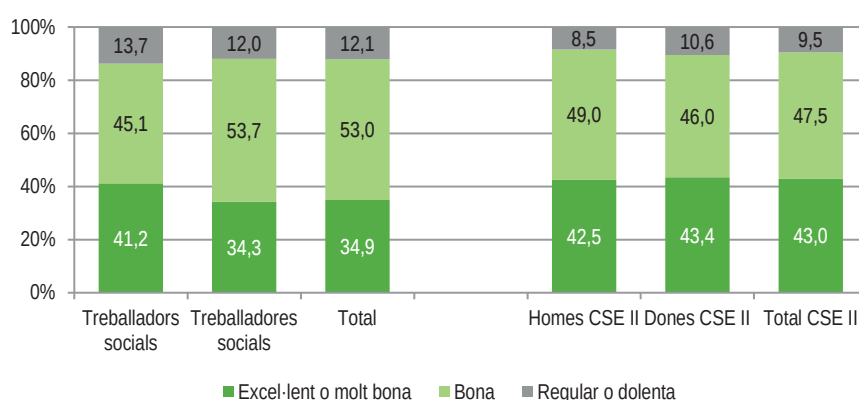
El 87,9% de les treballadores socials manifesta gaudir d'un bon estat de salut (bo, molt bo o excel·lent) i només un 1,2% el considera dolent. Els homes presenten un millor estat de salut tot i que les diferències no són significatives i, com és lògic, la percepció empitjora amb l'edat.

GRÀFIC 6.1. Estat de salut autopercebut segons sexe i segons edat



L'estat de salut de les treballadores socials sembla una mica pitjor que el de la població general del mateix grup social si atenem a la seva percepció. D'una banda, les professionals que perceben la seva salut com a excel·lent o molt bona representen un 34,9% davant el 43% de la població catalana. I d'altra banda, les que consideren tenir un estat de salut regular o dolent són més entre les treballadores socials (12,1%) que en població general (9,5%).

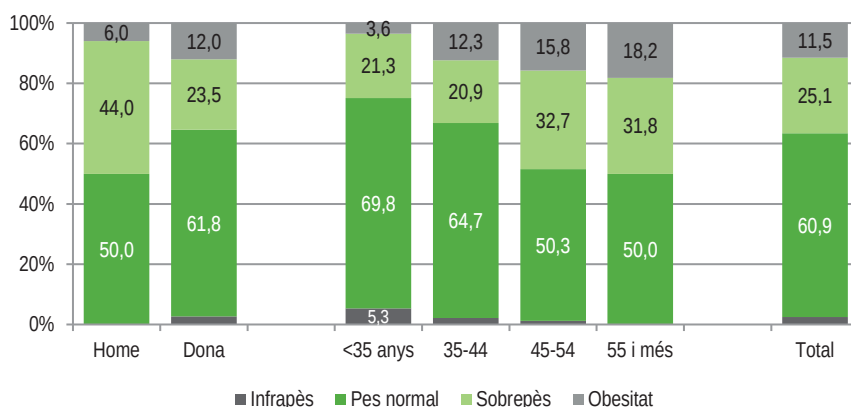
GRÀFIC 6.2. Estat de salut autopercebut segons sexe. Comparació treballadores i treballadors socials i població general CSE II



6.2. Obesitat i sobrepès

Un element que afecta directament la salut de les persones per tractar-se d'un factor de risc d'aparició o agreujament de malalties cardiovasculars, endocrines, osteomusculars o altres trastorns, és l'excés de pes. Per conèixer aquesta dada s'ha calculat l'índex de massa corporal (kg/m^2) a partir del pes i l'alçada autodeclarats.

GRÀFIC 6.3. Índex de massa corporal segons sexe i segons edat

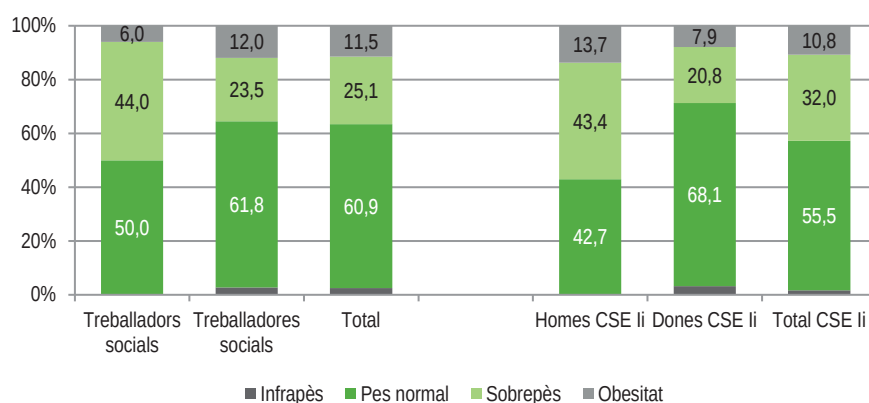


Un 60,9% de les treballadores socials té un pes considerat normal i saludable. Un 25,1% presenta sobrepès (IMC 25-29 kg/m²) i un 11,5% obès (IMC ≥ 30 kg/m²). Només un 2,5% es troba per sota del pes que els correspondria.

El sobrepès té una prevalença superior entre els homes (44% vs. 23,5%) i l'obèsitat entre les dones (6,0% vs. 12,0%). Les treballadores socials incrementen els casos de sobrepès i obèsitat amb l'edat i els casos d'infrapès es concentren majoritàriament entre les menors de 35 anys, on representen un 5,3%.

D'altra banda, com es pot observar al gràfic següent, la prevalença de sobrepès i obèsitat que presenten les treballadores socials (35,5%) és superior a la que registren les dones del mateix grup social residents a Catalunya (28,7%) i, en conseqüència, hi ha més persones amb un pes saludable entre la població general (68,1%) que entre les treballadores socials (61,8%).

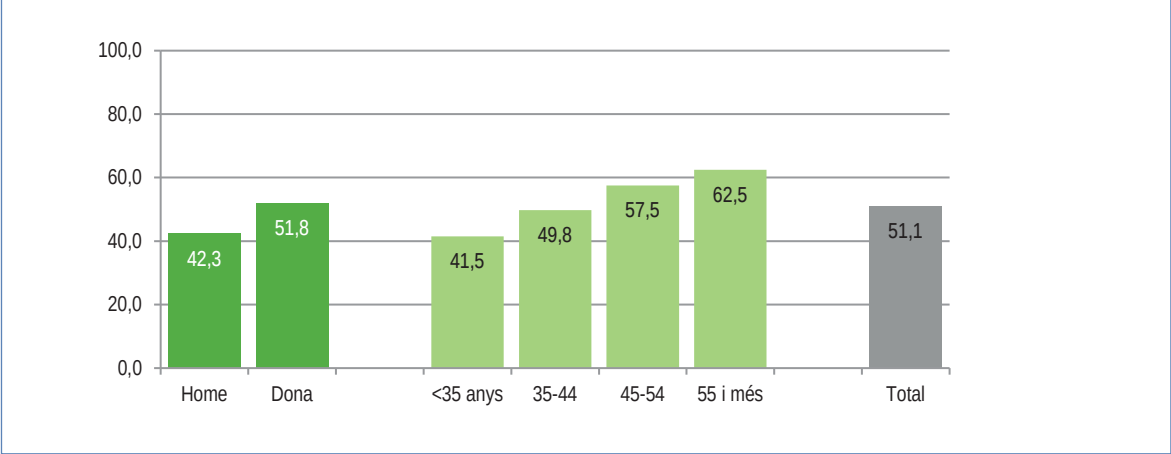
GRÀFIC 6.4. Índex de massa corporal (IMC) segons sexe. Comparació treballadores i treballadors socials i població general CSE II



6.3. Trastorns crònics

Un 51,5% de les treballadores socials declara patir com a mínim una malaltia o trastorn de llarga durada. Les dones (51,8%) en tenen una mica més que els homes (42,3%) i, com acostuma a passar, a més edat, les probabilitats de tenir un o més trastorns crònics s'incrementen tant en homes com en dones. El 41,5% de les treballadores socials menors de 35 anys té algun trastorn crònic enfront del 62,5% de les majors de 55 anys.

GRÀFIC 6.5. Treballadores socials que tenen algun trastorn crònic segons sexe i segons edat



En el qüestionari s’ha interrogat sobre 9 malalties de llarga evolució a les quals cal afegir altres que les persones enquestades han concretat de manera espontània. A les taules 6.1 i 6.2 es poden observar tant unes com altres.

TAULA 6.1. Trastorns crònics declarats per les treballadores socials segons sexe i segons edat (resposta induïda)

	Homes	Dones	<35	35-44	45-54	55 i més	Total
Malalties respiratòries	15,4	7,9	12,9	7,6	6,6	5,6	8,5
Diabetis	1,9	1,0	0,6	0,8	1,8	1,4	1,1
Hipertensió	3,8	6,4	2,3	4,2	11,4	9,7	6,2
Hipercolesterolèmia	9,6	12,0	5,3	10,9	13,3	26,4	11,8
Malalties cardiovasculars	1,9	2,3	3,5	0,0	4,2	2,8	2,3
Malalties digestives	5,8	15,4	8,2	17,2	14,4	23,6	14,7
Trastorns de tiroides	1,9	9,1	3,5	8,4	12,6	9,7	8,5
Trastorns d'ansietat	5,9	16,6	12,9	17,6	16,2	16,4	15,8
Trastorns depressius	5,8	5,7	2,3	5,5	6,0	13,9	5,7
Altres trastorns crònics*	15,4	15,4	9,4	15,5	14,4	33,3	15,4
Pateixen depressió i/o ansietat	9,6	18,1	14,0	18,9	17,5	19,4	17,4
Declaren algun trastorn crònic	42,3	51,8	41,5	49,8	57,5	62,5	51,1

* Desglossats a la Taula 6.2

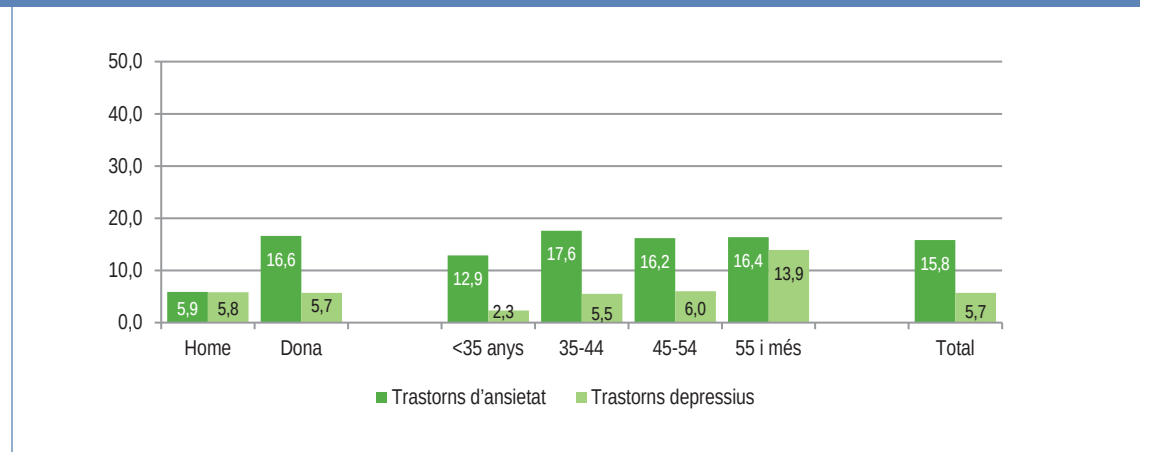
TAULA 6.2. Altres trastorns crònics citats per les treballadores socials (resposta espontània)

	Homes		Dones										Total	
					<35		35-44		45-54		55 i més			
Mal d'esquena (dorsal, lumbar, cervical)	2	3,8	12	2,0	1	0,6	7	2,9	3	1,8	3	4,2	14	2,2
Artrosi o artritis	0	0,0	7	1,2	0	0,0	0	0,0	3	1,8	4	5,6	7	1,1
Osteoporosi	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	1	0,2
Altres malalties del sistema osteomuscular	0	0,0	5	0,8	0	0,0	1	0,4	2	1,2	2	2,8	5	0,8
<i>Subtotal Malalties del sistema osteomuscular</i>	<i>2</i>	<i>3,8</i>	<i>25</i>	<i>4,2</i>	<i>1</i>	<i>0,6</i>	<i>8</i>	<i>3,3</i>	<i>8</i>	<i>4,8</i>	<i>10</i>	<i>13,9</i>	<i>27</i>	<i>4,2</i>
Migranya i cefalea	2	3,8	9	1,5	4	2,4	3	1,3	2	1,2	1	1,4	11	1,7
Aparell reproductiu	0	0,0	7	1,2	1	0,6	6	2,5	1	0,6	0	0,0	7	1,1
Al·lèrgies	0	0,0	7	1,2	0	0,0	5	2,1	2	1,2	1	1,4	7	1,1
Anèmia	0	0,0	6	1,0	2	1,2	1	0,4	1	0,6	2	2,8	6	0,9
Malalties de l'intestí	0	0,0	6	1,0	0	0,0	3	1,3	1	0,6	2	2,8	6	0,9
Malalties oculars	0	0,0	5	0,8	1	0,6	1	0,4	1	0,6	2	2,8	5	0,8
Fibromialgia	0	0,0	4	0,7	0	0,0	0	0,0	3	1,8	1	1,4	4	0,6
Malalties del sistema nerviós	1	1,9	3	0,5	1	0,6	2	0,8	0	0,0	1	1,4	4	0,6
Neoplàsia benigna o maligna	0	0,0	3	0,5	0	0,0	1	0,4	1	0,6	1	1,4	3	0,5
Obesitat	0	0,0	3	0,5	0	0,0	1	0,4	2	1,2	0	0,0	3	0,5
Epilèpsia	1	1,9	1	0,2	1	0,6	1	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,3
Dolor crònic	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Hepatitis C	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	1	0,2
Malalties de l'orella	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Malalties de la pell	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	1	0,2
Trastorns de la son	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Altres	1	1,9	3	0,5	2	1,2	1	0,4	1	0,6	0	0,0	4	0,6
Total	7	15,4	87	15,4	13	9,4	36	15,5	23	14,4	23	33,3	94	15,4

Si els analitzem per separat, podem comprovar que els homes presenten una major prevalença en trastorns com ara la diabetis o les malalties respiratòries. En canvi les malalties digestives o els trastorns de tiroides són més freqüents en dones. Igualment, alguns trastorns com ara la hipercolesterolèmia, la hipertensió, les malalties digestives o els específics de cada persona (englobats en l'epígraf d'altres) van apareixent progressivament a mesura que augmenta l'edat.

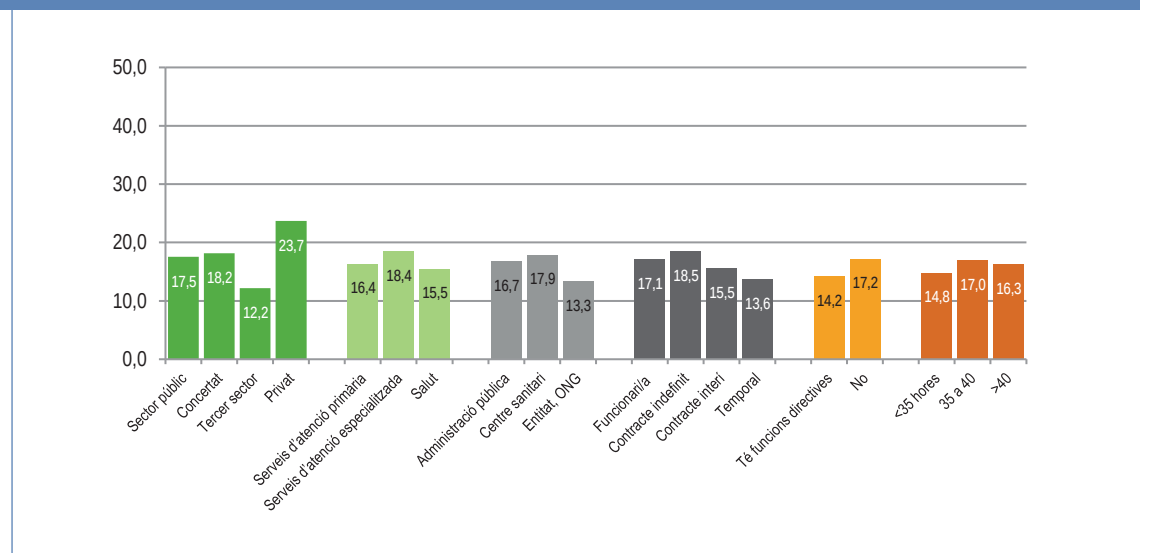
És el cas també dels trastorns depressius, que afecten per igual homes i dones i que creixen progressivament amb l'edat: entre els menors de 35 anys representen el 2,3% i entre els majors de 55 anys el 13,9%. En canvi els trastorns d'ansietat estan més presents entre les dones (16,6%) que entre els homes (5,9%) i aquests percentatges són constants al llarg de la vida, no varien amb l'edat.

GRÀFIC 6.6. Treballadores socials que pateixen depressió o ansietat segons sexe i segons edat (escala 0-50)

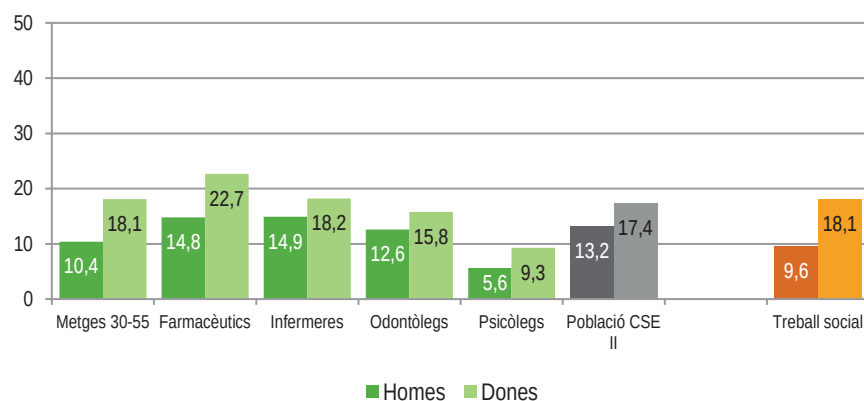


No hi ha relacions clares entre el fet de patir trastorns depressius i/o d'ansietat i les condicions de treball. Cal destacar que una quarta part de les treballadores del sector privat tenen trastorns d'aquest tipus però és una dada que no marca tendència. La resta de diferències establertes són poc significatives.

GRÀFIC 6.7. Treballadores socials que pateixen depressió i/o ansietat segons diverses situacions laborals (escala 0-50)



Els professionals del treball social presenten una prevalença d'aquests trastorns molt similar a la de la població catalana del seu grup social (17,9% vs. 15,3% en població general) i molt especialment en el cas de les dones, 18,1% i 17,4%. Es troben també en nivells similars si els comparem amb els professionals de la salut amb l'excepció de les farmacèutiques, que presenten una prevalença superior (22,7%) o les psicòlogues que presenten nivells inferiors (9,3%).

GRÀFIC 6.8. Treballadores socials que pateixen depressió i/o ansietat segons sexe . Comparació amb població general CSE II i professionals de la salut de Catalunya (escala 0-50)

6.4. Indicadors de dolor, fatiga i estrès

S'ha incorporat al qüestionari una bateria de preguntes sobre nivell de dolor (mal d'esquena o dolor a les articulacions), de cansament (a l'aixecar-se, durant la jornada o en acabar-la) i altres símptomes que poden associar-se a situacions d'estrès (mals de cap, facilitat per perdre objectes, dificultats per dormir o cremor d'estómac).

Gairebé tres quartes parts de les professionals (72,9%) ha presentat algun d'aquests símptomes durant l'últim mes: el 52,6% ha presentat almenys un associat al dolor, un 51,6% algun símptoma de cansament i un 43,0% algun tipus d'indicador d'estrès.

En tots els casos, les dones presenten una major prevalença de cadascun dels indicadors, tant si els considerem individualment com per mòduls o en el seu conjunt, i s'atenuen amb l'edat, excepte el dolor a les articulacions i la major part dels indicadors d'estrès, que incrementen la seva presència amb l'edat.

Les diferències en funció del sexe són elevades pel que fa als indicadors de dolor i d'estrès. Un 73,9% de les dones ha declarat haver tingut com a mínim un d'aquests símptomes enfront del 61,5% dels homes. I aquesta situació es repeteix si considerem els símptomes associats al dolor (54,4% i 32,7%, respectivament) i a l'estrès, on les diferències s'aguditzen més (44,7% de les dones enfront del 27,5% dels homes). Només els indicadors de fatiga apareixen de manera similar entre homes (50,0%) i dones (51,7%)

TAULA 6.3. Indicadors de cansament, dolor i estrès segons sexe i segons edat

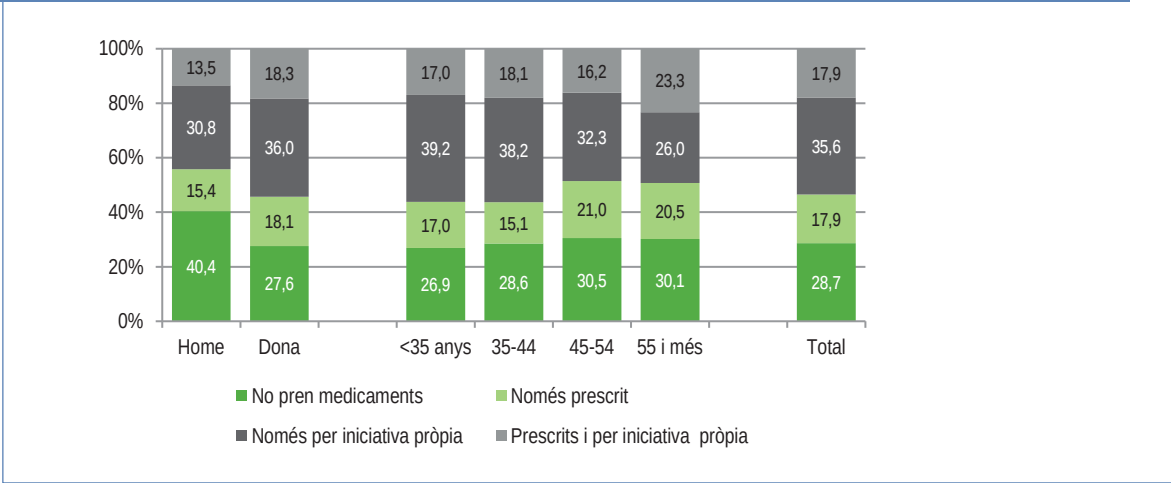
	Sexe		Edat				Total
	Home	Dona	<35	35-44	45-54	55 i més	
Cansament en aixecar-se	38,5	37,0	44,1	41,1	29,3	26,8	37,1
Cansament a partir de mitja jornada	17,3	29,4	30,0	33,5	21,8	22,5	28,5
Esgotament en acabar la jornada	21,2	27,0	27,6	25,3	27,3	27,5	26,6
Tenen al menys un indicador de cansament	50,0	51,7	58,2	53,4	43,3	48,5	51,6
Li costa dormir o es desperta	12,0	30,5	26,8	30,4	28,9	31,0	29,1
Perd objectes fàcilment	10,0	10,6	8,9	10,3	12,1	11,4	10,5
Ha tingut cefalees	6,0	12,9	12,6	15,3	9,6	8,6	12,4
Dolor o cremor d'estómac	11,8	12,2	11,2	11,1	12,8	17,9	12,1
Tenen al menys un indicador d'estrès	27,5	44,4	39,5	44,8	42,4	46,3	43,0
Dolor d'esquena	32,7	51,4	55,6	53,0	43,4	42,0	49,9
Dolor a les articulacions	7,8	18,6	9,0	16,5	23,6	29,9	17,8
Tenen al menys un indicador de dolor	32,7	54,4	57,2	53,6	46,4	52,9	52,6
Presenten algun indicador	61,5	73,9	76,5	74,8	66,5	72,5	72,9

Es tracta d'unes xifres que superen les obtingudes per a professionals de salut del nostre entorn als quals s'ha administrat aquesta mateixa bateria de preguntes. Per exemple, entre els metges catalans (2006), un 50,3% dels quals presenta algun símptoma relacionat amb la fatiga (29,1%), l'estrès (23,1%) o el dolor (26,9%); o els pediatres espanyols (2014): un 46,3% presenta algun símptoma (fatiga 27,2%, estrès 24,2% o dolor 28%). En canvi, són molt similars a les que presenten les infermeres de Catalunya (2016), un 77,0% de les quals presenta algun indicador de fatiga (51,3%), estrès (44,6%) o dolor (57,1%).

6.5. Consum de medicaments

Un 71,3% de les treballadores socials ha pres algun medicament en els 15 dies anteriors a l'enquesta. El 35,6% ha pres exclusivament medicaments per pròpia iniciativa, sense que hagin estat prescrits per un metge, el 17,9% es medica únicament per prescripció d'un metge i un altre 17,9% combina la ingesta de fàrmacs presos per pròpia iniciativa i els prescrits. El 28,7% restant no ha pres cap medicament en aquest període de temps.

GRÀFIC 6.9. Medicaments presos per pròpia iniciativa o per prescripció mèdica segons sexe i segons edat



Les dones (72,4%) han pres algun medicament en major mesura que els homes (59,6%) i en general, el consum de medicaments no augmenta amb l'edat tret dels englobats en “altres medicaments” que són de natura diversa i es vinculen als trastorns que cada persona desenvolupa amb l'edat (colesterol, tensió, artrosi, etc.). En canvi la presa d'antiinflamatoris i analgèsics i, sobretot, els medicaments per a l'al·lèrgia tendeix a reduir-se amb l'edat.

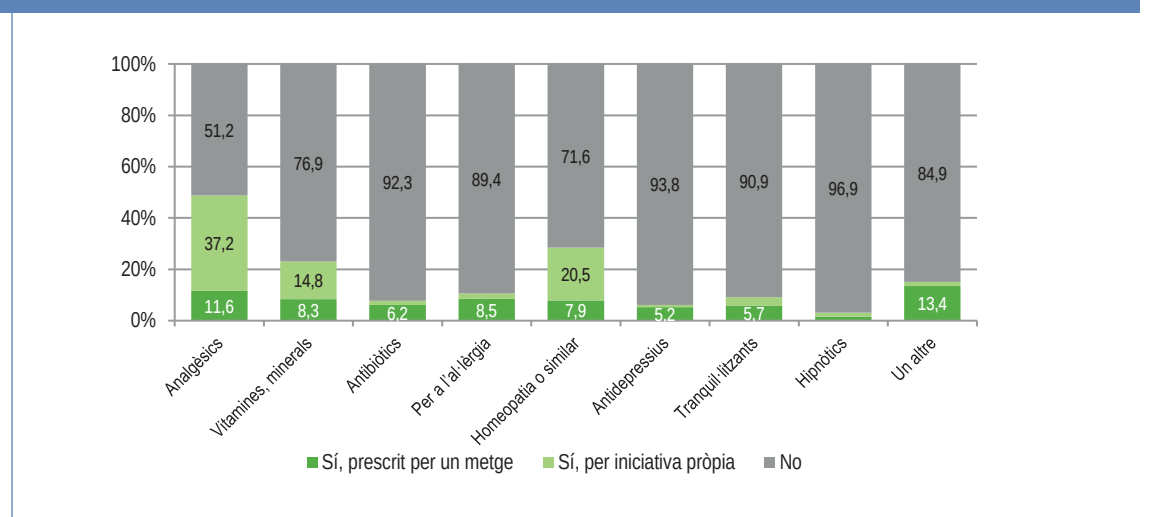
TAULA 6.4. Medicaments que les treballadores socials han pres en els últims 15 dies segons sexe i segons edat

	Homes	Dones	<39	40-49	50-59	60 i més	Total
Medicaments per a l'al·lèrgia	9,6	10,7	9,4	11,3	12,0	8,3	10,6
Antiinflamatoris i analgèsics	30,8	50,3	54,4	49,0	45,5	41,7	48,8
Antibiòtics	1,9	8,4	10,0	7,9	5,4	8,3	7,9
Vitamines o minerals	25,0	22,9	22,9	24,3	18,0	30,6	23,1
Hipnòtics	3,8	3,2	2,9	4,2	3,0	1,4	3,2
Tranquil·litzants	9,6	9,1	6,5	12,2	10,2	2,8	9,1
Antidepressius	7,7	5,9	2,9	6,7	7,8	6,9	6,0
Medicaments naturals, homeopàtics o similars	21,2	29,0	19,3	32,4	32,3	27,8	28,4
Altres medicaments	7,8	15,8	11,7	13,9	17,5	22,2	15,1
Han pres algun medicament	59,6	72,3	73,1	71,5	69,5	69,9	71,3
Han pres tranquil·litzants i hipnòtics	15,4	10,4	8,2	13,9	11,4	5,6	10,8
Han pres medicaments psicoactius	15,4	12,8	9,4	15,1	13,8	12,5	13,0

L'automedicació és una pràctica que afecta tots els medicaments però es relaciona especialment amb el consum d'analgèsics i antiinflamatoris o vitamines i minerals que són els fàrmacs (tret dels remeis naturals) més consumits en general (48,8% i 23,1%, respectivament) i els més consumits per pròpia iniciativa (un 77,3% dels que prenen analgèsics i un 64,0% dels que prenen vitamines). El consum d'analgèsics és especialment elevat entre les dones (50,3% davant el 30,8%) i decreix amb l'edat (el 54,4% dels menors de 35 anys en pren davant el 41,7% dels majors de 55).

Els hipnòtics i els tranquil·litzants es prenen al voltant de la meitat dels casos sense recepta mèdica alhora que els medicaments que en major mesura es consumeixen mitjançant la prescripció d'un metge són els antidepressius (el 85,0% són receptats) i els agrupats com a "altres medicaments" (88,8%), que són de naturalesa diversa i corresponen al tractament dels trastorns crònics que són objecte de seguiment per metges especialistes com el colesterol, la hipertensió, els problemes de tiroides, etc.

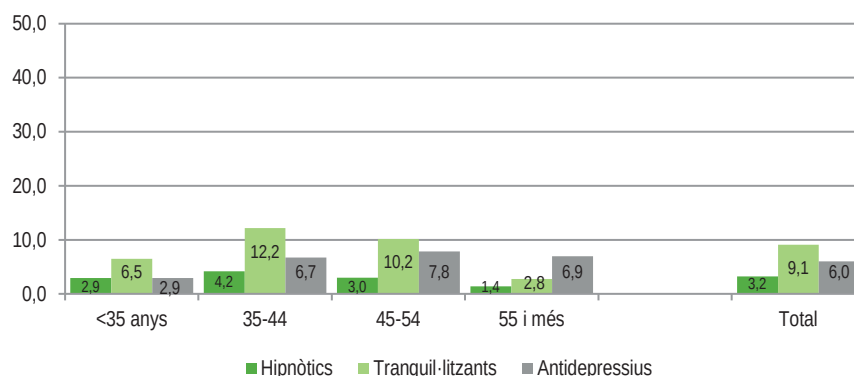
GRÀFIC 6.10. Medicaments presos durant els últims 15 dies segons hagin estat o no prescrits per un metge



Els remeis naturals o complementaris, herbes, homeopatia o similars, constitueixen el segon grup de medicaments més consumits. Els prenen el 28,4% de les treballadores socials sobretot a partir dels 35 anys i en el 27,7% dels casos per recomanació d'un metge.

Si ens centrem en el consum de psicofàrmacs, un 9,1% de les treballadores socials prenen tranquil·litzants, tant els homes (9,8%) com les dones (9,1%), un 3,2% hipnòtics (3,8% homes i 3,2% dones) i un 6% antidepressius (7,7% i 5,9% respectivament). En total, un 13,0% pren algun tipus de psicofàrmac (hipnòtics, ansiolítics i/o antidepressius) sense que hi hagi diferències entre homes i dones. Per edats, les diferències depenen de cada tipus de medicament. Els tranquil·litzants es prenen sobretot en les edats intermèdies, de 35 a 54 anys, i el consum d'antidepressius va augmentant amb l'edat sobretot fins als 54 anys. Els hipnòtics són els psicofàrmacs que menys es prenen i el seu consum no va associat a l'edat.

GRÀFIC 6.11. Psicofarmacs presos durant els últims 15 dies segons edat (escala 0-50)



La comparació amb població general que pertany al mateix grup social que les treballadores socials (en aquest cas només es pot comparar amb l'ENSE-2012*) mostra que aquestes són majors consumidores de fàrmacs en general. Un 53,6% de la població adulta espanyola pertanyent a la categoria socioeconòmica II ha pres algun medicament en els 15 dies anteriors a l'enquesta (45,9% dels homes i 60,3% les dones) enfront del ja esmentat 71,3% del col·lectiu de treballadores (72,3%) i treballadors socials (59,6%).

Per medicaments, el consum de les treballadores socials no és significativament diferent del de la població general en la majoria de medicaments tret dels antihistamínics i de les vitamines i minerals que són consumits en major mesura per aquestes professionals. El consum de tranquil·litzants i hipnòtics és també similar i el d'antidepressius una mica inferior al de la població general.

TAULA 6.5. Medicaments presos durant els últims 15 dies segons sexe. Comparació treballadores socials i població general espanyola CSE II

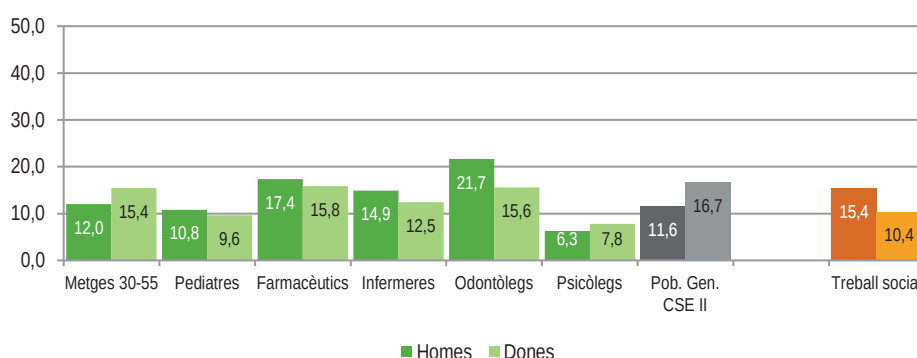
	Treballadores socials				Població general CSE II		
	Homes	Dones	Total		Homes	Dones	Total
Per a l'al·lèrgia	9,6	10,7	10,6	Medicaments per l'al·lèrgia	5,9	3,3	4,4
Antiinflamatoris i analgèsics	30,8	50,3	48,8	Medicines pel dolor	35,2	50,6	44,5
Antibiòtics	1,9	8,4	7,9	Antibiòtics	9,1	5,3	6,8
Vitamines o minerals	25,0	22,9	23,1	Reconstituents (vitamines, minerals, tònic)	5,4	12,4	9,6
Tranquil·litzants i hipnòtics	15,4	10,4	10,8	Tranquil·litzants, relaxants, per dormir	11,5	16,7	14,6
Antidepressius	7,7	5,9	6,0	Antidepressius, estimulants	2,7	8,8	6,4
Han pres algun medicament	59,6	72,3	71,3	Han pres algun medicament	45,9	60,3	53,6

* Encuesta Nacional de Salud de España. 2011-2012.

D'altra banda, el percentatge de treballadores socials que ha pres algun medicament en els últims 15 dies és menor que el registrat per altres professionals de la salut analitzats per la Fundació Galatea, el dels pediatres (80,3%), els odontòlegs (77,7%), els farmacèutics comunitaris (82,7%) i les infermeres (83,4%). Només es podrien equiparar als psicòlegs, un 73,9% dels quals ha pres algun medicament en els dies anteriors a l'enquesta.

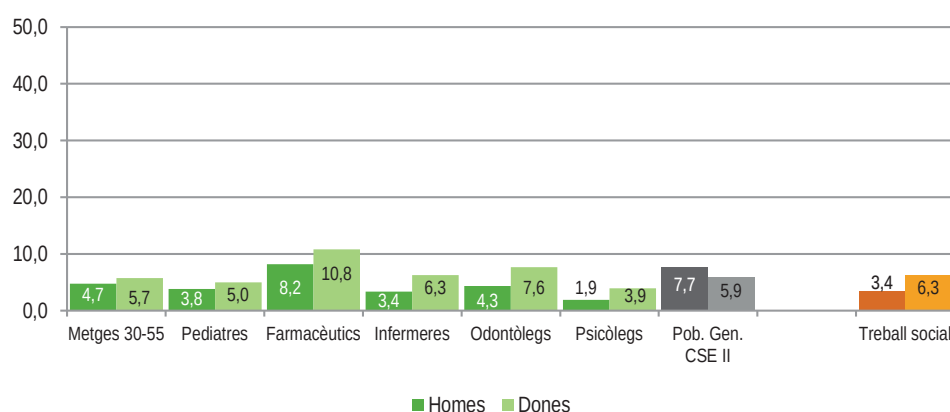
Pel que fa al consum de psicofàrmacs, les treballadores socials es troben en una situació intermèdia. Els odontòlegs (21,7%), les infermeres (14,9%) i els farmacèutics comunitaris (20,7%) en prenen més mentre que els metges (12,0%), els pediatres (10,8%) i els psicòlegs (6,3%) en prenen menys.

GRÀFIC 6.12. Consum d'HIPNÒTICS I TRANQUIL·LITZANTS durant els últims 15 dies segons sexe. Comparació amb població general espanyola CSE II i diversos professionals de la salut (escala 0-50)



El consum d'ansiolítics per part de les treballadores socials dones és similar al de les pediatres (9,6%) i les infermeres (12,5%). Es troba per sota de les metgesses (15,4%), farmacèutiques (15,8%) i odontòlogues (15,6%) i per sobre de les psicòlogues (7,8%).

GRÀFIC 6.13. Consum d'ANTIDEPRESSIUS durant els últims 15 dies segons sexe. Comparació treballadores socials, població general espanyola CSE II i diversos professionals de la salut (escala 0-50)

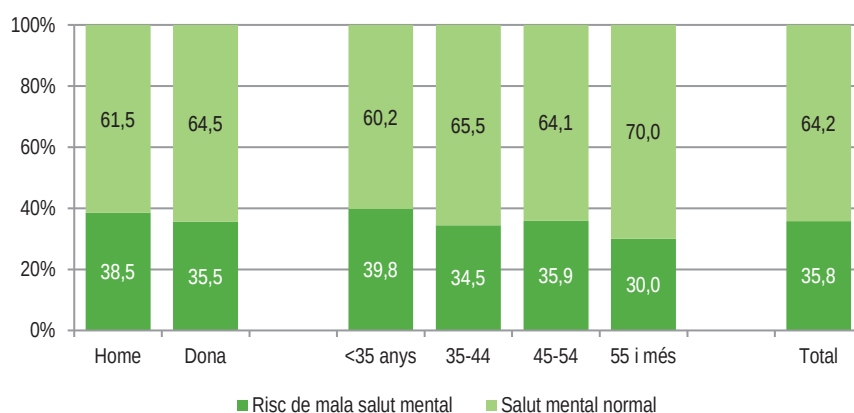


D'altra banda, el consum d'antidepressius és molt minoritari i, en el cas dels treballadors socials homes, força homogeni entre els diversos grups de professionals. Només els farmacèutics (8,2%) i la població general (7,7%) en prenen en major mesura. Pel que fa a les treballadores socials dones, la taxa de consum d'antidepressius és similar a la de la resta de professionals sanitaris tret de les farmacèutiques (10,8%), que la superen, i de les psicòlogues, que en prenen menys (3,0%).

6.6. Salut mental

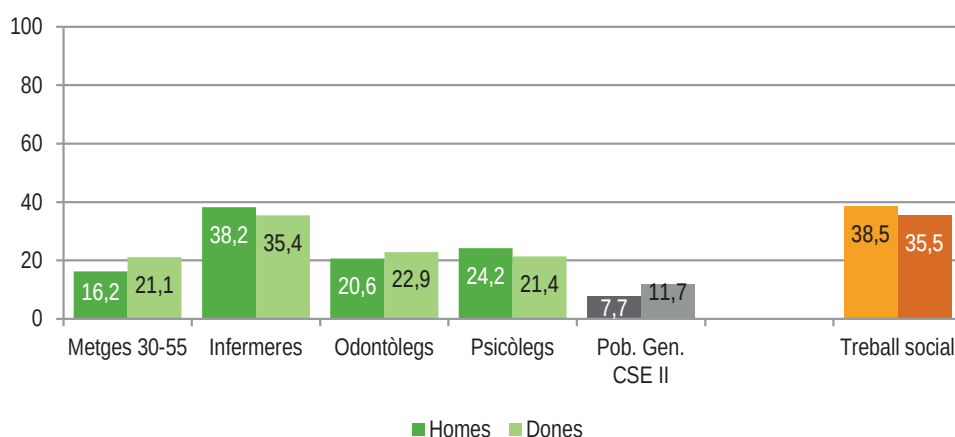
Per aproximar-nos al coneixement de l'estat de salut mental de les treballadores socials s'ha utilitzat el General Health Questionnaire de 12 ítems (GHQ-12). Es tracta d'un instrument de cribratge de salut mental àmpliament utilitzat per detectar disfuncions psicològiques actuals i diagnosticables. En aquest estudi s'ha considerat que les persones entrevistades amb una puntuació superior a 2 (en l'escala de 12) presenten patiment psicològic o risc de patir algun tipus de trastorn mental de tipus ansiós o depressiu.

GRÀFIC 6.14. Índex de salut mental de les treballadores socials segons sexe i segons edat



Els resultats apunten que un 35,8% de les treballadores socials té algun risc de patir un trastorn mental. Aquest risc és similar en homes i dones i disminueix de manera gradual amb l'edat. Si entre els menors de 35 anys, el risc de patiment mental afecta un 39,8% dels professionals, entre els majors de 55, es situa en un 30,0%, xifra que continua sent elevada.

Ara bé, tot i que aquestes diferències són rellevants i estadísticament significatives, l'índex de salut mental és molt elevat entre les treballadores socials i contrasta amb els resultats recollits en població general on la prevalença de risc de patir mala salut mental és notablement més baixa (9,7%).

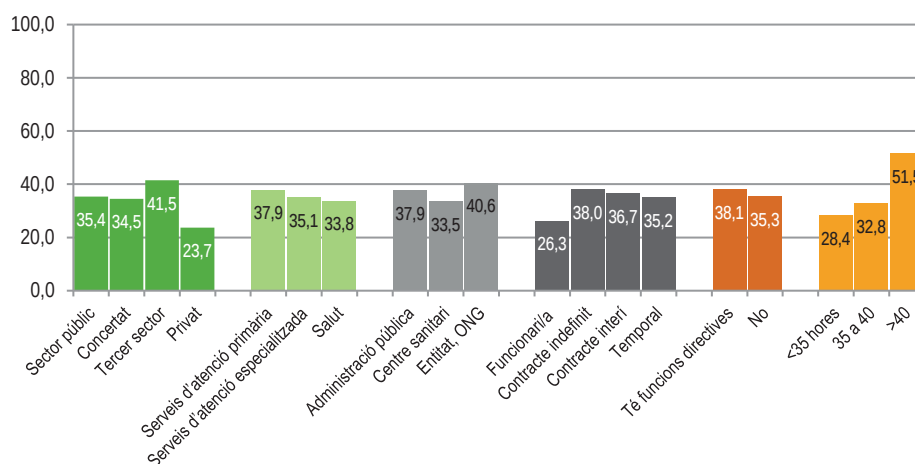
GRÀFIC 6.15. Treballadores socials amb risc de mala salut mental segons sexe. Comparació amb població general CSE II i professionals de la salut de Catalunya

No obstant això, hi ha nombrosos estudis que mostren que els professionals de la salut, els d'ensenyament o els que estan en contacte directe amb usuaris que requereixen una atenció social acostumen a donar puntuacions més altes en el GHQ, o el que és el mateix, que tendeixen a presentar un major risc de mala salut mental que la població general o altres col·lectius professionals. En aquest cas, però, el risc que presenten les treballadores socials és fins i tot superior al registrat per personal sanitari en aquests estudis i només és assimilable al que presenten les infermeres que treballen a Catalunya.

En el cas dels professionals de la infermeria, com els de molts professionals de la salut, aquests valors, que es repeteixen en estudis realitzats a diversos països amb metodologies similars, s'expliquen, entre altres factors, per la càrrega de treball que han d'afrontar, sovint en situacions extremes on es decideix el benestar o fins i tot la supervivència dels pacients, i dins de sistemes organitzatius de gran complexitat on es dificulta el control sobre la pròpia feina i la presa de decisions individuals. En el cas de les treballadores socials, a l'excessiva càrrega de treball i la falta de control sobre la feina caldria afegir una percepció de manca de valoració de la feina realitzada per part de la societat i de les organitzacions on treballen i la manca de recursos disponibles per fer front a les necessitats dels usuaris que s'han multiplicat (els usuaris i les necessitats) a causa de la crisi econòmica patida en els últims anys.

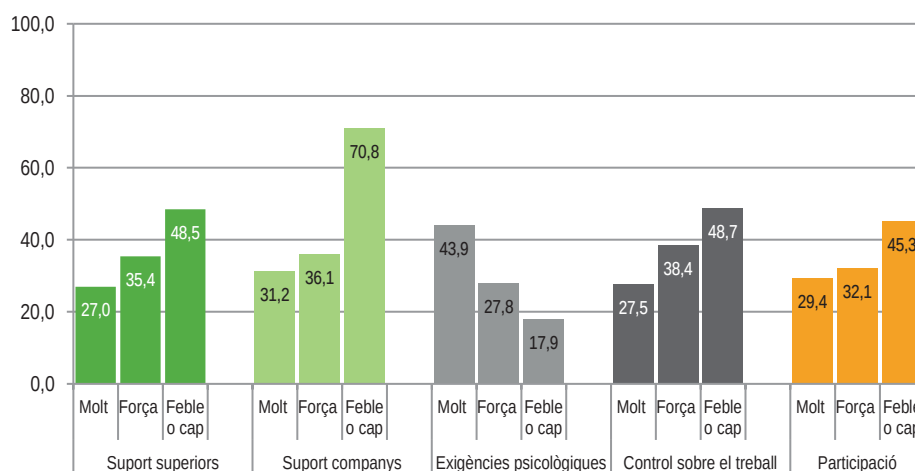
Les diverses situacions laborals no estableixen diferències que marquin una pauta clara. Els professionals més exposats a un eventual patiment psicològic són els que treballen al tercer sector (41,5%) i el risc s'incrementa a mesura que treballen més hores (28,4% els que treballen menys de 35 hores i 51,5% si fan més de 40). A primera vista, els grups professionals que tenen un major risc de presentar problemes de salut mental no coincideixen amb els que s'havien vist més exposats a factors de risc psicosocial o més afectats per la síndrome d'estrès crònic o *burnout* (treballadores en serveis socials d'atenció primària de l'Administració pública), en part perquè el risc de patiment psicològic és prou elevat en totes les circumstàncies.

GRÀFIC 6.16. Risc de mala salut mental de les treballadores socials segons diverses situacions laborals

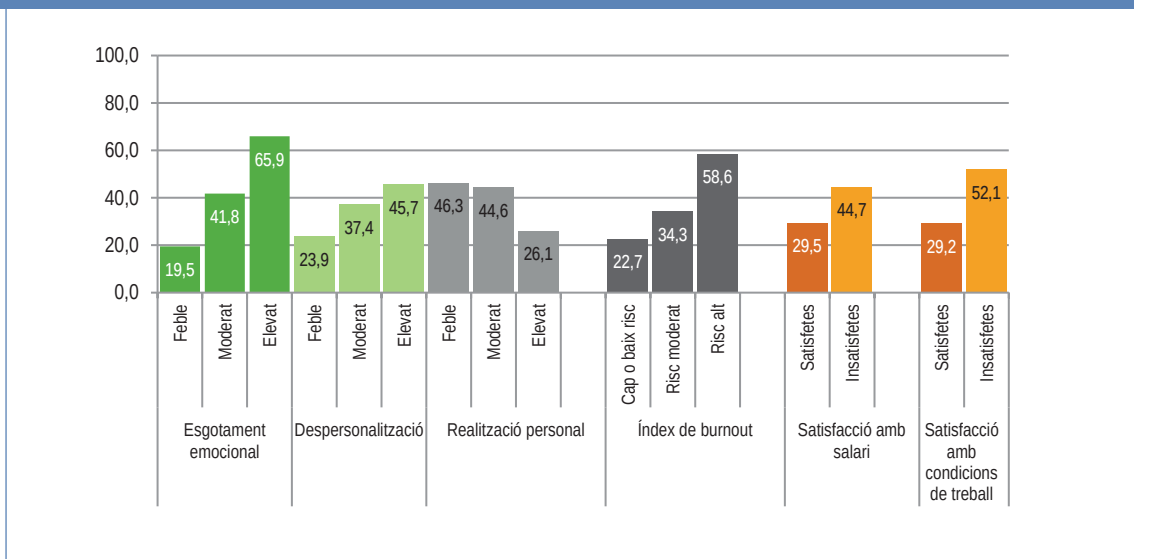


Tanmateix, el risc de patir problemes de salut mental està directament associat amb el malestar derivat d'una mala relació amb la feina i s'incrementa quan hi ha una elevada exposició a factors de risc psicosocial (sobrecàrrega de treball, baix control sobre la feina, baix nivell de participació en les decisions comunes i baix suport dels caps i, especialment, dels companys) i quan es pateix un nivell d'estrès prolongat en el temps, és a dir un elevat risc de *burnout*. Concretament, el 69,5% de les professionals que presenten una puntuació elevada en la dimensió d'esgotament emocional estan en risc de patir una mala salut mental. En la resta de dimensions també s'aprecia una progressió similar però no tan acusada.

GRÀFIC 6.17. Risc de mala salut mental de les treballadores socials segons la seva exposició a riscos psicosocials a la feina



GRÀFIC 6.18. Risc de mala salut mental de les treballadores socials segons el seu nivell de *burnout* i de satisfacció amb la feina



7. Valoració de l'exercici professional i impacte de la situació econòmica

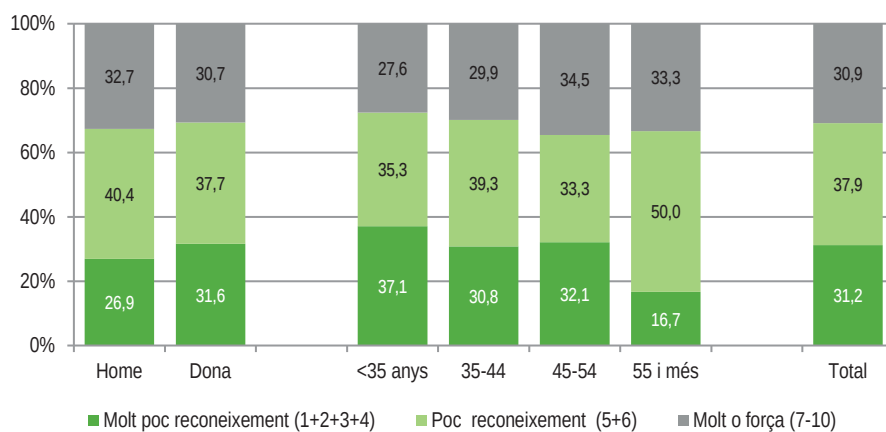
En aquest apartat es presenten els resultats d'una sèrie de preguntes plantejades a les treballadores socials sobre diversos temes relacionats amb l'exercici professional com ara la percepció social de la professió i la seva evolució i com repercuteix la situació econòmica en el seu treball quotidià.

7.1. Exercici professional i percepció social de les treballadores socials

El treball social s'adreça potencialment a tota la ciutadania però ofereix serveis que, a diferència dels sanitaris o dels educatius, no són utilitzats de manera habitual per tota la població per la qual cosa pot passar desapercbut i no tenir el reconeixement social que es mereix. S'han plantejat un parell de preguntes per conèixer fins a quin punt les professionals se senten valorades socialment i com aquesta valoració repercuteix en els seu acompliment professional.

La percepció general de les treballadores socials no és positiva i atorguen al reconeixement social de la seva feina 5,38 punts en una escala de l'1 al 10. Un 31,2% considera que la seva professió té una repercussió social molt baixa amb puntuacions d'1 a 4 sobre deu (equivalent a un suspens en les notes escolars), un 29,0% d'elles el valoren força (7 o 8 punts) i només un 1,9% li dóna la màxima puntuació (9 o 10). En un punt intermedi, amb 5 o 6 punts, que és també una nota baixa, es troba el 37,9% de les professionals.

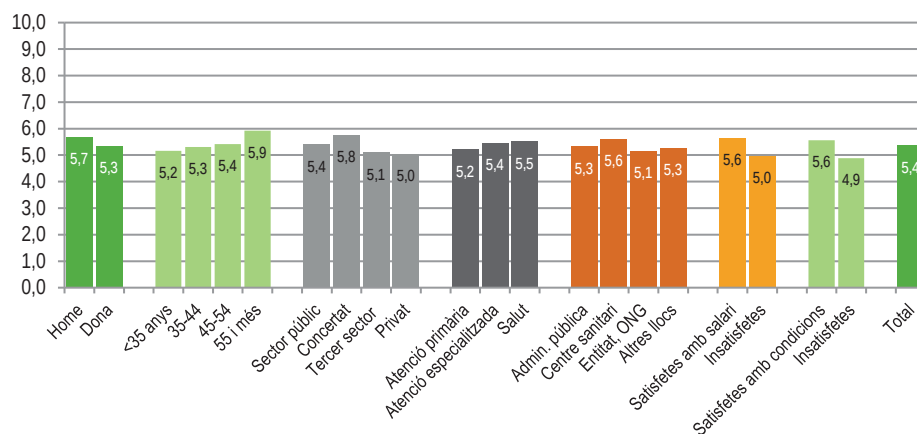
GRÀFIC 7.1. Opinió sobre la valoració del reconeixement social de les treballadores socials segons sexe i segons edat



No hi ha diferències per sexe i edat, tret que la percepció de reconeixement social augmenta molt lleugerament a mesura que l'edat s'incrementa. Les professionals menors de 35 anys atorguen una puntuació mitjana de 5,2 i les més grans de 5,9.

Les característiques del lloc de treball tampoc introdueixen diferències importants. Les professionals que perceben un major reconeixement social són les que treballen a l'àmbit de la salut, en un centre sanitari o al sector concertat i les que estan més satisfetes amb el seu salari o les seves condicions de treball però no són diferències significatives.

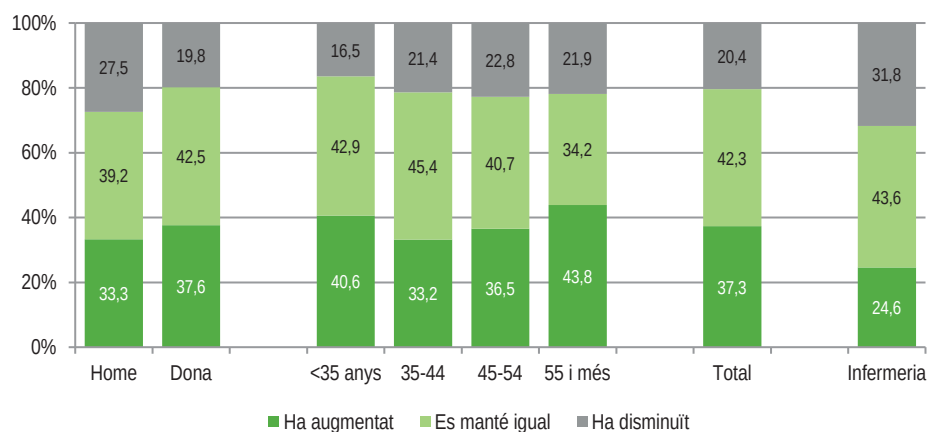
GRÀFIC 7.2. Valoració mitjana (en una escala de l'1 al 10) sobre el reconeixement social de les treballadores socials segons diverses situacions laborals



D'altra banda, pel que fa a l'evolució que ha experimentat aquesta percepció en els últims anys les opinions es distribueixen gairebé de manera similar entre les que consideren que es manté igual (42,3%) o que ha augmentat (37,3%) i, una mica menys, que ha disminuït (20,4%).

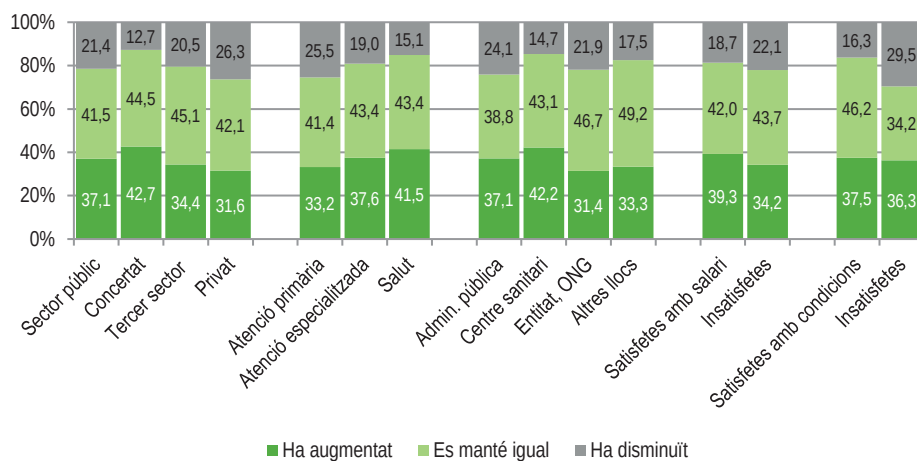
No és una valoració molt positiva però es tracta d'un resultat una mica millor que l'obtingut entre les infermeres (2017) a les quals s'havia plantejat una pregunta similar. El 31,1% considerava que havia disminuït.

GRÀFIC 7.3. Opinió sobre l'evolució del reconeixement social de les treballadores socials segons sexe i segons edat. Dades comparatives amb infermeres



No hi ha diferències per sexe ni per edat. Els més joves i els més grans valoren una mica més positivament l'evolució del prestigi social de la professió però no són diferències significatives.

GRÀFIC 7.4. Opinió sobre l'evolució del reconeixement social de les treballadores socials segons diverses situacions laborals



Les professionals que treballen al sector concertat, en l'àmbit de la salut i a un centre sanitari tenen una percepció més positiva del seu reconeixement social (al voltant d'un 42% considera que ha augmentat) i les més pessimistes són les que treballen al sector privat i/o en serveis socials d'atenció primària.

Per últim, les treballadores socials que estan insatisfetes amb el seu salari o, especialment, amb les seves condicions de treball són les que perceben una major pèrdua de prestigi social com a professionals.

7.2. Repercussió de diversos factors en l'exercici professional de les treballadores socials

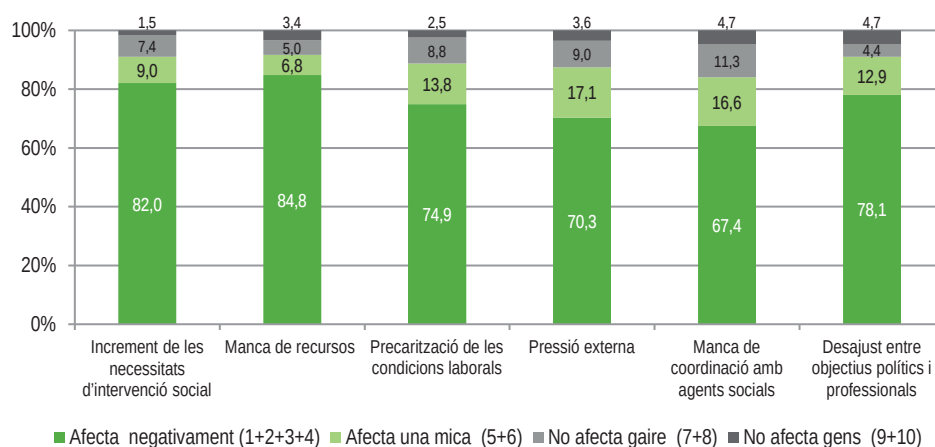
S'han analitzat diversos aspectes de la feina quotidiana de les treballadores socials, alguns dels quals relacionats amb la crisi econòmica patida durant els últims anys, que poden incidir en les condicions de treball i en la salut de les professionals. Se'ls ha demanat que valoressin de l'1 al 10 (on 1 = afecta molt negativament i 10 = no afecta gens) els factors següents:

- » L'increment de les necessitats d'intervenció social a causa de la crisi
- » La manca de recursos disponibles per fer front a les problemàtiques amb què treballen
- » La precarització de les condicions salarials o laborals en el sector
- » La pressió política, ciutadana o dels mitjans de comunicació
- » La manca de coordinació i col·laboració amb altres agents socials
- » El desajust entre els objectius polítics o institucionals i els professionals

Tots aquests factors obtenen puntuacions mitjanes inferiors a 4, és a dir, les treballadores socials consideren de manera gairebé unànime que afecten de manera molt negativa l'exercici de la professió. Les diferències de valoració entre uns ítems i altres són molt baixes, van des dels 2,62 punts de mitjana que atorguen a les dificultats derivades de la manca de recursos disponibles per fer front a les necessitats dels usuaris (un 84,8% considera que l'afecta negativament, és a dir, puntua entre 1 i 4) fins als 3,80 de la manca de coordinació amb organismes i agents socials de la zona, que és la circumstància més valorada malgrat que un 67,4% considera que és un factor que afecta negativament en el dia a dia de la seva feina.

TAULA 7.1. Valoració dels factors que poden dificultar l'exercici professional de les treballadores socials. Puntuació mitjana sobre 10 i % de les que es veuen afectades negativament (puntuen d'1 a 4)

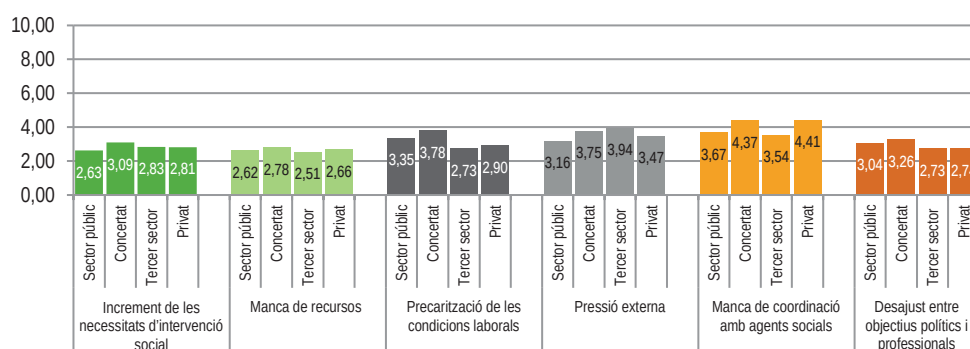
	Puntuació mitjana s/10	% Afecta negativament (1+2+3+4)
1. Increment de les necessitats d'intervenció social a causa de la crisi	2,76	82,0
2. Manca de recursos disponibles per fer front a les problemàtiques amb què treballa	2,62	84,8
3. Precarització de les condicions salarials o laborals en el sector	3,27	74,9
4. Pressió política, ciutadana o dels mitjans de comunicació	3,41	70,3
5. Manca de coordinació i col·laboració amb altres agents socials	3,80	67,4
6. Desajust entre els objectius polítics o institucional i els professionals	2,98	78,1

GRÀFIC 7.5. Factors que poden dificultar l'exercici professional de les treballadores socials

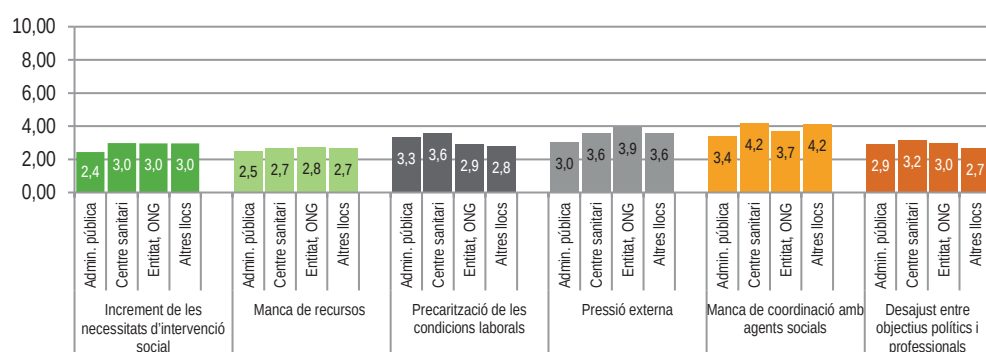
No hi ha diferències significatives ni en funció del sexe ni en funció de l'edat. Les característiques del lloc de treball marquen algunes diferències però en tots els casos se situen en puntuacions molt baixes alhora que no semblen respondre a una pauta determinada.

En general, la precarització de les condicions de treball afecta menys les treballadores que treballen al sector concertat (3,78) i/o a un centre sanitari (3,58) o a una Administració pública (3,34); la pressió política o institucional també afecta menys el sector concertat (3,75) i el tercer sector (3,94), i la manca de coordinació amb els agents socials de la zona afecta menys el sector concertat (4,37) i el privat (4,41), en un centre sanitari (4,20).

GRÀFIC 7.6. Valoració mitjana (de l'1 al 10) de determinats factors que poden dificultar l'exercici professional de les treballadores socials segons sector d'activitat

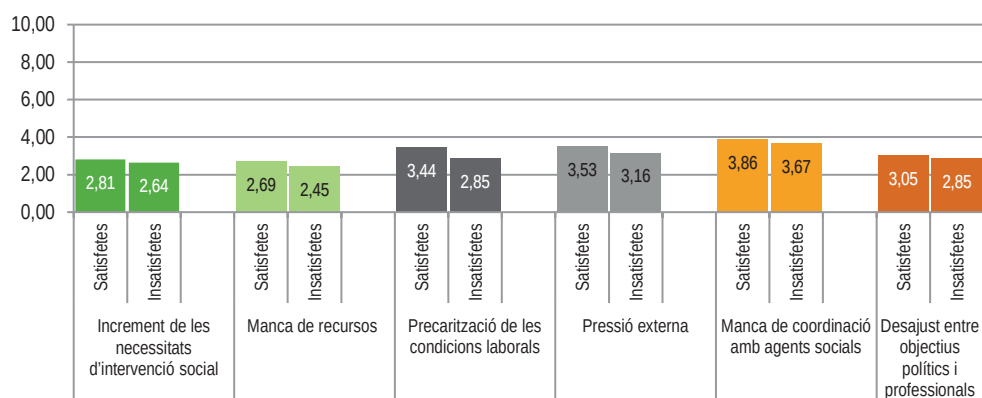


GRÀFIC 7.7. Valoració mitjana (de l'1 al 10) de determinats factors que poden dificultar l'exercici professional de les treballadores socials segons centre de treball



Les professionals que manifesten estar satisfetes o molt satisfetes amb les seves condicions de treball tendeixen a puntuar millor els diversos aspectes analitzats, especialment les que es veuen menys afectades per la precarització de les condicions de treball (3,44). Tanmateix, encara que en el cas esmentat es tracta de diferències significatives, les puntuacions són baixes tant si estan satisfetes com si no ho estan.

GRÀFIC 7.8. Valoració mitjana (de l'1 al 10) de determinats factors que poden dificultar l'exercici professional de les treballadores socials segons satisfacció amb les condicions laborals



8. Principals resultats

En general, el col·lectiu estudiat, representatiu del conjunt de les treballadores socials de Catalunya, té una molt baixa presència d'homes i està integrat majoritàriament per treballadores assalariades que exerceixen en atenció directa a usuaris a una Administració pública, a un centre sanitari del sector públic o concertat o en una entitat sense ànim de lucre. Les àrees d'actuació i els àmbits de treball són nombrosos i molt diversificats però destaquen les que han d'afrontar problemàtiques diverses en serveis socials d'atenció primària i les que treballen a l'àmbit de la salut.

Les seves condicions de treball susciten bons nivells de satisfacció i no repercuteixen de manera negativa en els seus estils de vida però presenten una gran exposició a riscos psicosocials, a una situació de cronificació de l'estrès o *burnout* i un elevat risc de patiment psicològic.

Cal destacar, d'una banda, la diferència existent entre les treballadores del sector públic, amb millors condicions de treball però més afectades pels riscos esmentats, i les treballadores del tercer sector, en la situació inversa. I d'altra banda, la presència de pressions i factors, sovint externs als centres de treball, que dificulten l'exercici professional de les treballadores socials.

8.1. Característiques sociodemogràfiques i familiars

Les treballadores socials es concentren majoritàriament a la província de Barcelona, tot i manté la distribució territorial de l'univers de professionals i de la població resident a Catalunya, on el pes de Girona, Lleida i Tarragona representa la quarta part del total.

La majoria ha nascut a Catalunya (88,9%) i pràcticament no hi ha professionals nascudes a l'estranger (2,2%). A més, l'evolució per grups d'edat indica que cada vegada hi ha menys incorporacions de professionals procedents d'altres països.

Professió femenina sense previsió de canvis a curt termini

El treball social ha estat tradicionalment una professió de dones. Concretament en el cas de Catalunya, de cada 100 treballadors socials col·legiats, 8 són homes i 92 dones. Aquesta proporció es manté molt similar en els diversos grups d'edat i, si bé es va produint una major incorporació d'homes a la professió, aquesta és molt lenta. La presència d'homes entre les promocions més joves s'ha duplicat en relació amb les més grans però, tot i així, els homes treballadors socials menors de 35 anys representen un 9,8% de la seva cohort.

Formació de base complementada amb estudis postuniversitaris i formació continuada

El doctorat en treball social és molt poc habitual. Només l'1,1% de les treballadores socials l'ha realitzat però, en canvi, hi ha un percentatge elevat (56,3%) que té amb algun màster, universitari o no. Les pautes formatives varien segons l'edat de les professionals, de manera que tenir un màster és més freqüent a mesura que les professionals són més joves, sobretot si es tracta d'un postgrau o màster universitari.

Independentment de la formació afegida i complementària a la diplomatura o grau que condueix a la pràctica professional, gairebé totes les treballadores socials (97,1%) han participat durant els últims 2 anys en algun curs o sessió de formació continuada organitzada pel seu centre de treball o per altres organismes dins de l'àmbit professional.

Entorn familiar estructurat propi d'una població en edat activa

L'estructura familiar de les treballadores socials és similar a la que trobem en altres col·lectius professionals d'edats similars i laboralment actius. Viuen majoritàriament en famílies consolidades amb la seva parella (71,2%) i amb fills a la llar (48,1%). El fet de no tenir fills a casa es relaciona amb la seva edat i amb el moment del cicle vital en què es troben, és a dir, o encara no els han tingut, en el cas dels joves, o ja s'han emancipat, en el cas dels més grans. Les llars monoparentals representen un 6,5% i els que viuen sols un 12,9%, percentatge que arriba a un 27,4% entre els majors de 55 anys com a conseqüència de separacions o mort del cònjuge. El període de màxima pressió reproductiva per la presència de fills a casa se situa entre els 35 i els 54 anys.

Les dones fan més hores de treball domèstic i aquestes s'associen a pitjors indicadors de salut

La distribució de les tasques domèstiques entre els membres de la llar de les treballadores socials respon a un model de divisió sexual del treball on la dona de la parella se n'ocupa en major mesura i hi dedica més hores que no pas l'home. Un 19,3% de les dones realitza més de 20 hores de treball domèstic a la setmana davant el 3,8% dels homes.

En general, el percentatge de professionals del treball social que disposa de persones remunerades per donar suport a les tasques domèstiques (32,9%) és similar al de les infermeres però més baix que el que presenten altres professionals de la salut amb més recursos econòmics analitzats en estudis similars (metges, odontòlegs i farmacèutics comunitaris). Això fa que dediquin més hores a les tasques domèstiques (13,4 de mitjana; 9,5 els homes i 13,7 les dones), sobretot en els períodes de major càrrega de treball (quan hi ha fills petits a la llar).

Cal dir que un major nombre d'hores de treball domèstic es relaciona amb una pitjor autopercepció de la salut i un increment dels indicadors de dolor, fatiga i estrès i, en menor mesura, amb un major risc de patir una mala salut mental.

Molta satisfacció amb la vida familiar i social i, menys, amb la disponibilitat de temps lliure

Les treballadores socials presenten un grau de satisfacció molt elevat amb la seva relació de parella, el seu entorn familiar i el seu cercle d'amistats (entre el 87% i el 92% n'estan satisfetes o molt satisfetes). L'aspecte que recull pitjors valoracions (73,8%) és la seva disponibilitat de temps lliure però no es tracta d'una puntuació baixa si la comparem amb la que manifesten altres professionals de la salut. Està relacionada amb jornades laborals de més de 40 hores (que són pocs casos) i al fet de tenir fills a la llar.

8.2. Entorn laboral i condicions de treball

Les treballadores socials es dediquen majoritàriament a activitats assistencials en contacte directe amb els usuaris. Treballen a llocs diversos però predominen les que ho fan a ajuntaments o altres administracions públiques (sector públic), a centres sanitaris (sector públic i concertat) i a ONG o entitats sense ànim de lucre (tercer sector). Constitueixen un col·lectiu força heterogeni pel que fa a les àrees d'actuació si bé predominen les que treballen a l'àmbit de la salut i les que han de fer front a temàtiques diverses com seria el cas de les que treballen a serveis socials d'atenció primària.

Es produeix la paradoxa que determinades professionals, com les que treballen en administracions públiques, tenen unes bones condicions de treball pel que fa a tipus i durada de la jornada, satisfacció amb el sou percebut i, en general, amb les condicions de treball però alhora són les que presenten una major exposició a riscos psicosocials i a patir la síndrome de *burnout*. Aquesta situació és conseqüència d'unes per unes càrregues de treball elevades, poca satisfacció professional i una certa frustració derivada del desequilibri existent entre les exigències personals i professionals, la pressió social i la manca de recursos disponibles al seu abast.

Aquesta situació no afecta gaire els seus estils de vida ni impedeix a primera vista la conciliació familiar i social però genera tensions (job strain) que propicien alts nivells d'estrès continuats en el temps (*burnout*) i un alt risc de patiment psicològic, superior al que presenten molts professionals de la salut que, al seu torn, es troben per sobre dels que presenten professionals d'altres sectors.

Reducció dels llocs de treball del sector públic en favor del tercer sector

Si analitzem els diversos grups d'edat del col·lectiu analitzat s'observa que les treballadores del sector públic estan cada vegada menys presents. Representen el 66,7% de les majors de 55 anys i el 42,3% de les menors de 35, moment en què el tercer sector dóna feina al 30,7% de les professionals. El sector concertat manté, amb algun daltabaix, una presència constant al llarg de les diverses generacions i el privat es manté com a molt minoritari malgrat que augmenta la seva presència entre els més joves (11,7%).

Progressiva pèrdua de pes del funcionariat a favor de la contractació indefinida

Malgrat que més de la meitat de les treballadores socials (57,5%) treballa al sector públic, només un 13,3% són funcionàries. El pes d'aquesta figura contractual ha anat minvant progressivament des del 42,4% que representava entre les majors de 55 anys fins a ser inexistent entre les menors de 35. Tanmateix, gairebé la quarta part (23,5%) són interines, el que faria augmentar el nombre de funcionàries si aquestes places es consolidessin. En tot cas, encara que les comptabilitzessin com a tals, el percentatge de funcionàries continuaria sent molt més baix entre les joves.

El contracte laboral indefinit és el tipus de relació contractual majoritari (48,4%) excepte entre les menors de 35 anys, on predomina el contracte temporal (41,2%).

Temporalitat i precarietat laboral entre les professionals més joves

La precarietat laboral afecta més d'una tercera part (37,6%) de les treballadores socials, tot i que són més les interines (23,5%) que les que tenen contracte temporal (14,1%). Aquesta xifra concorda amb el 34,2% que opina que la seva situació laboral és insegura, concretament el 88,8% de les contractades temporals i el 66,2% de les interines.

La percepció d'inseguretat laboral es concentra especialment entre les menors de 35 anys (el 64,2% té contracte temporal o interí i el 58,9% considera la seva situació laboral com a insegura) i va baixant a mesura que es fan grans. Tot i així es manté una sensació d'inseguretat en tots els grups d'edat que va minvant fins arribar a un mínim d'11,1% entre les majors de 55 anys.

Els efectes de la precarietat laboral sobre la salut depenen de múltiples factors com la resiliència de les persones, l'entorn social i professional i les seves expectatives. En el cas de les professionals del treball social s'associen a una major càrrega de treball i a una menor capacitat de control sobre la feina realitzada, però, sobretot en el cas de les contractades temporals, compten amb un bon suport de caps i de companys que opera com a factor protector. Cal dir que, a diferència d'altres col·lectius, no hi ha una relació clara entre temporalitat i major risc de mala salut mental tot i que presenten nivells de satisfacció laboral més baixos.

Horaris estàndards que no inclouen gaires guàrdies ni treball en cap de setmana

En general, el tipus i la durada de la jornada que tenen les treballadores socials s'ajusten a les convencionals de la majoria de la població. Predominen els horaris d'entre 35 i 40 hores setmanals (71,2%) realitzat en jornades continuades (57,6%) amb una presència minoritària de professionals que realitzen guàrdies (13% entre presencials i localitzables) o que han treballat en cap de setmana (15,4%).

Les que treballen al sector públic i, en menor mesura, al concertat, a administracions públiques o a centres sanitaris, són les que presenten una millor situació en aquest sentit. Tenen jornades lleugerament més curtes que fan de manera continuada i hi ha menys treball de cap de setmana o de guàrdies que en el tercer sector o en la resta del sector privat.

Riscos psicosocials basats en una elevada càrrega de treball amb baixa participació en les decisions del centre

Els riscos psicosocials que comporta l'exercici del treball social s'han mesurat a partir del model demanda-control-suport social, on es considera que una situació de treball és generadora d'estrès si s'associa a exigències elevades de treball, poc o cap control sobre el propi treball, poca participació en les decisions comunes i poc suport de l'equip de treball o de la jerarquia.

La situació de les treballadores socials pot ser generadora d'estrès si considerem que la càrrega de treball o les exigències psicològiques de les tasques que realitzen és molt elevada i s'acompanya d'una baixa participació en les decisions comunes de la unitat o centre on treballen. En canvi presenten un bon nivell de control o capacitat de decisió sobre la feina que realitzen i un bon suport social. Aquest és l'aspecte que millor puntua tot i que és major el que reben dels seus companys (dimensió que puntua més positivament) que el dels seus caps.

Les professionals més exposades a factors de risc psicosocial són les que treballen al sector públic, en una Administració pública i en serveis socials d'atenció primària. Destaquen les elevades càrregues de treball, la baixa capacitat de decisió sobre la seva feina i la baixa participació en les decisions comunes. El suport social, tant dels superiors com dels companys, es troba en un punt intermedi.

Les menys exposades són les que treballen al tercer sector, en una ONG o entitat sense ànim de lucre. Tenen també altes exigències psicològiques però en menor mesura que la resta i s'acompanyen d'una major autonomia sobre la feina i d'una major participació en les decisions comunes.

Cal destacar que les treballadores socials que treballen en un centre sanitari són les que compten amb un pitjor nivell de suport social tant per part dels companys com dels superiors.

Diferències salarials importants entre el sector públic o concertat i el tercer sector o el privat

El nivell de satisfacció que les treballadores socials tenen amb les seves condicions de treball és més elevat que el que tenen envers el seu salari. El 69,8% està satisfeta o molt satisfeta amb les seves condicions de treball i un 58,6% ho està amb el seu salari.

La satisfacció amb les condicions de treball marquen menys diferències entre diferents sectors o llocs de treball que les salarials. Les més insatisfetes amb el seu salari són les que treballen al tercer sector (51,7% d'insatisfetes) o al privat (63,2%) que contrasten amb les que treballen al sector públic o concertat on el nivell d'insatisfacció es troba al voltant del 37%.

Elevada presència de professionals en situació de burnout, especialment al sector públic

La síndrome de *burnout* està molt present entre les treballadores socials. Es tracta d'una situació d'estrès crònic que, segons el model de Maslach que hem adoptat, es mesura a través de tres dimensions; l'esgotament emocional, la despersonalització i la disminució de l'expertesa i l'acompliment professional.

L'esgotament emocional està present en un 50,1% dels professionals, en un 28,9% dels casos de manera moderada i en un 21,2% dels casos, de manera elevada. Aquest problema afecta més els homes i marca poques diferències en funció de l'edat.

La dimensió que puntua pitjor és la de despersonalització. Un 68,6% dels professionals (un 30,9% amb un nivell elevat) presenta problemes d'indiferència envers els seus usuaris i no té una capacitat d'implicació emocional saludable amb ells. Afecta més els homes i tendeix a disminuir amb l'edat.

El 49,3% de les treballadores socials té una percepció negativa del seu acompliment personal i professional, el 26,1% a un nivell elevat. Les diferències per sexe o per edat no són molt rellevants tot i la tendència a millorar l'autopercepció d'eficàcia professional amb l'edat.

Els factors vinculats a la feina que afavoreixen la presència de cadascuna de les dimensions del *burnout* coincideixen pràcticament en la seva totalitat amb els segments professionals que, com hem vist, estaven més exposats als factors de risc psicosocial, és a dir treballadores del sector públic, que treballen a una Administració pública, en serveis socials d'atenció primària i que són interines o funcionàries.

En conjunt podríem parlar d'un 21,8% de treballadores socials amb un risc elevat de patir síndrome de *burnout* i un 44,3% en risc moderat o latent. És difícil valorar l'abast d'aquesta xifra, certament elevada, sense tenir referències d'altres estudis que hagin emprat una metodologia totalment comparable. En el nostre cas, l'hem incorporada a l'estudi fet l'any 2017 als odontòlegs i als psicòlegs de Catalunya. Les treballadores socials presenten un nivell de *burnout* proper al dels odontòlegs (un 18,9% presenta un risc

elevat de patir *burnout* i un 38,3% un risc moderat) alhora que els psicòlegs presenten una situació molt més favorable en totes les dimensions. Un 5,9% presenta un risc elevat de patir *burnout* i un 27,6% un risc moderat.

Professió molt afectada per factors externs no sempre vinculats al centre de treball

Un percentatge molt elevat de treballadores socials considera que el seu exercici professional es veu afectat negativament per circumstàncies de tipus social i institucional alienes en part als seus centres de treball. Les més importants són les que tenen a veure amb la crisi econòmica patida en els últims anys i que es concreta en un *increment de les necessitats d'intervenció social a causa de la crisi* (afecta negativament un 82,0% de les treballadores socials) acompanyada de *la manca de recursos disponibles per fer front a les problemàtiques dels usuaris* (84,8%) i que es combina amb la *precarització de les condicions salarials o laborals en el sector* (74,9%).

D'altra banda, la professió ha de fer front a situacions viscudes com a pressions externes al seu estricte marc de treball com ara el desajust entre els objectius polítics o institucionals i els professionals (78,1%) o la pressió política, ciutadana o dels mitjans de comunicació (70,3%), a les quals s'afegeix la manca de coordinació i col·laboració amb altres agents socials que operen a la zona (67,4%).

8.3. Estils de vida determinants de la salut

Els estils de vida de les treballadores socials són en general saludables pel que fa al consum de tabac, d'alcohol i de drogues, als seus hàbits alimentaris o a la pràctica d'activitat física i en alguns casos són similars als que presenta la població general de la seva categoria socioeconòmica i alguns professionals de la salut que han estat estudiats seguint la mateixa metodologia.

Hàbits de vida saludables però amb ampli marge de millora

Les treballadores socials mantenen uns hàbits correctes pel que fa al seu nivell de pràctica esportiva. Pràcticament totes realitzen algun tipus d'activitat física i només un 3,2% es declaren sedentàries. No hi ha diferències en relació amb la pràctica esportiva que realitza la població catalana o altres col·lectius professionals.

Més d'una quarta part (29,5%) de les professionals del treball social considera que els seus hàbits alimentaris són poc o gens saludables. La seva ingesta de fruita o verdura (2,4 racions diàries de mitjana) és inferior a la recomanada pels experts (cinc peces o racions) i fins i tot a la que presenta la població general (3,2) i un 24,6% realitza menys de 3 àpats al dia. Les condicions de treball incideixen negativament sobre la possibilitat de dur a terme una alimentació saludable en un 38,4% dels casos mentre que en el cas de

les infermeres, per exemple, afectava un 47,7%. Podem concloure, doncs, que els seus hàbits alimentaris són manifestament millorables tant en el consum de fruita i verdura com en el nombre mínim d'àpats diaris però no es poden imputar directament a les seves condicions de treball.

El percentatge de fumadores (27,2% entre habituals i ocasionals), tot i que està lleugerament per sota del de la població general (31,3%), és més elevat que el de qualsevol dels professionals de la salut estudiats. La prevalença de fumadors diaris entre les treballadores socials (20,0%) es troba molt per sobre de la dels metges (11,7%) o els farmacèutics comunitaris de Catalunya (9,1%) i una mica per sobre de la dels psicòlegs (17,4%) que són els professionals de la salut més fumadors.

Predomina, en canvi, un consum d'alcohol moderat, principalment de cervesa i vi. El percentatge de bevedores de risc (6,8%) és lleument més elevat que el que presenta la població general catalana de les seves mateixes característiques (3,7%) però té una posició força similar a la dels professionals de la salut. Les treballadores socials presenten un consum de risc similar al de les infermeres (6,3%), una mica inferior al de metges (10,0%), odontòlegs (9,5%) o psicòlegs (8,1%) i una mica superior al de farmacèutics comunitaris (5,5%).

El consum de drogues en algun moment de la vida és superior al consum actual, que és baix i se centra en derivats del cànnabis

Un 46,8% de les treballadores socials ha pres alguna droga il·legal (cànnabis, amfetamines, pastis o àcids, cocaïna o heroïna) en algun moment de la seva vida. Un 5,9% manté el consum en els últims 30 dies, bàsicament de cànnabis (5,7%). Tot i que no és totalment comparable, el nivell de consum d'aquests professionals sembla estar en la línia del que declara la població general espanyola (de 15 a 64 anys) però es troba per sobre del que plantegen els odontòlegs de Catalunya (els únics dels que tenim dades comparables): el 35,6% d'ells ha pres alguna droga il·legal en algun moment de la seva vida i un 3,4% manté el consum en els últims 30 dies, també amb predomini del cànnabis (2,5%).

Dormen menys que la població general però no es deu únicament a les condicions de treball

Un element negatiu pel que fa als hàbits de vida de les treballadores socials és el percentatge de professionals que dormen menys temps del considerat saludable per l'OMS. Aquest organisme estableix que un adult ha de dormir una mitjana de 7 a 8 hores per mantenir durant el dia un bon estat físic i mental i, encara que aquest temps pot variar segons les necessitats de cada persona, es considera que dormir 6 hores o menys pot tenir repercussions en la salut i en la qualitat de vida de les persones. La manca de son pot produir fatiga, mals de cap i d'esquena, depressió, ansietat, sobrepès, trastorns metabòlics i debilitament del sistema immunitari.

Més d'una quarta part (29,5%) de les treballadores socials es troben en aquesta zona de risc, és a dir, dormen 6 hores o menys i la mitjana d'hores de son se situa en 6,8 hores, gairebé 30 minuts menys que

la població general del seu mateix grup social. La manca d'hores de son s'associa al nombre d'hores de treball setmanal (a mesura que augmenta la jornada laboral, es dormen menys hores) i a haver realitzat guàrdies o treball en cap de setmana.

En qualsevol cas, són poques (19,2%) les professionals que consideren que els seus horaris laborals afecten negativament la seva vida personal i familiar. En el cas de les infermeres, per exemple, el 37,2% dorm 6 hores o menys i el 50,4% opina que els seus horaris afecten negativament la seva vida personal.

8.4. Estat de salut

La salut de les treballadores socials presenta pitjors indicadors que la població general i que alguns professionals de la salut tant a nivell físic com, sobretot, psicològic. Presenten un risc elevat de patir trastorns mentals i major propensió al dolor, la fatiga i l'estrès.

Estat de salut autopercebut una mica pitjor que el de la població general

La majoria de les treballadores socials (87,9%) considera que el seu estat de salut és excel·lent, molt bo o bo i, com és natural, es tracta d'una autopercepció que empitjora amb l'edat. És una xifra una mica pitjor que la de la població general (90,7%) o la dels psicòlegs (91,2%) i millor que la de les infermeres (85,1%). D'altra banda, és similar a la dels odontòlegs (88,3%) i la dels farmacèutics (87,4%).

Elevada presència de trastorns associats a ansietat i depressió

La meitat de les treballadores socials (51,1%) declara tenir algun trastorn crònic entre els que destaquen les malalties digestives o respiratòries, la hipercolesterolèmia i altres associats a l'edat amb una prevalença similar a la que trobem en població general. En canvi, la presència de trastorns depressius i/o d'ansietat (17,4%) està una mica per sobre de la prevalença que aquestes malalties tenen en població general (15,3%) i se situa en un punt intermedi respecte a professionals de la salut: és similar a la de les infermeres (17,9%) però superior a la de metges (14,5%), odontòlegs (14,3%) o psicòlegs (8,8%).

Cal destacar que el consum de psicofàrmacs per part de les treballadores socials és, en conjunt, més baix que el que presenten els professionals de la salut. El consum d'antidepressius (6,0%) és més alt que la població catalana (3,9%) però és similar al dels professionals de la salut. Per la seva part, el consum d'hipnòtics i ansiolítics (10,8%) és inferior al dels odontòlegs (18,4%), farmacèutics (16,1%), metges (13,8%) o infermeres (12,7%) malgrat que aquests presenten prevalences menors de trastorns d'ansietat.

Elevada presència d'indicadors de dolor i de fatiga

Als trastorns crònics esmentats cal afegir un elevat percentatge de treballadores socials que durant l'últim mes han experimentat algun indicador de dolor (52,6%), de fatiga (51,6%) o d'estrès (43,0%). Es tracta

de xifres molt similars a les que presenten les infermeres (57,1%, 51,3% i 44,6%) i que situen ambdós col·lectius com els que més pateixen aquests símptomes en relació amb altres professionals de la salut de Catalunya.

Més casos de sobrepès i obesitat que en població general

La majoria de treballadores socials té un índex de massa corporal que se situa dins de paràmetres saludables (60,9%) i, en aquest sentit, presenten un comportament més positiu que el de la població catalana (55,5%). Tot i així, cal destacar que més d'una tercera part (35,5%) de les dones i la meitat dels homes (50,0%) tenen sobrepès o obesitat, percentatges elevats, sobretot pel que fa a les dones amb obesitat (12%). Les dades de sobrepès i obesitat, considerats en conjunt, se situen al mateix nivell que les infermeres però per sobre de les que presenten altres professionals sanitaris.

Elevada prevalença de risc de patir una mala salut mental

Més d'una tercera part de les treballadores socials (35,8%) presenta un elevat risc de desenvolupar problemes de salut mental com ara trastorns depressius, afectius, d'angoixa o d'ansietat. Es tracta d'un percentatge que triplica el risc de la població catalana del seu mateix grup social (9,7%) i que també es troba molt per sobre del que presenten la majoria de professionals de la salut com ara els metges en exercici (18,8%), els odontòlegs (21,6%) o els psicòlegs de Catalunya (21,6%). En canvi, es tracta d'un percentatge similar al que presenten les infermeres, un 35,6% de les quals està exposada a un cert patiment psicològic. És a dir, si bé és habitual i està avalat per nombrosos estudis que els professionals de la salut presenten un major nivell de risc de patir un trastorn mental, aquest s'incrementa en el cas de les professionals d'infermeria i, també dins de l'àmbit assistencial, de les treballadores socials.

Les professionals que presenten una alta exposició a factors de risc psicosocial i alts nivells d'insatisfacció amb els seus ingressos o amb les seves condicions de treball tenen més probabilitats de trobar-se en risc de mala salut mental. També es relaciona amb la presència de la síndrome de *burnout*.

9. Annex metodològic

9.1. Característiques tècniques de l'enquesta

Les característiques tècniques de l'*Enquesta sobre la salut i les condicions de treball de les treballadores socials a Catalunya* són les següents:

Univers: l'enquesta s'ha adreçat a totes les treballadores socials col·legiades a Catalunya, és a dir, 5.114, segons dades facilitades pel Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, actualitzades a març de 2018.

Grandària de la mostra: s'han obtingut 665 respostes de les quals 17 s'han hagut d'anul·lar per tractar-se de persones que no estan en actiu com a treballadores socials. Així doncs, la mostra final de l'enquesta està integrada per 648 efectius. El marge d'error global resultant és de $\pm 3,7\%$ per a un nivell de confiança del 95,5% i el supòsit estadístic més desfavorable de $p=q=0,5$. Aquesta grandària de mostra permet una bona fiabilitat per a anàlisis bivariades. No permet analitzar resultats per províncies.

Tipus de mostra: aleatòria. No s'han controlat d'antuvi les característiques de les persones participants.

Tipus d'enquesta: autoadministrada on line. S'ha enviat a totes les treballadores socials col·legiades a les diverses delegacions dels col·legis professionals de Catalunya un correu electrònic explicant els objectius de l'estudi i un enllaç al qüestionari electrònic al qual podien accedir lliurement. S'han realitzat 5 recordatoris (reenviament de l'email informatiu amb l'enllaç al qüestionari *on line*) durant els 5 mesos que l'enquesta s'ha mantingut oberta. Tot el procés de recollida de respostes ha estat absolutament **anònim**.

Període de recollida d'informació: entre el 18 de desembre de 2017 i el 26 d'abril de 2018.

Taxa de resposta: el percentatge de qüestionaris rebuts sobre el total de correus electrònics enviats ha estat del 13,0%.

9.2. Representativitat i validació de la mostra

Les respostes s'han rebut en funció de la voluntarietat de les persones contactades i, per tant, es basen en l'aleatorietat pura. El procés de recollida d'informació ha estat anònim i, per tant, no s'han pogut controlar les característiques de les persones participants. No obstant això, posteriorment, un cop rebudes, s'ha validat la seva representativitat a partir de les variables de sexe, edat i província de procedència. Per a això s'ha pres com a base el registre del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya que recull el nombre de treballadores socials inscrites a cada província o delegació territorial per sexe i edat.

Amb aquesta informació s'ha pogut comprovar que l'estructura de la mostra pel que fa a les variables control ha resultat molt similar a les dades disponibles sobre l'univers amb petites diferències sobretot pel que fa al percentatge de professionals joves, que es troben lleugerament infrarrepresentades a la mostra.

Per evitar que aquests desequilibris afectin la seva representativitat, s'han calculat i aplicat uns coeficients de ponderació que permeten atorgar a cada individu el pes que li correspondria en l'univers en funció de les seves característiques de sexe, edat i territori.

9.3. El qüestionari

El qüestionari utilitzat en aquesta enquesta s'ha dissenyat seguint les pautes, pel que fa als principals indicadors de salut, de les enquestes de salut dirigides a població general. Concretament s'ha seguit el model de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA), que és contínua i permet obtenir dades fins a l'actualitat i, per comparar algunes variables, l'Enquesta Nacional de Salut d'Espanya (ENSE), l'última edició de la qual és de 2011. D'altra banda, s'han pres com a referència les enquestes de salut, estils de vida i condicions de treball de diversos professionals sanitaris de Catalunya realitzades entre el 2006 i el 2018 per la Fundació Galatea. Sempre que ha estat possible s'han comparat els resultats obtinguts en l'enquesta a treballadores socials amb els obtinguts en població general que pertany a la seva categoria socioeconòmica. Es tracta de la CSE II, que inclou a empresaris sense assalariats, directius de microempreses i professionals de nivell universitari de grau mitjà. S'ha utilitzat com a referència una o altra d'aquestes enquestes en funció del nivell de comparabilitat de les seves variables amb les del present estudi.

El qüestionari, de tipus precodificat i adaptat a l'autoadministració, conté 75 preguntes i 209 variables directes, distribuïdes en els següents apartats temàtics:

TAULA. Preguntes i variables del qüestionari per apartats temàtics

	Preguntes	Variables
1. Estils de vida	22	47
2. Estat de salut	8	47
3. Situació laboral i professional	25	73
4. Estructura familiar i tasques domèstiques	9	15
5. Exercici professional	4	15
6. Dades sociodemogràfiques	8	12
Total	76	209

El qüestionari electrònic s'ha programat en català mitjançant el sistema de formularis de Google Drive. Els formularis completats eren enviats de manera anònima per les treballadores socials participants al mateix servidor de Google Drive des del qual s'han descarregat un cop tancada l'enquesta. Posteriorment s'han classificat les respostes obertes o les recollides com a "altres respostes" i s'han depurat mitjançant anàlisi manual d'inconsistències tot anul·lant els formularis que tenien un alt percentatge de no respostes. La base de dades definitiva s'ha exportat al programa SPSS, amb el qual finalment s'han realitzat les anàlisis.

9.5. Les variables

La majoria de les variables contingudes en el qüestionari són de tipus directe, és a dir una variable equival a una pregunta o un ítem de preguntes multivariables. Altres variables són compostes, és a dir, s'han generat, mitjançant recodificacions o càlculs diversos, a partir de les variables directes. Les principals variables compostes es presenten a continuació.

L'activitat física

Per calcular l'índex d'activitat física s'ha utilitzat la versió curta de l'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Aquest instrument sol·licita informació sobre la freqüència i el temps de pràctica habitual de tres tipus d'activitats: caminar, practicar activitats físiques moderades i activitats vigoroses. Amb aquestes dades es calcula la intensitat de l'activitat en METS: caminar = 3,3 METS, l'activitat moderada = 4 METS i l'activitat intensa = 8 METS (Ainsworth, 2011). En segon lloc es calcula la despesa energètica relacionant la freqüència, la durada i la intensitat de la pràctica.

$$\text{Índex energètic} = \sum \text{intensitat (METS)} * \text{durada (minuts)} * \text{freqüència (dies)}$$

I, finalment, es classifica la població en 4 grups:

Inactivitat	No realitzen cap activitat física en el temps lliure
Activitat física lleugera	≤ 499 total MET minuts/setmana
Activitat física moderada	500 a 999 total MET minuts/setmana
Activitat física intensa	≥ 1.000 total MET minuts/setmana

El consum d'alcohol

Per classificar els individus segons el seu consum d'alcohol s'ha utilitzat la proposta del Pla Nacional de Drogues que recull la freqüència de consum, la quantitat o nombre de consumicions per dia i la quantitat d'alcohol ingerit en grams o unitats de beguda estàndard (UBE) que depenen del tipus de beguda consumida. Es diferencia el consum per dies feiners i en caps de setmana.

TAULA. Quantificació del consum d'alcohol

Unitat de consum = Σ UBE (10gr.) * Nombre de consumicions * Pes de freqüència

1 unitat de beguda estàndard (UBE) = 10 g alcohol pur

Consum setmanal en dies laborables (dilluns a dijous)		Consum setmanal en cap de setmana (divendres a diumenge)	
1. Cap dia laborable	x 0,00	1. Mai	x 0,000
2. Menys d'un dia laborable per mes	x 0,25	2. Menys d'un cap de setmana al mes	x 0,125
3. 1-3 dies laborables per mes	x 0,50	3. Un cap de setmana al mes	x 0,250
4. 1 dia laborable per setmana	x 1,00	4. 2 caps de setmana al mes	x 0,500
5. 2 dies laborables per setmana	x 2,00	5. 3 caps de setmana al mes	x 0,750
6. 3 dies laborables per setmana	x 3,00	6. Tots els caps de setmana	x 1,000
7. Tots els dies laborables	x 4,00		

A partir d'aquests càlculs, les persones es classifiquen en tres grups:

No bevedors	No han consumit alcohol en els últims 12 mesos
Bevedors moderats	Homes que han begut menys de 28 UBE/setmana Dones que han begut menys de 17 UBE/setmana
Bevedors de risc	Homes que han begut 28 o més UBE/setmana Dones que han begut 17 o més UBE/setmana Persones que han pres 5 consumicions seguides almenys una vegada al mes.

El consum de tabac

Per al càlcul del consum de tabac s'ha utilitzat l'autodeclaració dels individus respecte a la seva relació amb el tabac en l'actualitat i en el passat. Els individus es classifiquen en cinc grups que es poden agrupar en tres.

No fumadors	No fumadors	Persona que no ha fumat mai
	Altres no fumadors	Persones no fumadores que, al llarg de la seva vida, han fumat de manera habitual o ocasional durant menys de 6 mesos
Exfumadors	Exfumadors	Persones que no fumen actualment però que han fumat durant més de 6 mesos de manera habitual o ocasional.
Fumadors	Fumadors diaris	Persones que fumen actualment de forma diària.
	Fumadors ocasionals	Persones que fumen actualment però no de forma diària

Índex de salut mental

Per obtenir una mesura de la salut mental de la població analitzada s'ha utilitzat l'escala de Goldberg, el General Health Questionnaire (GHQ-12). Aquest instrument, validat a Espanya i en més de 30 països, està recomanat per a la seva utilització en estudis epidemiològics i enquestes de salut dirigides a població general i a col·lectius específics. Mesura les probabilitats que té una persona de patir un trastorn mental en el moment de l'entrevista i està considerat com un bon instrument de cribratge de salut mental d'una població. Consta de 12 ítems en forma d'escala Likert amb quatre possibilitats de resposta. Les respostes 1 i 2 de cada pregunta puntuen 0 i les respostes 3 i 4 puntuen 1. La puntuació global s'obté de la suma de tots els ítems, considerant valors perduts els casos amb més de 5 ítems no contestats. Es considera que les persones amb una puntuació superior a 2 (≥ 3) estan en risc de tenir una mala salut mental.

Índex de massa corporal

L'índex de massa corporal (IMC) es calcula a partir de l'autodeclaració de pes i alçada. La fórmula aplicada és pes en kg dividit per altura en metres al quadrat (kg/m^2). A partir d'aquest càlcul es classifica a la població en quatre grups:

Baix pes	IMC $< 18,5$
Normopès	IMC $\geq 18,5$ a < 25
Sobrepès	IMC ≥ 25 a < 30
Obesitat	IMC ≥ 30

Factors de risc psicosocial en el treball

S'ha utilitzat una adaptació reduïda del Job Content Questionnaire (Karasek, 1993) que mesura diferents factors de risc psicosocial d'acord amb cinc dimensions: el suport dels superiors, el suport dels companys, el control sobre el treball, la participació en les decisions de la unitat o del centre de treball i les exigències psicològiques de les tasques desenvolupades.

Aquestes dimensions es valoren a partir de diversos ítems que admeten valors d'1 a 4 mitjançant una escala Likert (de molt d'acord a molt en desacord). Els ítems formulats en positiu són recodificats en sentit contrari (de 4 a 1) i es calculen les mitjanes de cada dimensió, i la mitjana teòrica a 2,5. Per avaluar la consistència interna dels ítems de cada dimensió s'ha calculat l'Alpha de Cronbach i els resultats són favorables.

TAULA. Ítems utilitzats per al càlcul dels factors de risc psicosocial i valor de l'Alpha de Cronbach

Suport dels superiors	0,908
50_1. Al meu o la meva cap li preocupa el benestar dels que treballen amb ell/ella	
50_2. El meu o la meva cap presta atenció al que li dic	
50_3. El meu o meva cap m'ajuda a realitzar bé la meva feina	
50_4. El meu o la meva cap aconsegueix que treballem en equip	
Suport dels companys	0,881
52_1. Els meus companys/es de feina són competents professionalment	
52_2. Els meus companys/es de feina s'interessen per mi com a persona	
52_3. Els meus companys/es de feina m'ajuden a realitzar bé la meva feina	
52_4. Si tingués algun problema a la feina podria comptar fàcilment amb l'ajut dels meus companys/es	
Exigències psicològiques	0,708
54_1. Haig de treballar molt	
54_2. La meva feina requereix que em concentri durant molta estona en allò que estic fent	
54_3. Sovint m'interrompen la feina i per això haig de tornar a posar-m'hi més tard	
54_4. Haig de treballar contra-rellotge	
54_5. Sovint la meva feina es demora perquè haig d'esperar el resultat de proves que realitzen altres persones o departaments	
54_6. La meva feina requereix que aprengui coses noves	
Control sobre el treball	0,711
54_7. La meva feina requereix que sigui creatiu/va	
54_8. La meva feina em permet prendre moltes decisions pel meu compte	
54_9. A la meva feina arribo a fer una gran quantitat de coses diverses	
54_10. Tinc molta influència sobre allò que passa a la meva feina cada dia	
54_11. Tinc l'oportunitat de treballar en allò que sé fer millor	
54_12. Puc decidir el meu propi ritme de treball	
Participació	0,758
54_13. Puc influir de manera important sobre les decisions que afecten la unitat on treballo	
54_14. A la unitat on treballo les decisions es prenen col·lectivament	
54_15. Es tenen en compte les meves idees sobre el treball de la unitat	

Burnout

S'ha utilitzat el Maslach Burnout Inventory (MBI) que valora l'abast del dany psicològic derivat del treball. Es basa en 22 preguntes que permeten estudiar el nivell d'estrès crònic a partir de tres dimensions: l'esgotament emocional, la despersonalització, deshumanització o cinisme i el nivell d'eficàcia o realització personal amb el treball.

Aquestes dimensions es valoren a partir de diversos ítems que admeten valors de 0 a 6.

0. Mai
1. Poques vegades l'any o menys
2. Un cop al mes o menys
3. Unes poques vegades al mes o menys
4. Un cop a la setmana
5. Poques vegades a la setmana
6. Cada dia

Per avaluar la consistència interna dels ítems de cada dimensió s'ha calculat l'Alpha de Cronbach. Els resultats són favorables tot i que al límit en les dimensions de despersonalització i realització personal.

TAULA. Ítems utilitzats per al càlcul del *burnout* i valor de l'Alpha de Cronbach

Esgotament emocional		0,886
1. Em sento emocionalment esgotat/ada a causa de la meva feina		
2. Quan finalitza la meva jornada de treball em sento buit/da		
3. Quan m'aixeco i faig front a una nova jornada de treball em sento fatigat/da		
6. Sento que tractar tot el dia amb gent em cansa		
8. Sento que el treball m'està desgastant		
13. Em sento frustrat a la meva feina		
14. Sento que passo massa temps a la meva feina		
16. Sento que em cansa treballar en contacte directe amb la gent		0,695
20. Em sento al límit de les meves possibilitats		
Despersonalització		
5. Sento que estic tractant alguns usuaris com si fossin objectes impersonals		
10. Sento que m'he fet més dur amb la gent		
11. Em preocupa que la meva feina m'està endurint emocionalment		
15. Sento que realment no m'importa el que els passi als meus usuaris		
22. Crec que els meus usuaris em responsabilitzen d'alguns dels seus problemes		

Realització personal	0,809
4. Sento que puc entendre fàcilment als usuaris	
7. Sento que tracto amb molta eficàcia els problemes dels meus usuaris	
9. Sento que, a través del meu treball, estic influïnt positivament en la vida d'altres persones	
12. Em sento amb molta energia a la meua feina	
17. Sento que puc crear amb facilitat un clima agradable amb els meus usuaris	
18. Em sento estimat després d'haver treballat íntimament amb els meus usuaris	
19. Crec que aconsegueixo moltes coses valuoses amb aquest treball	
21. A la meua feina tracto els problemes emocionals de forma adequada	

Per calcular el valor de cada dimensió s'han sumat els resultats de tots els ítems de cada dimensió i s'han classificat els resultats en funció d'aquests intervals:

	Nivell baix	Nivell moderat	Nivell alt
Esgotament emocional	<17	18-29	≥30
Despersonalització	<5	6-11	≥12
Realització professional	<33	34-39	≥40

Una nota alta a les dues primeres dimensions i baixa a la tercera implica un risc elevat de patir la síndrome de *burnout* i, viceversa, una puntuació baixa a les dues primeres dimensions i alta a la tercera, implica que el risc és molt baix o inexistent. Aquest test no preveu la possibilitat de sumar el valor de totes les dimensions per arribar a tenir una puntuació única i general.

En aquest estudi, per qüestions d'operativitat, hem creat una variable que té en compte les tres dimensions. Es tracta, doncs, d'una dada orientativa que pot facilitar la comparació entre diversos grups professionals però que ha de ser considerada amb cura ja que no està validada. Estableix una escala entre la situació en què totes les dimensions es troben en nivells de risc (nivell alt de les dues primeres dimensions i baix de la tercera) fins a la que presenta totes les dimensions en nivell de no risc (nivell baix de les dues primeres dimensions i alt de la tercera).

Bibliografia

- Ainsworth BE, Haskell WL, Herrmann SD, Meckes N, Bassett Jr. DR, Tudor-Locke C, Greer JL, Vezina J, Whitt-Glover MC, Leon AS. 2011 Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. *Med Sci Sports Exerc.* 2011;43(8):1575-1581.
- Alvarez GG, Ayas NT. The impact of daily sleep duration on health: a review of the literature. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2004;19(2):56-9.
- Amable M, Benach J, González S. La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multimétodos. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2001;4(4):169-184.
- Aranceta J, Perez C, Serra L, Ribas L, Quiles J, Vioque J, Tur J, Mataix J, Llopis J, Tojo R, Foz M; Grupo colaborativo para el Estudio de la Obesidad en España. Prevalencia de obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Med Clin (Barc).* 2003;120:608-12.
- Artazcoz L, Artieda L, Borrell C, Cortes I, Benach J, Garcia V. Combining job and family demands and being healthy: what are the differences between men and women? *European Journal Public Health.* 2004;14(1):43-8.
- Artazcoz L. Carga mental y factores de riesgo psicosocial, ¿estamos midiendo lo mismo o son cosas diferentes? *Archivos de prevención de riesgos laborales.* 2001; 4(3): 9-10.
- Atienza AA, Yaroch AL, Masse LC, Moser RP, Hesse BW, King AC. Identifying sedentary subgroups: the National Cancer Institute's Health Information National Trends Survey. *Am J Prev Med.* 2006;31:383-90.
- Bergner M. Measurement of health status. *Med Care.* 1985;23:696-704.
- Blancafórt X, Masachs E, Valero S, et al. Estudi sobre la salut dels residents a Catalunya. Fundació Galatea, 2008.
- Breslow L. Public health aspects of weight control. *Int J Epidemiol.* 2006;35(1):3-9.
- Breslow L. Some sequels to Surgeon General's Report on smoking and health: Thirty years later. *Ann Epidemiol.* 1996;6:372-375.

Caamaño F, Figueiras A, Lade E, Gestal-Otero JJ. La automedicación: conceptos y perfil de sus usuarios. *Gac Sanit.* 2000;14:294-9.

Carta Europea Contra la Obesidad. Conferencia Ministerial Europea de la Organización Mundial de la Salud contra la Obesidad. Estambul (Turquía), 15–17 de noviembre de 2006. Disponible a <http://www.euro.who.int/obesity>

Craig CL, Marshall AL, Sjöström M et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* 2003; 35:1381-1395.

Del Boca FK, Darkes J. The validity of self-reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research. *Addiction.* 2003;98 (Supl 2):1-12.

Encuesta Nacional de Salud de España. 2011-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Metodología i resultats disponibles a <http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

Enquesta de Salut de Catalunya 2014. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Metodologia i resultats disponibles a

http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/enquesta_salut_catalunya

Fagerström K. The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. *Drugs.* 2002;62 (Supl 2):1-9.

Firth-Cozens J. Interventions to improve physicians' well-being and patient-care. *Soc Sci Med.* 2001; 52:215-222.

Fundació Galatea. Enquesta de salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya, Barcelona 2006.

Fundació Galatea. Enquesta de salut, estils de vida i condicions de treball dels farmacèutics i farmacèutiques de Catalunya, Barcelona 2016.

Fundació Galatea. Enquesta de salut, estils de vida i condicions de treball de les infermeres i infermers de Catalunya, Barcelona 2016.

Fundació Galatea. Enquesta de salut, estils de vida i condicions de treball dels psicòlegs i psicòlogues de Catalunya, Barcelona 2017.

Fundació Galatea. Enquesta de salut, estils de vida i condicions de treball dels odontòlegs i odontòlogues de Catalunya, Barcelona 2017.

Gil-Monte, Pedro R. "Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals." *Revista de Saúde Pública* 39.1 (2005): 1-8.

- Goldberg, D. The General Health Questionnaire. Windsor, UK: NFER-Nelson, 1978.
- Gorter RC, Albrecht G, Hoogstraten J, Eijkman MA., Professional burnout among Dutch dentists. Community Dent Oral Epidemiol. 1999 Apr;27(2):109-16
- Hallal PC, Victora CG. Related Articles. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Med Sci Sports Exerc. 2004;36(3):556.
- Health implications of obesity. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Ann Intern Med. 1985;103(6):1073-77.
- Informe 2004 del Observatorio Español sobre drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible a <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf>
- Informe 2007. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. Disponible a: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf>
- Kalliath, Thomas J., et al. "A test of the Maslach Burnout Inventory in three samples of healthcare professionals." Work & Stress 14.1 (2000): 35-50.
- Karasek R, Theorell T. Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990.
- Karasek RA, Pieper C, Schwartz J. Job Content Questionnaire and user's guide, versión 1,5. Lowell (Boston), University of Massachusetts Lowell, Departament of Work Environnement, 1993.
- Lahiri S, Moure-Eraso R, Flum M, Tilly C, Karasek R, Massawe E. Employment conditions as social determinants of health. Part I: the external domain. New Solutions Journal. 2006;16(3):267-88.
- Martikainen P, Aromaa A, Heliövaara M, Klaukka T, Knekt P, Maatela J, Lahelma E. Reliability of perceived health by sex and age. Social Science and Medicine. 1999; 48(8):1117-22.
- Maslach, Christina, Susan E. Jackson, and Michael P. Leiter. Maslach burnout inventory. CPP, 2006.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia para la nutrición, actividad física, prevención de la obesidad (NAOS). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. Disponible a <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf>
- Monroe SM. Modern approaches to conceptualizing and measuring human life stress. Annu Rev Clin Psychol. 2008; 4:33-52.
- Moure-Eraso R, Flum M, Lahiri S, Tilly C, Massawe E. A review of employment conditions as social determinants of health part II: the workplace. New Solut. 2006;16(4):429-48.

- Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez F. Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg. *Arch Neurobiol.* 1979;42:139-158.
- Pekka Oja. Development of a common instrument for physical activity. En: Nosikov A, Gudex G, editors. *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys.* IOS Press; 2003.
- Quesnel-Vallée A. Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for 'true' health? *International Journal of Epidemiology.* 2007;36(6):1161-4.
- Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española, *Int J Clin Health Psychol*, 2011; 11(1):125-139.
- Rodríguez-Martos A, Gual A, Llopis JJ. La «unidad de bebida estándar» como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Med Clin (Barc).* 1999;112(12):446-50.
- Rohlfs I, Arrizabalaga P, Artazcoz L et al. Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya. Fundació Galatea, 2007.
- Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, Guía de Alimentación Saludable-SENC, 2015. Disponible a http://www.semfyc.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/guia_alimentacion.pdf
- Van Itallie TB. Obesity: adverse effects on health and longevity. *Am J Clin Nutr.* 1979;32(12 Supl):2723-33.
- WHO Regional Office for Europe, European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020, Copenhagen, 2015
- World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Switzerland: WHO Press; 2010.
- World Health Organization, Nota Descriptiva N° 394 de mayo de 2015. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>

Estudi de salut, estils de vida i condicions de treball
de les treballadores socials de Catalunya

FUNDACIÓ GALATEA

Presidència:

Dr. Miquel Vilardell Tarrés

Direcció:

Dr. Antoni Calvo Lòpez

Coordinació de programes:

Sra. Anna Mitjans Garcés

Suport administratiu:

Sra. Marta Anglès Traserra

PATRONAT**President:**

Dr. Miquel Vilardell Tarrés
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Secretari:

Sr. Ignasi Pidevall Borrell
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Vocals:

Dr. Alejandro Andreu Lope
Mutual Mèdica de Catalunya i Balears

Dr. Josep M. Benet Martí
Col·legi de Metges de Barcelona

Sra. Núria Carrera Comes
Col·legi de Treball Social de Catalunya

Sr. Joan Conesa Garrido
Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona

Sr. Manel Domingo Corchos
Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya

Dra. Gràcia Ferrer Codinach
Col·legi de Metges de Barcelona

Dr. Antoni Gómez Jiménez
Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya

Sr. Josep A. Gómez Muro
Col·legi de Veterinaris de Barcelona

Sr. Albert Granero Lázaro
Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona

Dra. Maria Irigoyen Otiñano
Col·legi Oficial de Metges de Lleida

Dr. Frederic Mallol Miron
Col·legi Oficial de Metges de Tarragona

Dr. Ramon Masvidal Calpe
Col·legi Oficial de Metges de Girona

Dr. Ignacio Orce Satrustegui
Assistència Sanitària Col·legial

Sr. Xavier Prat Borrell
Col·legi Oficial de Farmacèutics de Barcelona

Dra. Carolina Roig Buscató
Col·legi Oficial de Metges de Girona

Dr. Marc Soler Fàbregas
Col·legi de Metges de Barcelona

Dr. Gustavo Tolchinsky Wiesen
Col·legi de Metges de Barcelona

Sr. Albert Tort Sisó
Col·legi d'Infermeres i Infermers de Barcelona

Dr. Josep Vilajoana Celaya
Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya

Dra. Silvia Zamora Mestre
Col·legi de Metges de Barcelona

Estudi de salut, estils de vida i condicions de treball
de les treballadores socials de Catalunya

Passeig de la Bonanova, 47
08017 Barcelona
Teléfono 93 567 88 56
Fax 93 567 88 54

fgalatea@fgalatea.org
www.fgalatea.org

Amb la col·laboració de:

