

Migracions i Salut Mental =

Una anàlisi psicopatològica prenent com a punt de partida la immigració assalariada a Catalunya

per Jorge L. Tizón García (Coordinador i redactor de l'estudi) i Manel Salamero, Núria Bellegero, Francisco Sainz, Joseba Atxotegi, Jaume San José i José-Manuel Díaz-Munguira (Col·lectiu d'Investigacions Psicopatològiques i Psicosocials).

Barcelona, gener de 1988

Traducció: Montserrat Bayà

ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ

- 1.1. Els fenòmens migratoris
- 1.2. Les migracions a Espanya i a Catalunya
- 1.3. Fonts i objectius d'aquest llibre

2. DELIMITACIÓ DE CONCEPTES

- 2.1. Conceptes generals
- 2.2. Tipus de migracions
- 2.3. Moments o etapes (psicològics) d'una migració
- 2.4. Integració, adaptació, acomodament?

3. PROBLEMES METODOLÒGICS

- 3.1. Problemes metodològics previs
- 3.2. Una conseqüència: l'aleatorietat dels resultats de molts estudis anteriors sobre el tema

4. ELS NOSTRES PRIMERS ESTUDIS SOBRE EL TEMA I ELS SEUS PROBLEMES METODOLÒGICS

- 4.1. Resum de les nostres primeres investigacions
- 4.2. Una reelaboració crítica de les nostres dades anteriors
- 4.3. Generalització dels problemes "metodològics" i metodològico-teòrics
 - 4.3.1. Consideracions sobre els instruments tècnics emprats
 - 4.3.2. Segon tipus de consideracions: Consideracions "socials"
 - 4.3.3. Tercer tipus de consideracions: Consideracions "psicosocials"
 - 4.3.4. El quart grup de consideracions és també un problema general
 - 4.3.5. Una (nova) perspectiva per als estudis sobre la relació migracions - salut mental
- X 4.4. L'estudi de 1986 a la Verneda i la Pau
 - 4.4.1. Introducció: la mostra
 - 4.4.2. Mètode
 - 4.4.3. Resultats, discussió i conclusions

5. RESUM DE LES DADES GENERALS PROPORCIONADES PELS ESTUDIS ANTERIORS SOBRE EL TEMA

6. DADES I OBSERVACIONS SOBRE LES VARIABLES QUE INTERVENEN EN LES RELACIONS SALUT (MENTAL) - MIGRACIÓ

- X 6.1. Variables antropològiques: sexe, edat i personalitat de l'immigrant
 - . Sexe i migració
 - . Edat i migració
 - . Personalitat i migració

- 6.2. Variable 2: Experiències vitals del migrant abans de la trasplantació psicosocial
- 6.3. Variable 3: Bagatge cultural
- 6.4. Variable 4: Motivacions (conscients i inconscients) que porten a escollir el nou medi
- 6.5. Variable 5: Motivacions (conscients i inconscients) que porten a traslladar-se al nou medi
- 6.6. Variable 6: Les ansietats del canvi
- 6.7. Variable 7: Actitud del medi ^{en} relació ^{amb els} a l'immigrant
- 6.7.1. Cohesió del grup d'immigrants
- 6.7.2. Relacions autòctons-immigrants i polítiques d'Estat
- 6.7.3. Culturalització, adaptació i pressions del medi ~~amb~~ relació ^{amb} a la migració
- 6.7.4. Oportunitats laborals i econòmiques
- 6.8. Variable 8: Capacitat de contenció del medi que envolta l'immigrant
- 6.9. Variable 9: Compliment de les expectatives i aspiracions de l'immigrant i del seu microgrup social
- 6.10. Variable 10: Edat, sexe i personalitat de l'immigrant
- 6.11. Variable 11: Experiències vitals després de la migració
- . Volter, volver, volver...
 - . ¿Retornar?
- 6.12. Influències transgeneracionals
- . Infantesa, adolescència i migració
 - . Infants i adolescents que immigren amb els pares i fills d'immigrants
 - . Infants que romanen ^{en el} al lloc d'origen mentre que els pares emigren
 - . Infants que emigren sense els pares
 - . Adolescència, família i migració
7. L'EXPRESSIÓ COMPLEXA DEL CONFLICTE MIGRATORI
- 7.1. Aspectes [psiquiàtrics] i [mèdics]: patoplàstia
- 7.2. Cronologia dels trastorns dels trasplantats
- 7.3. Expressió psicosocial del conflicte
- 7.4. Repercussions assistencials
- 7.5. Aspectes antropològics del conflicte
- . La migració com a "life event"
 - . Migració, psicopatologia i cultura
- 7.6. El buit que deixen els que se'n van
8. HIPÒTESIS EXPLICATIVES DE LES RELACIONS ENTRE MIGRACIONS I SALUT O INSANIA (MENTAL)

- 8.1. La hipòtesi del "xoc cultural"
- 8.2. Les hipòtesis psiquiàtriques i psicologistes
- 8.3. La migració com a procés (psicosocial) de dol

9. MOMENTS PSICODINÀMICS DE LA MIGRACIÓ

- 9.1. Etapa preparatòria
- 9.2. Una perspectiva cognitiva de les migracions
- 9.3. El trasllat, el viatge, l'acte de la migració
- 9.4. Període d'assentament: sobrecompensació i descompensació
- 9.5. "Acomodament", somatització: la "carrera de malalt funcional" i de la "cronificació medicalitzada"
- 9.6. Influències transgeneracionals

10. ESBÓS D'ALGUNES CONCLUSIONS ASSISTENCIALS

11. CONCLUSIONS GENERALS

BIBLIOGRAFIA

Index de Taules i Esquemes

1. Factors de les migracions
2. Migracions a Espanya durant aquest segle
3. Espanyols en el món (1986)
- X 4. Fluxos de la migració interior espanyola
- X 5. Evolució de la migració a Catalunya (1877-1981)
6. Onades migratòries (o moments de la immigració) a Catalunya durant aquest segle
7. Moviments migratoris interiors a Catalunya (1962-1974)
8. Moments o fases d'una migració
- X 9. Procedència de la població dels diversos estudis del CIPP
- X 10. Consultants en relació amb la procedència en els diversos estudis del CIPP
- X 11. Diagnòstics i lloc d'origen en consultes ambulatories
12. Diagnòstic i ~~lloc~~^{lloc} de consulta en els nostres primers estudis
13. Característiques de la població general i de la mostra en l'estudi "La Verneda - La Pau"
- X 14. Procedència dels consultants dels barris de la Verneda i la Pau
15. Diagnòstics i procedència dels consultants
16. Existència de somatitzacions abundants en els consultants, segons la procedència
17. Variables que intervenen en la relació migracions - trastorn mental
18. Percentatge de suïcidis en relació amb la procedència
- X 19. Resum dels estudis empírics de F. Calvo (1972)
- X 20. Composició de la població general i de la potencialment "atesa" en diversos dispositius públics investigats pel CIPP
21. Factors que influeixen en les atencions mèdiques dels immigrants
- X 22. Quadre esquemàtic de l'elaboració del dol
23. Esquema del procés (psicosocial) del dol migratori
24. Repetició de la taula "Variables que intervenen en la relació migracions - trastorn mental"

25. Divergències entre la idealització i la denigració de la terra
i la societat d'origen i la d'adopció de l'emigrant

Dolça Catalunya
pàtria del meu cor
quan de tu s'allunya
d'enyorança es mor.

Hermosa vall, pressol de ma infantesa,
blanc Pirineu,
serges i rius, ermita al cel suspesa,
per sempre adéu!

Arpes del boc, pensans i cadeneras,
canta, canta,
jo dic plorant a boscos i riberes:
adéu-siau!

¿On trobaré tes sanitosas cimes,
ton cel daurat?
Mes ai, mes ai ¿on trobaré tes cimes,
bell Montserrat?
Enlloc veuré, ciutat de Barcelona,
ta hermosa Seu,
ni eixos turons, joïells de la corona
que et posà Deu.

Adéu, germans; adéu-siau, mon pare,
no us veuré més!
Oh!, si al forar on jau ma dolça mare,
jo el llit tinguéss!
Oh! mariners, lo vent que ^{me'm} desterra
que em fa sofrir!
estic malalt, mes ai! torneu-me a terra
que hi vull morir!

pero, do peito no altar,

Jacint Verdaguer (L'emigrant)

Certo de mi Pa aldeã
non te ençites de peaar,
quinda as montañas do inverno
e vieste as galas do vrãr.
E certo que vou pra lonxe
pero a tãe diantoe,
gardadiça nos meus ollos,

~~~~~

Campaniã faladora  
da igreja do meu lugar,  
non me chores como morto,  
canta como no natal.

E certo que vou pra lonxe;  
pero teu minga din-dan,  
sonando nos meus oídos,

~~~~~

Toxos bravies do monte
froles mimosas do val,
non vos murchedes tristesiras,
mostrade os cores galans.

E certo que vou pra lonxe;
pero, do vento nas ás,
voso faiticeiro arume

~~~~~

Non chores, nena, non chores,  
que non téa por que chorar:  
o bo varriño é unha pomba  
que sempre volve á pombal.  
E certo que vou pra lonxe;

e tãa imaxe adurada

~~~~~

Ramón Cabanillas

AGRAÏMENTS

Volem manifestar expressament des d'aquestes pàgines el nostre record i el nostre agraïment a les següents persones i entitats:

En primer lloc, a Enrique de la Lama (psicòleg) i a Margarita Galindo (A.S.), antics membres del Col·lectiu d'Investigacions Psicopatològiques i Psicosocials (CIPP), la col·laboració i el suport dels quals, tant científics com personals, en treballs anteriors, n'ha fet possible aquest.

El Sr. Jordi Maragall i el Dr. Jordi Font han realitzat per al col·lectiu nombroses i delicades tasques de gestió, delegació i representació, sense les quals no hauria estat possible no solament aquest llibre, sinó àdhuc la pervivència del CIPP.

Hem rebut també el suport clínic-científic, especialment en la recollida de dades, de tots els membres del Centre Mèdico-Psicològic de la Fundació Vidal i Barraquer, particularment d'Antoni Bobé, Pere Castellví i Jordi Font. En la recollida de dades empíriques per als altres estudis resumits en aquest volum, han col·laborat també Carmen Teruel (ATS) dins l'INSALUD català, i tant el Dr. J.L. Lillo com el personal de la Unitat de Deficients del Sanatori Psiquiàtric Mare de Déu de Montserrat, de Sant Boi de Llobregat (amb el suport explícit del seu Director, el Dr. Rafael Herrera). Les dades i els estudis empírics recollits a l'Institut Català de la Salut han estat recopilats, corregits i processats per l'Equip d'Ajuda Psicosocial i Psiquiàtrica del CAP La Pau, d'aquest Institut, que centralitza l'atenció sanitària pública catalana.

Durant anys, hem rebut nombrosos suggeriments i orientacions sobre el tema per part del Dr. Francisco Calvo a qui, a més, som deutors de diverses de les nostres hipòtesis i dels enfocaments bàsics, així com diferents il·lustracions clíniques esmentades en aquest volum. Al Dr. L. Grinberg, a més del seu llibre sobre el tema,

hem d'agrair-li també diverses indicacions i aportacions puntuals. Als professors del Departament de Psicologia Social de la Universitat Autònoma de Barcelona, llur discussió i aportacions crítiques a dos dels primers estudis del nostre col·lectiu sobre el tema de les migracions i la salut mental. Els professors de l'Escola Universitària de Treball Social de la Universitat de Barcelona i, especialment, la seva directora, Maria-Teresa Rosell, han estat també un suport inestimable perquè aquest llibre pogués ser publicat.

Eduardo Martín Toval, de forma totalment desinteressada i en record d'una vella amistat i companyonia, ens facilità una ampla recopilació de material jurídic sobre el tema, que no incloem en aquest volum per no augmentar-ne l'extensió (limitada per exigències editorials). Tanmateix, això no entela els nostres agraïment i record per a ell.

I, per descomptat, voldríem agrair ací la col·laboració i la confiança dels milers de consultants i familiars de consultants que, durant aquests anys, han confiat ^{no} en nosaltres ~~suficientment~~ per comunicar-nos informacions i dades sobre ells mateixos i el seu medi psicosocial, tant per poder-los utilitzar en la nostra ajuda clínica, com per a alguna de les investigacions empíriques en què es recolza el llibre. En un altre nivell, els estudiants de 2n i 3r curs de psicologia de la Universitat Autònoma de Barcelona dels anys 1979-1980 també col·laboraren voluntàriament i desinteressada en l'aportació de dades, així com els estudiants de 2n i 3r curs de l'Escola Blanquerna de Formació de Professorat. ^{de tots els anys.}

A totes les persones esmentades, i també a moltes altres que no podem ^m anomenar ací, volem expressar-los els nostres agraïment i gratitud per la seva col·laboració, sense la qual, amb tota seguretats, aquest treball no hauria pogut sortir a la llum.

Barcelona, març de 1988

1. INTRODUCCIÓ

"... aquellas dolorosas raíces que llevaba fuera, rotas, expuestas a los vientos, al cabo de los años se vivifican, renacen, crecen, se llenan de hojas, de brotes nuevos, guías largas, inmensas, que por encima del mar vuelan a ciegas a encontrarse con aquellas otras desgajadas, partidas, que allá lejos quedaron. Y a pesar de las tremendas lejanías se juntan, se enmuñonan, estableciéndose una nueva corriente de sangres detenidas, que vivifican las distancias, creando al fin una flor, tan dolorosa a veces, pero que nunca morirá, alentada por el aire y el sol de la tierra en que queda, aromando la para siempre..."

Rafael Alberti: ¡Cuán cara eres de haber, oh dulce España!" (1984)

1.1. Els fenòmens migratoris

La necessitat d'estudiar les repercussions de l'emigració sobre la salut mental i, especialment, la psicopatologia de l'emigrant, ha estat sentida de fa més d'un segle. La primera motivació parteix de les observacions populars o científiques que correlacionen els patiments de l'emigració amb l'alienació, la psicopatologia o el sofriment mental.

Per exemple, en el nostre país, ja des del segle passat eren popularment coneguts els quadres psico(pato)lògics de l'india,

la morriña de l'emigrant gallec, l'enyorança del català, les actuacions maníagues per oblidar (tot i que no fossin qualificades amb aquest terme)...

Més cap aquí l'interès científic per aquests temes no ha fet sinó créixer, almenys fins al darrer quart del nostre segle, moment en el qual es pot observar una certa tendència a la disminució de publicacions científiques sobre el tema (tendència que coincideix potser amb l'era de la fi de les grans migracions d'assalariats en i als països industrialitzats del globus). Aquest interès

científic, actualment en entredit, com assenyala Daumezon (1965) podia ser degut a dos fets: En primer lloc, a l'observació per part dels psiquiatres de quadres clínics més o menys diferenciats o en proporció distinta entre els immigrants i els autòctons. Davant les primeres investigacions al respecte, la majoria d'elles realitzades entre pacients internats en sanatoris psiquiàtrics públics, el tema és revisat una vegada i una altra, ja que les conclusions sembla que són aclaparadores: la proporció entre internats autòctons i internats immigrants tendeix a ser aproximadament d'1 a 2.

En segon lloc, una altra causa de l'interès despertat pel tema estava en la relació entre la realitat comentada i l'augment de les actituds proteccionistes dels estats i societats davant l'arribada de grans contingents d'immigrants: aquests contingents, en alterar l'equilibri social establert, són percebuts i viscuts com amenaçants i socialment costosos (i més si, d'altra banda, es diu i es creu que els immigrants "emmalalteixen mentalment" més sovint que els treballadors autòctons). Aquesta vivència, com era d'esperar, és més acusada en moments de recessió econòmica i d'atur com ara mateix, en els quals l'immigrant és considerat fàcilment usurpador de llocs de treball, cosa que mobilitza tota mena de rebuigs i prejudicis.

Tal com diu Espiagno (1982) en una interessant monografia divulgatòria sobre el tema de les migracions, els desplaçaments de grups humans d'unes zones a unes altres, amb canvis en els llocs de residència, són fenòmens comprovables des de les èpoques més remotes: al cap i a la fi, l'home només es féu sedentari com a resultat de l'assentament progressiu de les comunitats itinerants de la prehistòria. Nomadismes, pelegrinatges, transhumàncies, trasllats d'esclaus, èxodes de minories ètniques o religioses, colonitzacions, corrents de població relacionades amb el tràfic comercial i l'expansió cultural o política més o menys imperialista, quan no eren les famolenques cròniques de

territoris determinats, són bàsics per explicar-nos l'actual poblament de la terra. En aquest sentit, els mites, llegendes i, generalment, el folklore de quasi tots els pobles és ple de referències al tema migratori. Alguns d'aquests mites han arribat a ser universals: Adam i Eva, Abraham, Edip, Moisès, les diverses llegendes d'exploradors i pioners ("Myflower", les llegendes del "Farwest"...), la mitificada història de "la Reconquesta" ibèrica, etc. Tots els continents han patit aquest tipus de moviments massius, de forma pacífica o bé com a conquestes: siris, grecs, celtes, itàlics, gals, fenicis, romans, jueus, germànics, pobles bàltics i eslaus, huns, àrabs, berbers, tribus africanes i americanes, etc, són exponents de l'incidència i la profusió de les migracions en l'Antiguitat i l'Edat Mitjana.

Tanmateix, utilitzar el terme migracions, en relació amb la prehistòria, pot d'alguna manera resultar inexacte. Els canvis de lloc més importants es desenvoluparen en períodes de temps llarguíssims: no es tractava de desplaçaments massius i ràpids de poblacions senceres, sinó més aviat de la deriva constant de grups humans cap a terres noves, procés que durava molts segles, tal com assenyala Richards (1974). Aquesta autora diu així mateix que fa uns trenta mil anys, al final del pleistocè, els diferents grups ètnics vivien aïllats els uns dels altres: els caucasoides a Europa i Àsia occidental, els mongoloides a la Xina septentrional, els australoides a la Xina sud-oriental i els negroides a Àfrica. A partir d'aquestes zones geogràfiques es produeixen moviments constants de grups humans, que donen lloc al mosaic actual. Fa deu mil anys els grups caucasoides emigraren cap a Àfrica del Nord (origen del poble berber) i cap a Àsia (contribuint a la constitució dels pobles indis). Els pobles mongols de la Xina comencen a expansionar-se cap a Amèrica a través de l'estret de Boering fa uns vint-i-cinc mil anys. D'altra banda, els pobles bantus s'expandeixen cap a tota l'Àfrica subsahariana cap allà l'any mil abans de

Crist, és a dir ja en plena època històrica de la cultura mediterrània. Una migració de grans repercussions sobre Europa fou la de les tribus nòmades d'Europa oriental i Àsia central cap a Occident, una de les conseqüències de la qual fou la caiguda de l'Imperi Romà. La migració d'europaus i africans (aquests generalment com esclaus) cap a Amèrica i Oceania ha tingut encara probablement més conseqüències per al conjunt de la Humanitat: el flux començà poc després dels primers viatges organitzats de Colom i es calcula que més de seixanta milions d'europaus es dirigiren cap a altres continents. Les causes inicials caldria buscar-les en "la vella Europa" (misèria, guerres i epidèmies), així com en les necessitats de força de treball dins les noves regions "descobertes" (poc poblades).

Les grans migracions de cada època segueixen generalment rumbos determinats per motius diferents (econòmics, polítics, religiosos...), però la fantasia de la "terra promesa" ha estat sempre en la base de les grans migracions, tant a nivell individual com social. S'emigra a llocs considerats o fantasiejats com a més acollidors: per això, almenys pel que fa a cada individu concret, des del punt de vista psicoanalític, la fantasia de la "terra promesa" ha estat posada sovint en relació amb la fantasia inconscient de recerca d'una mare-terra nodridora i protectora, idealitzada amb freqüència (Grinberg i Grinberg, 1984).

Fins l'Edat Moderna i, sobretot, fins el segle XVIII, no féu la seva aparició el fenomen migratori en la seva forma actual. Autors com Espiago (1982) i Cardelús i Pascual (1979) coincideixen a assenyalar un fet summament rellevant al respecte: no hi ha migració de persones si no es dóna prèviament una migració o concentració de capitals, una acumulació originària del capital (Sweezy 1946). Com antecedent d'aquests moviments migratoris propis de l'edat contemporània podríem citar les migracions a les ciutats, les colonitzacions agrícoles i

re poblacions de territoris, les migracions de conquesta, els moviments estacionals i els microdesplaçaments propis d'algunes societats més sedentàries que les actuals...

Quan a l'Europa de l'acumulació originària de capital es configuren els Estats nacionals (Mandel 1962, Harnecker 1972), a més dels tipus esmentats començaren a presentar-se les actuals migracions exteriors o internacionals, que en aquest sentit caldria començar a anomenar-les interestatals. En foren un primer model els trasllats massius sota pretextos religiosos: èxode dels jueus i els moriscs espanyols, dels "pelegrins-pioners" del Mayflower, dels refugiats protestants i catòlics en els diferents països europeus... És també l'època dels descobriments geogràfics, els quals introduïren el trasllat continuat a les noves colònies ultramarines. Aquests darrers trasllats, com tots sabem, adquiriren una importància crucial precisament en els temps posteriors a la declaració d'independència de determinades colònies. Precisament aleshores, quan sorgiren els Estats independents i les primeres acumulacions ultramarines de capital, la Humanitat ha conegut el major desplaçament poblacional de la seva breu història sobre el planeta. (Així, en el segle XIX i la primera meitat del XX s'ocuparien les terres despoblades del món, en un moviment quasi lliure d'entrebancs legals per a l'entrada en els països d'acollida). Aquesta fase durà, aproximadament, fins la Segona Guerra Mundial, la qual significà, precisament, un nou intent de repartiment de moltes d'aquestes terres més o menys recentment "colonitzades". D'aquesta manera, l'emigració espontània desaparegué quasi del tot o es convertí en il.legal, encoberta i/o marginal. A partir d'aleshores, les següents migracions interestatals són el resultat de l'expansió econòmica d'unes nacions i/o del descens demogràfic d'altres (o de les mateixes) i no de les necessitats de poblament de noves àrees ("poblament" que ja s'havia donat en el període anterior: no hem d'oblidar que el terme "pobla-

ment" sovint pot encobrir una realitat molt més obscura. De fet, la majoria d'aquestes terres ja eren anteriorment més o menys poblades per pobles autòctons que, generalment, foren derrotats, anorreats i fins exterminats pels "pobladors", els colonitzadors i llurs exèrcits). De tota manera, des del punt de vista dels moviments migratoris, l'última fase de la qual parlàvem (des de la Segona Guerra Mundial) es caracteritzarà perquè l'únic motiu d'interès per al país o la zona receptora seria la capacitat de treball de l'immigrant i no la seva capacitat o acció de "poblador".

Quant a les arrels o causes del fenomen migratori, se n'ha parlat i discutit molt i n'hi ha nombrosíssimes publicacions. En aquest aspecte, s'acostumen a esmentar els "factors d'empenta" i els "factors d'atracció", les causes generals i les "causes específiques", així com les motivacions econòmiques i les motivacions polítiques... Això no obstant, el nostre parer és que els factors generals de les migracions massives, a nivell psicosocial, es podrien resumir en una sèrie de factores externs (que té a veure amb allò que en psicologia i psicoanàlisi anomenem la "realitat externa a l'individu") i els factores interns (o factors intrapsíquics, psicològics o psicosocials). Els factores socials generals es podrien reduir a dues sèries o conjunts: unes de polítiques i unes altres d'econòmiques. Els dos tipus de causes actuen com a factors d'empenta ("push"), factors d'atracció o bé com a obstacles. A aquestes causes socials caldria afegir, segons el nostre parer, les causes o factors individuals, entre les quals destaquen els factors o motivacions psicològics, tant conscients com inconscients. D'aquesta manera, un quadre més complet que el clàssic sobre la motivació de les migracions, un quadre o esquema psicosocial, hauria d'incloure els següents elements:

Taula 1. Factors de les migracions

Es parla de causes fonamentalment polítiques en les migracions forçades per intolerància nacionalista o colonial, per intransigències religioses o polítiques, per situacions socials altament conflictives... En aquests casos, les trasplantacions massives de població acostumen a tenir lloc en períodes reduïts de temps i, almenys en principi, es podria pensar que les alteracions psicosocials hauran de ser molt més importants. Les emigracions de jueus, croates, alemanys, armenis, cubans, vietnamites, portuguesos, coreans, palestins, argentins, uruguaians i nadius de Bangla Desh en aquest segle, poden servir com exemples d'aquesta mena de situacions.

El segon conjunt de causes, les causes econòmiques, al contrari, donen lloc a trasplantacions socials massives però en les quals els individus sembla que prenen "lliurement i voluntària" la decisió d'emigrar. Aquest tipus de migracions és característic de societats en les quals, després de transformacions sòcio-econòmiques o d'un intens creixement demogràfic, no s'arriba a satisfer les necessitats o les expectatives de la població. En el nostre medi, el procés d'industrialització i de concentració capitalista ha donat lloc, en els països capitalistes desenvolupats, a un procés d'urbanització massiva, procés que ha anat aparellat amb la despoblació del medi rural. La població s'ha anat concentrant primer a les ciutats i, més tard, ho ha fet a les grans urbs de zones industrialitzades i en la seva perifèria o zones metropolitanes. En el nostre cas, Barcelona capital i la seva àrea d'influència s'han convertit al llarg d'aquest segle en el pol de concentració d'immigrants més gran de tot Catalunya i, competint amb Madrid, un dels principals de l'Estat.

Tal com recorda Calvo (1977), concretament és la manca de mitjans de subsistència, de promoció i/o d'educació elementals allò que acostuma a empènyer a emigrar, tant si hi ha vivència com no d'aquests "elements d'empenta". En uns altres termes, és la misèria (ha-

bitualment crònica), la manca de feina, la manca de perspectives per al futur familiar o individual, fins i tot la fam, el que motivà la multitudinària immigració a Catalunya durant aquest segle. Generalment, és també la base de les anomenades "causes econòmiques" de les migracions en pràcticament tots els casos en què existeixen.

Al conjunt de variables polítiques i econòmiques és a allò que la "teoria de les migracions" (Espigó 1982) anomena factors d'empenta. Però, segons que ja exposàvem en el quadre anterior a propòsit dels factors que porten a les migracions, hi ha una altra sèrie de causes o factors "d'empenta" que hem de considerar o agrupem dins els anomenats "factors interns" o "individuals". A nivell microgrup i a nivell individual sempre hi ha factors personals que, com mínim, fan que els factors externs siguin viscuts amb prou intensitat per empènyer a la decisió d'emigrar. D'altra banda, hi ha raons de tipus personal particular que determinen la migració de certs individus o petits grups. Per exemple, la d'individus que es troben en desacord amb el seu medi i volen compensar les mancances que hi han patit (i no tan sols les econòmiques) mitjançant adquisicions que solament es poden realitzar fora del seu lloc d'origen. Aquestes raons són sovint la manca de mitjans d'educació o promoció cultural adequats, de mitjans d'investigació, de llibertats socials, polítiques o religioses, etc. Molts dels casos de l'anomenada "emigració de cervells", "emigració d'èlites" estan relacionats amb aquest tipus d'elements psicològics conscients (cosa que no exclou l'existència d'uns altres factors "interns" o psicològics més inconscients).

Efectivament, no totes les motivacions per emigrar són realistes, com ja hem enunciat i més tard ampliarem. En realitat, la decisió d'emigrar, si les causes o factors externs no són molt radicals o perentòries, acostuma a trobar-se relacionada estretament amb factors psicosocials i de personalitat dels individus i microgrup que

emigren. En definitiva, per prendre la decisió d'emigrar --i no, per exemple, la de "continuar aguantant"--, la personalitat de l'individu i l'estructura grupal juguen un paper primordial. Entenem ací el terme personalitat tal com és definit en un altre lloc per un de nosaltres (Tizón, 1982): com el conjunt d'ansietats i defenses (contra l'ansietat) bàsiques i dominants en un individu concret. A partir d'aquí es pot comprendre com, en la decisió d'emigrar, poden jugar un paper fins i tot emocions profundes del subjecte que emigra, emocions --i defenses-- molt primitives en la seva vida; per exemple, els sentiments de menyspreu, d'enveja o d'odi cap al propi lloc d'origen --i les representacions internes amb les quals es relaciona: pare, mare, figures o objectes interns estimats o odiats. També la rivalitat o les gelosies cap a compares, parents i amics, o desigs ambiciosos i voraçs de triomf, que empenyen a conquerir, per uns mitjans o uns altres, allò que altres ja posseeixen. L'important és tenir en compte que, sigui quina sigui la causa determinant, en cada migració i en cada individu que emigra intervenen sempre aquest tipus de causes o factors "interns", en gran part psicològics. I no solament psicològics superficials o conscients, sinó també factors psicològics relacionats amb capes o tendències molt profundes i primitives en els individus afectats (inconscients). Per tant, en tota migració caldrà tenir en compte aquests factors interns els quals, a més, poden ser més o menys realistes o fantasiosos --en el sentit de basats més o menys en les realitats externes. Del grau de concordança entre aquestes fantasies i la realitat externa de la necessitat i els mitjans per emigrar dependrà, tal com després explicitarem, una gran part de les possibilitats de suportar el trauma migratori i adaptar-se, cada individu concret, al nou medi de forma creativa. Si les fantasies, ^(els) desigs i els plans del futur emigrant estan basats en els aspectes menys solidaris de la seva personalitat, menys en contacte i relació amb el medi, o

més negadors de les pròpies emocions i limitacions, les possibilitats que la migració el converteixi en un desadaptat crònic són més grans que en altres subjectes que arriben a la decisió del canvi fins i tot amb les mateixes raons o factors externs pressionants.

Perquè els emigrants puguin arribar a assentar-se en les societats que els acullen calen una sèrie de condicions:

com assenyala Espiago (1982) encertadament, cal que abans hagin estat realitzades una sèrie d'inversions productives o s'utilitzin recursos econòmics nous o renovats: en darrer terme, és el que fa possible la incorporació al treball dels desplaçats. Per això cal tenir clar que la història de les migracions "voluntàries" dels segles XIX i XX segueix de prop la dels moviments de capital. Són aqueixes inversions de capital les que determinaran allò que en la teoria de les migracions internacionals s'anomena factors d'atracció.

Els estudiosos des del punt de vista sociològic d'aquests fenòmens parlaran finalment d'un tercer grup de factors generals, que s'expressaran com a obstacles al corrent migratori. Són els entrebancs legals, les dificultats d'integració social o psicològica, etc, així com els problemes relacionats amb dificultats tecnològiques pròpies de l'època, els que impedeixen, retarden o dificulten la trasplantació: per exemple, les migracions d'aquests dos segles augmentaren de manera radical precisament quan es disposà de mitjans de transport adequats.

De tota manera, segons els ^{sociòlegs,} ~~psicòlegs,~~ un fenomen humà tan complex com les migracions no pot ser estudiat sense fer referència al tipus de societats en el qual es desenvolupa. "Tota classificació de les migracions o qualsevol tractament d'elles ha de fer referència als sistemes socials en els quals s'enquadren, que són els que mostren la diversitat del fenomen. A cada tipus d'organització social corresponen unes formes migratòries que expressen les capacitats tècniques

i socials per a l'assentament de les poblacions, d'acord amb els factors d'expulsió, d'atracció i amb els obstacles migratoris." (Espino, op. cit.)

A més, cal tenir en compte que la migració com a fenomen sociològic s'enquadra dins el concepte més ampli de mobilitat, en el qual cal distingir una mobilitat física d'una mobilitat social. Aquesta darrera es refereix al canvi d'status social d'una persona o grup. La mobilitat física o emigració és, en principi, el moviment geogràfic de persones. Aquesta mobilitat horitzontal és acompanyada normalment de mobilitat vertical, és a dir, de canvis d'status econòmic i/o de relacions mantingudes amb els mitjans de producció. En les migracions que nosaltres estudiarem en aquest treball --les migracions "voluntàries" a Catalunya al llarg d'aquest segle--, aquest factor de mobilitat vertical, almenys com a aspiració del migrant, resulta un element clau. L'immigrant ve a Catalunya amb l'aspiració conscient (i inconscient) de millorar, pujar en l'escala social, viure millor... Una altra cosa és que la realitat coincideixi amb aquestes aspiracions generalitzades: a la Catalunya d'aquest segle, pujar de capa o classe social és, tal com veurem més endavant, un afer summament difícil i, excepte alguns casos, quasi mai un afer d'una sola generació. Per això la importància de la capacitat d'elaboració psicològica de l'immigrant: molt sovint, les seves aspiracions i fantasies de millora radical, fins i tot d'ascens de classe econòmica es veuran, en més o menys mesura, frustrades. A Catalunya viurà probablement millor, però continuarà sent un treballador, un assalariat. Si progressivament pot integrar aquesta realitat en la seva vida personal, de relació i mental, podrà adaptar-se i fins integrar-se en la seva nova terra. En el cas contrari, la frustració no elaborada, no integrada, de les seves aspiracions --perquè eren exagerades o bé perquè el medi ha respost de manera especialment dura--, és un dels elements psicològics per a la

descompensació psico(pato)lògica.

A la taula 1 queden resumits aquests factors fonamentals de la migració que hem considerat en les nostres investigacions. D'altra banda, tenint en compte la tipologia de les migracions que seguirem (capítol 2), hauríem d'aclarir que el nostre treball se centrarà en un estudi de les relacions entre salut mental i/o psico(pato)logia d'una banda, i un tipus de migració concreta d'una altra: la migració "voluntària", transitòria de llarga durada o, més sovint, definitiva, que ha afectat fonamentalment persones que s'han instal·lat com assalariats a Catalunya (així com llurs famílies).

Abans d'acabar aquesta introducció, no podem deixar d'enunciar un problema metodològic i teòric d'una gran part dels estudis dedicats a aquest tema: en la mesura que la migració estudiada no estigui adequadament definida des del punt de vista sociològic, les conclusions de les investigacions passen a ser summament aleatòries. Per això hem buscat, dins les nostres possibilitats d'investigació empírica, la realització d'estudis amb alguna mostra al més representativa possible del tipus d'immigrants al qual creiem aplicables les nostres reflexions i els nostres resultats: els que realitzen migracions "internes" i "voluntàries", de llarga durada o definitives, que es trasplanten per treballar com assalariats, així com els fills que han compartit el procés migratori.

1.2. Les migracions a Espanya i a Catalunya

A la península Ibèrica, els fenòmens migratoris han estat importants des de fa molts segles. Si ens limitem a aquest segle, hem d'assenyalar que l'emigració transoceànica ascendeix a tres milions i mig de persones com a mínim (Calvo 1972; Cardelús i Pascual, 1979). Del 1950 al 1973 emigraren a Europa més de dos milions d'espanyols, als quals cal sumar als treballadors temporers (migració estacional) que es traslladen a l'estranger (principalment a

França i Suïssa) o bé dins l'Estat espanyol. A ells cal afegir els exiliats com a conseqüència de la guerra civil, que poden xifrar-se entre 700.000 i un milió, si tenim en compte la dada aportada per Thomas (1962) que solament entre el 28 de gener i el 10 de febrer de 1939, amb ocasió de la caiguda de Catalunya, travessaren la frontera catalana 490.000 persones comptabilitzades pel govern francès (i a elles caldria afegir les no comptabilitzades per diverses raons i els republicans i revolucionaris que fugiren amb la caiguda d'Astúries, Euskadi, Madrid o València o en altres moments de la guerra). A la taula 2 es resumeixen aquestes dades que reflecteixen clarament la importància del flux migratori a Espanya. Les xifres s'han de

+++++

Taula 2. Migracions a Espanya durant aquest segle⁺

+++++

considerar aproximades i baixes, ja que no hi ha una total coincidència entre les diferents fonts existents i en el cas presentat estan basades en xifres oficials.

Segons estudis estadístics recents (Tamames, 1986) el nombre d'espanyols repartits pel món el 1986, malgrat l'existència d'un clar corrent "de retorn" de diferents tipus d'emigrants, continuava sent d'1.760.859, repartits segons mostra la taula 3.

+++++

Taula 3. Espanyols en el món

+++++

L'emigració interior, dins el propi Estat espanyol és, de tota manera, la més quantiosa si es pensa que entre 10 i 14 milions d'espanyols la realitzaren en el que va de segle i, més concretament, que entre 1961 i 1975 quasi sis milions d'espanyols han canviat de municipi de residència. En el nostre treball, centrarem la nostra atenció en aquests emigrants "interiors". Per aconseguir-ho, en principi

cal desfer certes idees preformades, força generalitzades, i assenyalar que l'emigració afecta totes les classes socials, tot i que en cada un d'elles adquireixi un contingut, unes repercussions i una importància diferents, afer que intentarem delimitar en el pròxim capítol. De tota manera, la diversitat de característiques socio-econòmiques de les migracions fa preveure unes repercussions psicològiques, sobre l'equilibri psicològic dels individus, no uniformes o delimitables a priori per esquemes generals.

Aquest flux migratori interior assolí la seva acme en la dècada dels seixanta: probablement més de quatre milions i mig de persones canviaren de residència a l'interior d'Espanya en aquest període (Taula 2).

Quant als fluxos interiors de la pròpia península Ibèrica, Román Perpiñá (1954) ja va demostrar que estaven fonamentalment basats en un despoblament progressiu del centre amb direcció a la perifèria, cap a les zones costeres. A mitjan segle XVIII la distribució demogràfica peninsular era ben diferent de l'actual: la zona central posseïa el 60 per cent de la població, mentre que a la perifèria només habitava el 40 per cent dels espanyols. Aquesta proporció s'invertí ràpidament i ja el 1860 la població de la perifèria era del 51 per cent de la total (en aquestes dades s'inclou Portugal). La data de 1860 és important també en el desenvolupament econòmic de Catalunya i coincideix amb el primer flux d'immigrants, procedents majoritàriament en aquest cas de regions limítrofes amb el Principat.

D'altra banda, cal assenyalar que encara a l'informe FOESSA del 1975 s'observava la parcialitat d'aquest corrent migratori en massa: només catorze províncies tenen un saldo migratori positiu, mentre que la resta, principalment el centre peninsular, es va despoblant progressivament (Esquema 4). Les zones d'atracció foren Catalunya, Madrid i la seva zona d'influència, el País Basc i València. Es calculava que en aqueixa època s'assentaren a Catalunya uns 2.143.000

immigrants. Si a aquesta xifra sumem els fills i els immigrants no comptabilitzats, la xifra real total es pot apropar als quatre milions (Calvo, 1977). Darrera va Madrid, amb més de dos milions d'immigrants, València amb 372.000[‡] i el País Basc amb 358.000. El resultat és per exemple que, amb les xifres de Relaño (1984), dels més de dos milions i mig d'andalusos que viuen i treballen fora d'Andalusia, a Catalunya n'hi ha 939.000 (un milió segons Barrenechea, 1984), 321.000 a Madrid, 200.000 a la Comunitat Valenciana, 67.000 a Euskadi i uns altres 73.000 distribuïts per altres comunitats autònomes.

+++++

X Esquema 4. Fluxos de la immigració interior espanyola

+++++

No hem d'oblidar tampoc un altre flux migratori, estacional, que en els darrers anys ha disminuït: ens referim als treballadors temporers, els treballadors del camp i obrers que cada any se'n van a diferents regions d'Europa per a la verema i altres treballs estacionals o temporals, predominantment en el camp o bé en el sector de serveis (turisme). Aquest tipus d'emigració temporal té lloc així mateix a l'interior de la península en magnituds avui difícils de determinar, ja que sembla que les migracions estacionals o temporals disminueixen per causes agrícoles i potser augmentin les produïdes per les necessitats del sector terciari i, especialment, dels serveis (turisme, muntadors, funcionaris...).

Finalment, en aquest breu repàs de les migracions a Espanya no podem oblidar l'exili polític en massa produït en acabar la nostra Guerra Civil en 1939. Només entre el febrer i l'abril de 1939 sembla que creuaren la frontera amb França entre 400.000 i 527.000 espanyols. Per a la majoria d'ells, a més, aquesta migració no fou sinó el preludi d'altres de posteriors, cap a Amèrica del Sud o dins l'Europa comossa per la Segona Guerra Mundial.

Si ens centrem a Catalunya, Calvo (1972) recorda com el 1930 la seva població era de 2.791.292 persones, amb una densitat de 87 habitants per km^2 , mentre que el 1964 havia ascendit a 4.424.266 habitants i la densitat de població a 138 per km^2 , sent en aquell moment la zona més densament poblada de l'estat després de les Canàries (144 habs/ km^2).

Com es veurà a la revisió bibliogràfica, els estudis existents fan referència quasi únicament als emigrants rebuts per les zones industrials com assalariats. Això no obstant, les línies anteriors creiem que han deixat palès que cal recordar que hi ha altres menes d'emigració quantitativament tan importants o més, tot i que per manca de dades només ens hi referirem ocasionalment.

Dins l'ampli panorama de les migracions contemporànies, el nostre estudi se centrarà en l'anàlisi de les relacions entre les migracions i la salut mental en el cas de les migracions d'assalariats i, més concretament, de les migracions a Catalunya durant el segle XX. La raó fonamental està, per descomptat, en el fet rellevant que tots nosaltres vivim a Catalunya i treballem en el camp de la salut mental i l'assistència psiquiàtrica. D'altra banda, pensem que Catalunya, ateses les àmplies onades migratòries que ha rebut durant tot el que va de segle, és un lloc privilegiat per a l'estudi d'aquest tipus de problemes. Finalment, potser hagi influït en el nostre interès pel tema el fet que diversos dels signants d'aquest treball siguem immigrants ^tassalariats a Catalunya, cosa que no podem deixar de consignar, i més si tenim en compte que ha estat sobre aquest tipus de migracions sobre el que anem a centrar el nostre interès.

Vicens Vives i altres historiadors suposen que la primera onada migratòria degué arribar a Catalunya cap al 1845, amb un augment important d'aquest corrent entre 1888 i 1897 (Vandellòs, 1935). Aquest autor avalua el nombre d'immigrants en el període de 1888 a 1930

en uns 700.000 (aproximadament la quarta part de la població de l'època). M.J. Iglesias dóna la xifra d'1.308.419 immigrants en el període de 1900 a 1959.

Segons la perspectiva històrica de J. Termes (1983), la immigració més important a Catalunya és la dels anys que van des del 1950 al 1975. Segons J. Termes, en contradicció aquí amb algunes de les dades ressenyades anteriorment, fins el 1919 la població immigrant a Catalunya no excedia del 5% i procedia principalment de l'interior del Principat, del País Valencià i d'Aragó, sent els aragonesos els únics castellanoparlants. El 1920 hi ha a Catalunya 328.918 immigrants, la majoria aragonesos. La segona onada migratòria, en la terminologia i la cronologia de Termes, comença els anys posteriors a la Primera Guerra Mundial i arriba a percentatges del 17.5% de la població total. Segons Termes, aquesta segona onada immigrant té lloc entre els anys 1920 i 1936. Són els anomenats murcians, perquè la majoria procedia de Múrcia i Almeria. Les arribades d'obriers abans de les obres de l'Exposició Universal de 1929 i del Metro eren poc abundants, i els immigrants quedaven fàcilment diluïts i absorbits per la gran majoria de població autòctona. Però, a partir d'aqueixa data, l'arribada fou multitudinària. De vegades, fins i tot organitzada a partir de grups preformats: comarques, ciutats, pobles...; en moltes zones de Catalunya, i fins i tot a la mateixa Barcelona, el mecanisme d'arribada sovint es basava en un primer pioner o grup que posteriorment atreïa parents i amics, cosa que ha donat lloc al trasllat d'autèntics grups preformats. Així, hi ha zones de Barcelona on es concentren els immigrants gallecs (per exemple, el districte de Deixà), andalusos (el Besòs, la Verneda, l'Hospitalet...), etc. Tot aquest moviment, en gran mesura desordenat i desemparat de qualsevol protecció per part dels poders públics i les diverses administracions, fou el que donà lloc a la formació dels suburbis i barriades que més tard s'anirien unint amb

la capital. Però també als suburbis marginals i al barraquisme: Candel (1964) cita estadístiques oficials que reconeixen 6.478 barraques a Barcelona el 1929 i 12.494 el 1957 cosa que, malgrat la parcialitat i l'indubtable falsejament de les xifres, ens dóna una idea de com era la immigració d'alguns nuclis familiars en aquelles èpoques.

+++++

Taula 5. Evolució de la immigració a Catalunya (1877-1981)

+++++

A partir d'aquesta segona onada d'immigrants a Catalunya nosaltres hem realitzat una certa reforma de la nomenclatura de Termes (1983). Pensem que, tot i que siguin immigracions passatgeres, no hem de deixar de comptabilitzar les arribades de refugiats durant la Guerra Civil, les migracions interiors durant aquesta, els trasllats de les Milícies Populars i dels dos exèrcits al llarg i ample de Catalunya, etc. A tots aquests fluxos migratoris, de vegades passatgers però en d'altres amb desigs de romandre ja a Catalunya, cal sumar-hi les immigracions "polítiques" de la postguerra, durant les quals arriben al país nombrosos funcionaris de tota mena: policies, mestres, membres de l'exèrcit, etc, procedents d'altres zones de l'estat i que, en moltes ocasions, es quedaran més tard de forma definitiva a Catalunya, tal com ho testimonia una bona part de la població de barris barcelonins com la Verneda o la Pau (Tizón, Salamero i col.ls., 1988). Aquesta tercera onada migratòria té, a més, característiques que fan que calgui considerar-la especialment des del nostre punt de vista psicosocial: és una immigració pensada pels seus membres com a limitada en el temps. A més, aquests immigrants posseeixen en comú una visió deformatada i parcial del que és Catalunya i el catalanisme polític i social, visió que difícilment podia canviar en aquells anys del franquisme. Tot això configura aquesta migració, com veurem més tard, com especialment fràgil des del punt de vista psico(pato)lò-

gic. La negació de la realitat catalana que aquests "immigrants oficials" mantenien, com recorda Calvo (1977) no ha beneficiat ni Catalunya, ni els catalans --i ni tan sols "els altres catalans", feliç expressió de Candel per als components de les següents onades migratòries, de les quals parlarem tot seguit.

+++++

Taula 6. Onades migratòries (o moments de la immigració) a Catalunya durant aquest segle

+++++

Del 1950 al 1975 el saldo migratori a Catalunya ultrapassa el milió i mig. Aquesta massiva onada migratòria (la quarta en la nostra terminologia), sobre una societat i una cultura que ja havia ^{en} rebut onades anteriors, té una gran importància a tots els nivells psicosocials. Segons Termes, "difícilment podria haver-los integrat un Estat fort, i menys encara una societat desproveïda d'institucions pròpies", com la catalana d'aquests anys. Per exemple, el 1970, encara en plena onada, el 37,69% de la població havia nascut fora de Catalunya (prop de dos milions de persones). I això sense tenir en compte els qui alguns designen amb el terme de xarnegos, és a dir als nascuts a Catalunya de pares immigrants.

A partir del 1975 l'influx decreix. Entre el 1971 i el 1975 arribaren a Catalunya 240.000 persones, mentre que entre el 1975 i el 1981 només ho feren 22.000. Els censos estadístics més recents (per exemple el de 1980) mostren que ja estem a l'inici d'un moviment invers, cosa que es manifesta en les emigracions que, des d'alguns nuclis suburbials de Barcelona, es donen de manera cada vegada més ^{remar-} ~~evi-~~ ^{cabl-} cap a altres zones peninsulars --fins l'extrem que els saldos migratoris d'algunes d'aqueixes ciutats i "ciutats dormitori", comencen a ser negatius. Se'n van molts jubilats a passar els darrers anys de vida als llocs d'origen tot i que, la majoria de vegades, aquesta mi-

gració és temporal reiterada, ja que aquestes persones van i tornen, generalment, diverses vegades l'any. Se'n van alguns joves, per motius professionals o d'estudi... Però també se'n van, no ho oblidem, les persones a les quals l'atur ha tancat a Catalunya una via de subsistència digna, i retornen als llocs d'origen o a altres zones de l'estat a "intentar-ho una altra vegada" o, simplement, "perquè allà és més fàcil sobreviure; almenys la terra ja em dóna per menjar"... (A final de 1986, sembla que es podien comptabilitzar en més de 100.000 els habitants de Catalunya que per aqueixes i altres causes havien retornat ja als seus llocs d'origen o, ocasionalment, emigrat de nou a altres nacionalitats o regions). I, al mateix temps, arriben aquests pocs milers d'immigrants l'any, la majoria familiars d'altres anteriors o bé quadres alts i mitjans d'empreses, tècnics, professionals, etc. Finalment, en aquesta cinquena onada de migracions, en les quals prima el reflux, no hem d'oblidar allò que Recolons (1985) anomena immigració novíssima, formada per dos grups fonamentals: d'una banda el grup, del qual ja hem parlat, dels professionals i tècnics selectes; d'una altra, una immigració cultural i ètnicament diferenciada: els sudamericans es poden repartir per tota l'escala social, però, a causa de les migracions polítiques massives procedents de l'Argentina, l'Uruguai i Xile, tendeixen a concentrar-se en les capes mitjanes; al contrari, els nord-africans i els negres tendeixen a ocupar els darrers esglaons laborals i socials.

De tota manera, les immigracions majoritàries a Catalunya, tant pel nombre com per la composició qualitativa, són les de la primera, segona i quarta onades de la nostra classificació. El nostre estudi se centrarà en aquest tipus de migracions les quals, diem-ho ja des d'aquest moment, estan formades majoritàriament per assalariats que procedeixen, la majoria, del medi rural i s'instal·len a Catalunya en un medi generalment urbà. Tal com recorda Recolons (1985), això im-

plica una doble adaptació social: d'una banda, a una altra cultura amb una altra llengua i, de l'altra, del medi rural al medi urbà. Això implica repercussions psicològiques, tal com veurem després, però no tan clares i directes com faria preveure la idea de l'adaptació socio-cultural "doble".

Com a conseqüència dels diferents fluxos migratoris, la situació a Catalunya a la segona part de la dècada dels 80 presenta dues característiques sobresortints: d'una banda, el reflux general del moviment immigratori. Com a conseqüència, el nombre d'immigrants que podem trobar en els seus primers moments o anys del procés migratori és escàs, reduït. D'una altra banda, tanmateix, el conjunt de la població que es troba a Catalunya en un moment o l'altre del seu procés migratori comprèn la majoria dels habitants d'aquest país, i això sense considerar en tota la seva extensió el que més endavant anomenarem "influències transgeneracionals", que ens portarien a tenir en compte les persones que immigraren i els seus fills nascuts aquí (més del 80% de la població en alguna de les nostres mostres: per exemple, en l'estudi de Tizón, Salamero i col.ls., del 1988, en els barris de la Verne-da i la Pau). Considerant les "onades migratòries" i les piràmides de població, Recolons, Soler i altres arriben a la conclusió que aquest procés migratori massiu de la majoria de la població de Catalunya, s'inicià entre els deu i els vint-i-cinc anys anteriors. Això, com veurem més endavant, implica la tendència a uns determinats tipus de reaccions psicològiques (i psicopatològiques) precisament pel temps transcorregut des de la migració. D'altra banda, té una importància decisiva a nivell social en la població i la cultura de Catalunya, tal com es pot observar potser en les úniques ocasions en les quals la realitat del procés que descrivim és tinguda en compte amplament i amb preocupació pels representants públics de totes les orientacions polítiques: amb ocasió de tota mena d'eleccions. Aleshores qualsevol polític o

aspirant a ser-ho recorda i intenta utilitzar les dades anteriors i, sovint, si pot, els sentiments, aspiracions i frustracions produïts al llarg del procés migratori personal i social en el conjunt de la població catalana (és a dir, autòctona i immigrada).

Atesa la importància que la cronologia del procés migratori tindrà sobre la salut mental i l'afectació psicològica d'immigrants (i autòctons), és important ressaltar ja des de la introducció dades com les resumides per Recolons (1985): els processos migratoris iniciats els anys 1910-1936, l'acme dels quals té lloc en els anys vint, actualment estan implicant directament els fills d'aquests immigrants (segona generació) i els néts (tercera generació). Els processos migratoris dels anys 1951-1975 (els anys del "boom" migratori) afecten directament una proporció importantíssima de la població de Catalunya i abracen tant els subjectes que realitzaren la migració, la trasplantació psicosocial, com els seus fills (segona generació). Els néts (tercera generació), com recorda Recolons, fa pocs anys que han començat a néixer. Els darrers arribats a Catalunya, les persones procedents de les immigracions posteriors a 1975, com és de suposar amb les dades anteriors, són relativament pocs: comprenen una o dues generacions d'immigrants que, en quasi tots els casos, han participat directament en el procés migratori, han immigrat ells mateixos.

La situació actual dels immigrants procedents de les dues primeres onades (o dels seus descendents) és d'integració aparent a les noves societat i cultura, almenys a nivell social. Com que més endavant tornarem sobre el tema, ara assenyalarem únicament que, si bé la integració social de la immensa majoria d'aquests immigrants resulta evident, no passa el mateix amb la integració a nivell psicològic, intrapsíquic, cognitiu i individual, tot i que, és just dir-ho, els casos d'inadaptació o no integració siguin minoritaris. La situació dels immigrants de la tercera onada (la guerra i la postguerra

civils) és més difícil de generalitzar i mereixeria estudis específics: la nostra experiència personal^f a nivell clínic proporciona dades d'integracions socials i psicològiques abundants, malgrat les importants penalitats patides en uns casos o bé de punts de partida tremendament anticatalans en altres (en aquests casos, integració sovint vehiculitzada i pressionada pels fills i els néts), però també proporciona experiències de des-integració, des-adaptació i actituds rancunioses i ressentides cap a Catalunya (amb tornada precipitada o no inclosa) en moltes altres persones.

De tota manera, la població immigrada majoritària és la que procedeix de la quarta onada immigratòria (anys 1951-1975) i possiblement, com diu Recolons (1985), els seus fills formen un grup de gran interès de cara a l'estudi del tema i, també, de cara al futur de la integració cultural de Catalunya. Un dels nostres subgrups de treball ha intentat estudiar la situació psicosocial d'aquest subgrup poblacional de tant de relleu, en un treball centrat en els seus conflictes psicològics i socials (Salamero, Atxotegi i col.ls., 1987). L'edat i el volum d'aquest subgrup poblacional, tan relacionat amb els processos migratoris, fa que el que pugui passar amb ell sigui d'una gran importància per al futur sòcio-cultural de Catalunya --així com per al seu futur personal. I més si tenim en compte que la principal dificultat per a aquesta població, tot i que no sigui pròpia de Catalunya, és ben real aquí: l'omnipresència de l'atur i la subocupació juvenils, que afecta de manera tan important la integració individual i social de l'adolescent i el jove (i, més encara, de l'adolescent i el jove que, d'alguna manera, viu més o menys les repercussions d'un procés de trasplantació psicosocial --la migració--, els efectes i conflictes de les quals són sempre transgeneracionals). Sense oblidar tampoc que les formes mitjar^{tant} les quals s'intenta pal·liar l'atur juvenil --la subocupació, els treballs interins i eventuals...--, posseeixen així

mateix les greus repercussions psicològiques: precisament quan l'ésser humà torna a necessitar més una continuïtat, una seguretat --tot i que sigui per combatre-la aparentment--, unes condicions o marc de desenvolupament receptives i no gaire variables (en definitiva, una situació contenidora, com dirien Bion --1963-- i Winnicott --1960, 1965--), es troba precisament aleshores amb què cada tres o sis mesos ha d'emigrar també del seu treball --o bé treballa cada dia amb l'amenaça de quedar-se sense feina. Tot això constitueix una situació psicosocial que no és gaire favorable per als fills dels immigrants i llurs possibilitats d'integració personal i social, especialment si els pares eren immigrants assalariats i resideixen en uns nuclis determinats del cinturó industrial de Barcelona: la població de les premses catalanes, en la majoria immigrants de primera o segona generació, és una mostra trista de les conseqüències del que diem.

Pel contrari, és possible que ~~els~~ immigrants de la cinquena onada immigratòria, la "immigració novíssima" de Reclus (1985), puguin trobar-se amb unes condicions culturals i socials per realitzar el seu procés immigratori a Catalunya més bones que les que trobaren els immigrants anteriors. D'una banda, la societat catalana es troba més sensibilitzada pel tema. D'altra, hi ha més interès a aconseguir la integració social i cultural (i més institucions i mitjans per fer-ho). Finalment, cal no oblidar que el seu nombre reduït i la dispersió geogràfica i social amb la qual es distribueixen els seus components majoritaris (nord-africans i sud-americans) fa que, malgrat la seva indubtable tendència a agrupar-se "endogàmicament", resulta difícil que arribin a formar un grup autònom, un ghetto ampli o un grup amb característiques diferenciades ampli i perdurable. Un altre subgrup d'aquesta darrera onada, subgrup la migració del qual posseeix també unes característiques ben específiques ~~(els ensenyants)~~, està disminuint a marxes forçades com a grup diferenciat i no-integrat: la polí-

tica lingüística i cultural de la Generalitat i d'altres autonomies fa que aquests individus reemigrin o bé realitzin adaptacions ràpides (possiblement forçades) davant les pressions legals, corporatives i de desenvolupament professional.

No és probable que la immigració de nord-africans segueixi la mateixa tendència: l'entrada al Mercat Comú, amb la pressió migratòria que pateixen els països europeus, tenint en compte la nostra situació geogràfica, fa pensar que aquesta immigració tendirà a augmentar malgrat les traves immigratòries dels diferents governs, almenys a un termini mig. Per això seria important, ja des d'ara, augmentar el nostre coneixement d'aquestes persones, dels seus processos migratoris, del seu interès per tornar, el retorn, o no, etc, de cara a facilitar tant les seves relacions socials com les possibilitats que tant ells com la societat d'acollida --Catalunya-- es revitalitzin amb noves aportacions individuals i sòcio-culturals (i no solament de força de treball).

++++
Taula 7. Moviments migratoris interiors a Catalunya (1962-1974)

++++
Com es pot deduir a partir d'aquesta taula, en un període de 13 anys són almenys 733.472 persones les que canvien de residència a Catalunya: per tant, la importància dels moviments migratoris interiors és gran en termes absoluts, com hem pogut comprovar repetidament en els nostres darrers estudis estadístics (Salamero, Atxotegi i col.ls. 1987; Tizón, Salamero i col.ls., 1988). Però fins i tot ho és també en termes relatius. Efectivament, segons les dades de Cardelús i Pascual, el total d'aquestes migracions interiors a la pròpia Catalunya representa un 39,8 per cent de tots els desplaçaments cap a, des de o a l'interior de Catalunya en aqueixa època, és a dir, del conjunt de moviments migratoris. Per tant, podem dir que amb la possi-

ble excepció de 1970 i 1971, la migració interior a Catalunya és superior a la immigració a Catalunya, cosa que afegeix una nova complexitat al quadre social de les migracions (i també als quadres individuals i familiars). Perquè aquestes dades signifiquen almenys dues coses: una, que els autòctons emigren del medi rural cap a les ciutats, patint un cert procés de desarrelament cultural i social; en segon lloc, que en aqueixes ciutats es trobaran amb immigrants d'altres cultures peninsulars els quals, a la vegada, han hagut de traslladar el seu lloc de residència almenys en una ocasió des que arribaren a Catalunya (i és relativament freqüent el fet que cada família immigrant, un cop arribada a Catalunya, canviï de municipi de residència dues, tres o quatre vegades al llarg de la vida del propi nucli immigrant directe).

Per acabar aquest apartat recordarem les característiques socials generals dels immigrants i la població immigrant en la qual se centrarà aquest treball: la dels immigrants que han vingut a instal·lar-se a Catalunya, principalment com assalariats, al llarg d'aquest segle i, especialment, durant l'època del "desenvolupisme" franquista. Aquests immigrants, a més del procés d'immigració, s'han d'enfrontar a dos fets generadors de dificultats i conflictes sobreafegits: en primer lloc, la majoria procedeix del camp, del medi rural. El seu procés migratori és, doncs, doble: a la migració geogràfica, horitzontal, cal sumar-hi, ja d'entrada, (e)ls influències del canvi d'un medi rural a un medi urbà. En segon lloc, la seva migració es realitza a un país amb una cultura i fins un idioma ben diferenciats, fet que, a més, una gran part dels immigrants de la "tercera" i la "quarta" onades coneixien molt malament i, sovint, amb una perspectiva deformada i parcial. La seva migració es realitzà unes vegades per famílies i unes altres en grups més amplis, però tenen en comú el fet que poques o cap institució de la societat "receptora" ajudà a elaborar les pri-

meres etapes del procés migratori, el qual es caracteritza, a més, en una situació de gran mobilitat social i econòmica amb elements importants de desorganització. Finalment, fossin quines fossin les idees amb què aquests emigrants vinguessin a Catalunya, la majoria d'ells adoptaven la perspectiva de residir aquí de forma definitiva i, per això mateix, en els seus intents de millora realitzaren dos o més canvis de residència dins o fora dels municipis als quals en un primer terme havien arribat.

La integració en una societat industrialitzada-urbana, tal com recorda C. Solé (1985), acostuma a ser realment un problema socio-cultural per a la majoria dels immigrants que procedeixen de zones agrícoles i es converteixen en obrers industrials o treballen en els serveis de les grans ciutats. Els autòctons parteixen de posicions d'avantatge en relació amb els immigrants, per les seves condicions relativament millors d'accés a la informació sobre el mercat de treball, més possibilitats d'ocupació i mobilitat ocupacional, de qualificació laboral i d'ampliació de coneixements, així com per la facilitat més gran que tenen per integrar-se en moviments socio-culturals de nissaga catalana... Al contrari, a més del procés propi de trasplantació psicosocial de la immigració, el que arriba ha hagut d'afrontar així mateix sovint una situació freqüent de marginació en ghettos urbans i les condicions deficientes d'habitable i de vida associativa, recreativa i cultural. I tot això unit a la realitat d'assentar-se i haver-se d'adaptar a una societat amb una cultura i, sobretot, amb una llengua diferents (i sovint menyspreada o ridiculitzada en el seu lloc d'origen i per les altes i baixes instàncies del poder i de la informació). Aquest ha estat, en termes generals i esquemàtics, la realitat del procés migratori de la major part de la població de la qual parlarem en aquest treball.

1.3. Fonts i objectius d'aquest llibre

Tal com dèiem, dins aquest ampli panorama migratori, que ampliarem i classificarem més exactament en el següent capítol, el nostre treball s'ha centrat en l'estudi de les relacions, d'una banda, entre la salut mental i els processos psico(pato)lògics, i, de l'altra, en un tipus de migració concreta: la migració majoritària a Catalunya, és a dir la migració que acostuma a ser qualificada com a "voluntària" o "per causes econòmiques". Aquesta immigració sol ser transitòria de llarga durada o, més sovint, definitiva, i ha afectat fonamentalment persones que s'han instal·lat com assalariats a Catalunya (i les seves famílies).

En la nostra elecció, a més de problemes d'oportunitat i de coneixement del medi, pesen també aspectes metodològics: en la mesura que la migració que s'estudia no estigui adequadament definida des del punt de vista sociològic, les seves conclusions passen a ser summament aleatòries. Per això hem cercat també, dins les nostres possibilitats d'investigació empírica, la realització d'estudis amb alguna mostra al més representativa possible del tipus d'immigrants al qual creiem aplicables les nostres reflexions i els nostres resultats: les persones que han immigrat voluntàriament a Catalunya durant aquest segle per instal·lar-s'hi com a assalariats (almenys en un primer moment) i les famílies que han viscut i viuen amb ells el procés migratori.

En definitiva, el nostre estudi parteix d'una triple font de dades: en primer lloc, el suport i el punt de partida bàsic és la nostra experiència de treball clínic en el camp de l'ajuda psiquiàtrica i psicosocial a aquest tipus de persones. Els signants d'aquest llibre treballem de fa anys (en algun cas en fa vint) en mitjans i institucions catalans on la majoria dels consultants són persones pertanyents a aquest subgrup poblacional.

La segona font de les nostres opinions i dades prové, no faltaria sinó, de diverses revisions bibliogràfiques realitzades

pels signants ^{durant} ~~durant~~ deu anys. Tal com es veurà al llarg de l'escrit, l'orientació d'aquestes recerques ha variat segons que varaven els resultats de la tercera font de dades per al nostre treball: els estudis empírics. Des del nostre primer estudi empíric, iniciat el 1975, marcat per una sèrie d'errors metodològics comuns a molts treballs en aquest camp d'estudi i orientat per una hipòtesi de partida que avui ja no sostindríem, hem realitzat o impulsat una sèrie d'estudis empírics amb la intenció que s'anessin coordinant progressivament. La majoria d'aquests estudis estan ressenyats, comentats o criticats en el text, perquè estan realitzats, coordinats o dirigits per algun dels seus signants. Tanmateix, en la mesura que el tema de treball té un clar relleu social, acadèmic i científic, diversos professionals connectats més o menys directament amb nosaltres han començat a realitzar treballs connexos: aquest és el cas, per exemple, de Carles Pérez i Testor (psiquiatre), que està realitzant un estudi empíric sobre l'entrada al Servei Militar com una migració específica i els canvis psicològics que s'hi produeixen com a resultat de l'impacte d'una life event, d'una trasplantació psicosocial d'aquesta magnitud. També Cristina Duran (psicòloga), que estudia l'impacte del fet migratori en les demandes de consulta ambulatoria d'un Servei de Medicina Interna d'un Hospital d'"alta tecnologia" a la ciutat de Barcelona. O del mateix Francisco Sainz (psicòleg), entestat de fa anys a portar a terme un estudi sobre les repercussions de la migració assalariada a Catalunya en la infantesa i l'adolescència (l'infant o el jove com a immigrant i l'infant o el jove com a fill d'immigrants).

Tal com dèiem més amunt, el nostre interès pel tema parteix de la realitat del nostre treball clínic quotidià en mitjans on una bona part de la consulta està formada per immigrants. Però a més, creiem que el fet migratori és un fenomen social digne d'estudi. I no solament des de les perspectives sociològiques, econòmiques, políti-

ques, culturals o ideològiques. Trebàvem a faltar un punt de vista psicològic del fet migratori el qual, com un punt de vista complementari amb els esmentats, ens ajudés a enfocar tant el problema global com el nostre treball clínic concret. Els estudis de Francisco Calvo (pioner en aquest camp, tant a Catalunya com a la resta d'Espanya), ens resultaren inestimables en aquest doble sentit: com a punts de partida, perspectives bàsiques d'enfocament i, també, com a estímuls per a desenvolupar-los.

Però el nostre interès pel tema no és tan sols clínic o personal, sinó també assistencial i sanitari: en definitiva, la nostra experiència ens feia pensar que el fet migratori i la possibilitat d'ajudar o no a l'elaboració dels processos psicològics de la migració posseeix importants repercussions mèdiques, sociològiques, psicossocials i psiquiàtriques, realitats que el nostre treball actual ressalta i sosté decididament.

A nivell clínic creiem que, com a punt de partida per interessar-se pel tema, continuen sent vàlides les observacions de Calvo (1972): "Ens han sorprès diverses coses: el gran nombre de visites d'immigrants, la persistència d'alguns dels seus quadres clínics, els casos aïllats depriments de malalts que, sense protecció familiar ni social adequada, lluny del seu propi ambient, deambulen pels consultoris crònicament i als quals finalment només se'ls pot donar la tènue esperança que si es refugien en el seu lloc d'origen, a un nivell regressiu, potser compensin en part la seva situació, a la vegada que ens assalten els dubtes per no saber fins a quin punt ens poden viure aleshores com a rebutjadors, i fins a quin punt el seu antic medi podrà ser capaç ara de readaptar-los." També crida immediatament l'atenció, a qualsevol que es preocupi pel tema, com la majoria de pacients més consumidors d'assistència, d'actes assistencials (la majoria inútils o fins inadequats o nocius per a la seva salut) solen

ser immigrants. Com són també immigrants els pacients que acaben cronificant-se en la visita reiterada a metges de capçalera, pediatres i especialistes de l'antic Institut Nacional de Previsió i dels seus successors: l'INSALUD i l'ICS (Institut Català de la Salut). Són els consultants que en un altre moment hem estudiat qualificant el seu recorregut com la "llarga carrera del malalt funcional", que acostuma a portar a la medicalització del sofriment psicològic i a la cronificació medicalitzada (Tizón, Spagnolo, Pellegero, 1984; Galeote, Tizón i col.ls., 1986)

(Crida també l'atenció trobar pacients que no guarden cap relació amb el medi d'origen, com no sigui un record rancuniós del que van patir allà i del que els obligà a emigrar. O, al contrari, consultants que parlen de Catalunya com una terra d'acollida dolentíssima i, en les seves comunicacions, es queden ancorats en les males experiències que "aquesta terra i aquesta gent" els han proporcionat.

(En altres ocasions, el que crida l'atenció és com alguns emigrants viuen a Catalunya amb escassíssims i comptats contactes amb el català i amb la cultura i la societat catalanes: bé perquè viuen aïllats socialment a molts altres nivells, bé perquè, més sovint, els seus únics contactes els realitzen amb immigrants com ells (de vegades persones de la seva mateixa regió, província o fins poble d'origen...).

Davant aquests fets i altres típics del nostre treball quotidià, no podem deixar de preguntar-nos amb Calvo (1972): "Què passa amb la migració? Quines ansietats desvetlla? ¿En quina mesura el fet migratori és patogenètic? ¿Per què moltes d'aquestes persones han optat pel camí de la migració?...". O bé: ¿Per què unes persones són capaces de restar sanes i unes altres emmalalteixen en aparent relació amb processos migratoris externament similars? ¿Quins elements individuals, socials, culturals, assistencials, ^{etc.} faciliten o facilitarien que

els individus s'adaptin a Catalunya i quins no? ¿Quina influència té la cultura ens els tipus i expressió dels quadres psicopatològics del migrant? ¿Quines repercussions tenen les seves experiències primigènies amb les seves possibilitats d'adaptació i integració? ¿Com repercuteix la seva bona o mala relació amb el medi d'origen en la seva reacció davant la trasplantació psicosocial? ¿Quin paper desenvolupa la llengua, el català, en l'adaptació ^o / inadaptació de l'immigrant a Catalunya?

Cada un de nosaltres, i com a equip, durant anys s'ha fet aquestes preguntes, comentant hipòtesis i discutint les nostres perspectives i els nostres sistemes d'ajuda psicològica i psiquiàtrica. Aquest fou, per descomptat, el vertader punt de partida del nostre treball. El nostre objectiu bàsic resultava deduïble de l'anterior: pensem que seria útil ajudar a la comunitat científica i assistencial (i fins i tot a la comunitat global, a la societat) a comprendre què passa a nivell psicològic amb aquest tipus de migracions. ¿Què passa a nivell mental i a nivell conductual, a nivell de representacions mentals o cognicions i a nivell de comportament, en les persones que pateixen aquests processos psicosocials? ¿Quins són els seus conflictes, problemes i ansietats fonamentals a nivell psicològic? ¿Com es pot ajudar a elaborar-los o, al contrari, quins elements del medi poden dificultar aqueixa elaboració i, per tant, afavorir la descompensació psico(pato)lògica i el desequilibri mental i/o social? El desig d'ajudar a comprendre els sentiments, emocions, pensaments i, en general, processos psicològics (i psicopatològics) que tenen lloc en l'emigrant és, en darrer terme, com dèiem, el vertader motiu de totes les línies que segueixen. Desitgem que, malgrat les limitacions professionals de cada un de nosaltres, de l'equip com a conjunt i de les investigacions empreses per nosaltres, hàgim pogut aconseguir amb les ratlles que segueixen alguna cosa en aquest sentit.

2. DELIMITACIÓ DE CONCEPTES

És comprensible que un tema tan ampli i complex com el de la migració, hagi generat tanta diversitat de termes. Per això, tant per delimitar el significat amb què els utilitzarem nosaltres com per orientar el possible lector, intentarem realitzar en aquest capítol un breu repàs dels conceptes i nocions fonamentals dels estudis, assaigs i treballs en aquest camp.

De vegades és difícil comparar resultats i fins comentaris sobre les migracions per la gran variabilitat de llurs circumstàncies, variabilitat que, sovint, ha estat aparellada amb la utilització de termes ^{enfocaments i conceptes,} ~~molt diferents, d'enfocaments i conceptes,~~ així com per una difusa polisèmia de molts d'ells. És clar que les vivències i, per tant, els efectes psicosocials de la migració d'un diplomàtic, d'un militar, d'un estudiant o d'un treballador assalariat que emigren són summament diferents, almenys en principi, tot i que en la base de totes elles hi ha el fet psicosocial de la migració, la trasplantació. Però encara que en la base psicològica trobem processos semblants, sobretot si tenim en compte les emocions i fantasies, les representacions mentals més inconscients, altres vivències diferiran segons la persona que emigra i, evidentment, segons el tipus de migració. Per això, en primer lloc, seria interessant intentar una classificació de les migracions que ens servís per a les línies que segueixen.

Tanmateix, abans hauríem de definir el propi concepte de migració. També intentarem fer-ho tenint en compte, ja d'entrada, els aspectes psicosocials del fet migratori.

2.1. Conceptes generals

La cosa més freqüent és definir la migració com la mobilitat geogràfica o horitzontal de les persones, que es desplacen bé aïlladament, bé en grans o petits grups. Ara bé: per al nostre treball hem de partir d'un concepte de migració una mica més estricta,

vint, són viscudes cada vegada més com a simples trasllats i no com a migracions, per passatgers que siguin. Finalment, creiem amb els Grinberg que és important destacar el fet que solament l'obligada realització de les activitats de la vida quotidiana en el nou medi de manera regular, proporciona la vivència d'haver emigrat.

En definitiva, la definició que acollim d'entrada implica una consideració no solament de les realitats externes a l'individu (geogràfiques, socials, culturals, polítiques...) sinó també de la seva realitat interna, del seu món intern, que interactua amb aquelles (taula 1). Des del nostre punt de vista, les cognicions, les representacions mentals (emocions, sentiments, fantasies conscients i inconscients, pensaments, esquemes per a l'acció, etc) són tan importants perquè ens expliquem els resultats individuals i microgrupals d'una migració com les característiques socio-culturals, cronològiques i geodemogràfiques d'aquesta migració.

Passem, però, a realitzar un breu resum d'aquestes realitats o circumstàncies externes de les migracions:

La variabilitat de les circumstàncies de les migracions ha fet que, sovint, fossin classificades des de diversos punts de vista. A més, cal tenir en compte que, com ja hem recordat abans, l'emigració com a fenomen sociològic s'enquadra dins el concepte més ampli de mobilitat, en el qual cal distingir una mobilitat física d'una mobilitat social. Aquesta darrera es refereix al canvi d'status social d'una persona o grup. La mobilitat física o emigració és, tal com dèiem anteriorment, el mer moviment geogràfic de persones o grups. Però aquesta mobilitat horitzontal va generalment acompanyada d'una certa mobilitat vertical (o de fantasies, aspiracions i/o temors d'aconseguir-la o patir-la, cap amunt o cap avall): sovint a la mobilitat geogràfica l'acompanya un canvi d'status econòmic i/o de les relacions mantingudes amb els mitjans de producció. Així, en la migració que nosal-

tres estudiem en aquest treball, la migració dels que s'han consti-
tuït assalariats a Catalunya, fos quina fos ^(anteriorment) la seva relació amb els
mitjans de producció, de distribució i de canvi, és una emigració que
es realitza amb l'aspiració de millorar la situació socio-econòmica
i fins, sovint, amb la fantasia d'ascendir de classe social. És impor-
tant recordar aquesta dada perquè implica que l'immigrant realitza o
acostuma a intentar realitzar dues "migracions", almenys des del punt
de vista psicològic: la geogràfica i cultural, i la social o socio-eco-
nòmica, que s'entremescien en moltes migracions i, especialment, en
les migracions realitzades "per causes econòmiques". Els autors ita-
lians (Carta, Fava, Menin, 1975) distingeixen també l'anomenat "canvi
estructural" en referir-se a la "migració" entre les pautes culturals
de l'immigrant des de les seves d'origen fins les del país receptor.

Trasplantació és un terme introduït pels autors francesos,
segons el nostre parer molt encertadament. Lamentablement, fora del
seu país no ha tingut gaire èxit. El podríem definir com la continua-
ció del desenvolupament d'un individu en un medi nou i distint, quan
ja havia començat el seu desenvolupament en un altre. L'interessant
d'aquest terme, des del nostre punt de vista, és que posa l'accent en
la relació subjecte/medi. En comparació amb el concepte de migració, el
de trasplantació implica més la idea de canvi en el desenvolupament
que no la del moment puntual del canvi, idea en la qual insistien les
frases d'Alberti amb les quals obríem la Introducció d'aquest volum.

En el nostre treball emprarem sovint els termes de trasplan-
tació, trasplantació psicosocial i trasplantats, precisament per la
relació d'aquests termes amb les vivències psicològiques i els esde-
veniments psicosocials de qualsevol emigrant, tot i que els termes
emigració, emigrant o immigrant, en ser molt més habituals en la nos-
tra cultura, apareixeran amb més freqüència.

El desarrelament, etimològicament, fa referència a aqueixa

pèrdua d'arrels. En el tema que ens ocupa, aquest concepte es refereix a la pèrdua i la desvinculació que suposa per al trasplantat perdre el seu lloc d'origen. Al mateix temps, es correspon amb la manca de vincles (arrels) que ha de suportar en el país receptor. Implica, per tant, uns sentiments de pèrdua, una enyorança dolorosa dels familiars, els amics, els costums... de tot allò que el país deixat implica. A nivell psicodinàmic podríem parlar de desarrelament a propòsit de la sensació de buit, de forat no omplert que sent el trasplantat en les primeres fases de la migració, i que només desapareix amb la integració progressiva en el nou medi.

2.2. Tipus de migracions

D'altra banda, en recordar els comentaris i descripcions de la introducció arribem forçosament a la conclusió que els tipus o maneres d'emigrar són tan diferents que resulta quasi impossible abraçar-los tots en una classificació, ja que responen a criteris molt variats. Des del punt de vista psicosocial, i centrant-nos en el nostre medi sòcio-cultural, Berner (1967) ha classificat les migracions així:

--Segons el temps:

a) Estacionals. Són les d'aquells individus, generalment treballadors, que es traslladen per recol·leccions o altres feines que només són realitzades en determinades temporades de l'any. Aquest és el cas dels treballadors temporers (veremadors, oliverers, etc...), o bé dels que treballen a la indústria hostalera, especialment en la "temporada alta".

b) Temporals reiterades. Com a exemple clar d'aquest tipus de migracions tenim aquells treballadors el contracte laboral dels quals es renova a mesura que l'empresa contractant va emprenent noves tasques, fins que aquestes acaben. En alguns països com Suïssa, aquest

és un tipus de migració temporera molt freqüent. Així mateix, alguns treballs estan molt lligats a aquesta mena de migració, com en el cas dels muntadors i els treballadors dedicats a prospeccions (petrolíferes, mineres, estudis de mercats, etc).

Hem de tenir en compte que en els dos tipus de migracions una (bona) relació del subjecte amb el país d'acollida es troba molt dificultada, la qual cosa, com veurem en altres llocs, impedeix, almenys parcialment, la possible substitució, en les seves representacions mentals, de l'arrelament que pogué tenir amb el país i el medi d'origen.

(c) De diversos anys. Aquesta és l'expectativa més freqüent entre els emigrants moderns: generalment s'emigra amb la fantasia, sovint plenament irreal, que solament s'estarà uns anys fora del país d'origen. En molts casos això no és així, i l'emigració es converteix en definitiva, però en altres són les pròpies característiques de l'emigració les que marquen el retorn al cap dels anys, com és el cas dels treballadors que es traslladaren des de l'Estat espanyol als països del Mercat Comú durant els anys seixanta. Acabada l'època de l'"esplendor desenvolupista", amb l'inici de la darrera crisi econòmica-social del sistema (cap a l'any 75), han estat molts els que han hagut de retornar als llocs d'origen o buscar nous països que els acollissin.

d) Indefinides. Aquest tipus de migracions són cada vegada menys freqüents, almenys en allò que es refereix a expectatives de partida. A final del segle passat i començament d'aquest, les migracions al continent americà tenien aquesta característica: la idea de no tornar a la pàtria d'origen, excepte per vacances o en viatges ocasionals.

---Segons el lloc o llocs entre els quals es realitza el canvi, cal diferenciar entre les migracions realitzades dins una mateixa comar-

ca o regió, un mateix país, o un mateix estat (migracions interiors), i les realitzades entre estats distints dins el mateix continent o fora d'ell (migracions exteriors). Tot i que avui dia la facilitat i la rapidesa dels mitjans de comunicació i transport han escurçat molt les distàncies, no deixa de marcar una diferència substancial del tipus de migracions la distància geogràfica i cultural entre el país d'arribada i el d'origen. Molts estudis de les migracions des del punt de vista sociològic, cultural, ideològic-polític o psicosocial poden quedar esbiaixats per fets consecutius a aquesta característica de la migració, ja que segons quin sigui el canvi que es necessita realitzar es produeixen processos de selecció de l'emigrant més o menys explícits i normatius per part de les autoritats i les administracions dels països de partida i arribada. També per un procés d'autoselecció per part de la població, segons el qual en uns casos emigraran persones especialment desarrelades o amb trets psicopatològics importants i, en altres, el grup d'emigrants es pot considerar, al contrari, una mena de "mostra selecta" dels millors homes i dones del país d'origen (tot i que habitualment sigui una combinació difícil de determinar pels diferents elements seleccionadors que actuen en una àmplia gamma de variables que van, dins aquests possibles "grups seleccionats", d'un extrem a l'altre). Des del punt de vista psicològic, la possibilitat de tornar o no periòdicament al lloc d'origen, tan important per a l'elaboració de la migració, és comprensible que resulti molt afectada per la distància a la qual es realitza una migració (particularment si l'emigrant i la seva família són treballadors assalariats de sous baixos).

--Segons el mode de vida: Una característica important dels moviments migratoris dels darrers anys ha estat la tendència de la població a agrupar-se en nuclis habitats més grans que els del lloc d'origen. La tendència de traslladar-se dels pobles petits a les ciutats i

d'aquests dos llocs a les metròpolis ha estat la regla, mentre que resultava minoritari el flux migratori invers. Potser els pròxims anys assistirem a un increment d'aquest retorn de la població cap al medi rural, en relació amb la crisi de nombrosos sectors industrials i amb la "desmetropolitització" que aquesta crisi pot portar aparellada (Gorz, 1980). De fet, com ja comentàvem, la població de la ciutat de Barcelona i la seva àrea metropolitana ha perdut habitants des dels primers anys vuitanta, deixant ~~x~~^{de} banda la pèrdua "vegetativa" produïda per les defuncions. Això significa que actualment s'emigra des d'aquesta zona més que no s'hi immigra, cosa que suposa un gir radical en la geodemografia de Catalunya (i més si tenim en compte les característiques de l'única immigració que continua fent-se: la que abans anomenàvem la "immigració novíssima").

--Segons les necessitats i demandes professionals. La diferència que marca l'status professional en el canvi migratori és substancial. Segons aquest criteri caldria distingir almenys tres tipus de migracions:

a) Els que emigren buscant un status professional estable que abans no tenien: és el cas dels camperols que s'incorporen a la indústria, o dels treballadors de baix escalafó en el país d'origen...

b) Aquells als quals l'activitat professional els exigeix canvis geogràfics, de vegades amb poques possibilitats d'elecció.

Es el cas dels militars, funcionaris, diplomàtics, etc.

c) Els que, trobant-se ja dins un status econòmico-professional instal·lat, busquen fora un desenvolupament superior. Aquí englobaríem les migracions dels intel·lectuals, llicenciats, tècnics, quadres administratius, etc, que cerquen nous horitzons formatius i/o professionals fora de les seves fronteres.

--Segons l'edat. Indubtablement, es tracta d'un factor d'una gran importància en el fet migratori, ateses les diverses influències que un canvi d'aquestes característiques pot suposar per a les capacitats i

possibilitats adaptatives de l'ésser humà.

a) Els infants acostumen a canviar de país acompanyant els pares, generalment a la vegada o després que aquests. Es tracta d'una dada important perquè, tant en un cas com en l'altre, els nens patiran doblement el fet migratori: directament i a través del que els transmeten els pares. A més, en el cas d'emigrar després dels pares, ho faran després d'un període en el qual s'han vist privats d'ells i, possiblement, han pogut viure una situació de més o menys deprivació afectiva (Spitz, 1965; Bowlby, 1968, 1969, 1978). Tanmateix, si aquesta deprivació afectiva major o menor ha estat substituïda adequadament des del mateix punt de vista (afectiu), a la llarga els serà més fàcil integrar-se a la nova terra, ja que és probable que es trobin menys integrats a la d'origen que els seus parents. En el cas d'infants emigrats arran de deportacions, catàstrofes, guerres, etc... acostumen a fer-ho separats dels familiars i això aconsella refer els seus vincles familiars, tant com sigui possible, amb una altra família que els aculli --si és que tenen la sort de no ser internats en un orfenat, un centre de reclusió o en institucions similars; en aquests casos, la pèrdua que suposa el canvi de país queda eclipsada per la pèrdua dels llaços familiars i les deficiències de tota mena que implica la seva nova forma de vida.

b) Migració d'adults: Hom pensa sovint que els adults són els que poden assumir i elaborar completament el fet migratori, però no té perquè ser així: De fet, la nostra opinió és que els processos psicosocials que implica la immigració comporten sempre aspectes transgeneracionals, és a dir elements que solament poden arribar a elaborar-se al llarg de dos o tres generacions de persones. Com a mostra que no sempre són els adults els que poden elaborar més bé a nivell psicològic el fet migratori, pensem en les esposes dels emigrants treballadors, que es troben instal·lades a la nova terra on han anat

seguint el marit, a qui veuen poc durant el dia (ja que ha de passar moltes hores treballant fora de casa): sovint aquestes persones pateixen grans dificultats per arrelar-s'hi, ateses llurs escasses relacions socials.

c) Els vells es poden veure forçats a abandonar el poble perquè va quedant deshabitat, cas en el qual l'emigració constitueix una mena de recerca de refugi desesperat. De vegades, la malaltia, la mateixa vellesa, accidents o problemes vitals empenyen els ancians a anar a viure amb els fills que fa anys immigraren. D'altres vegades el canvi pot ser més esperançador, almenys en les il·lusions de partida: els avis es reuniran amb els fills, ja ben instal·lats en el nou lloc, on han aconseguit allò que desitjaven i on poden reprendre una vida en la qual els néts re yifin i complementin les experiències que tingueren amb els fills. De tota manera, tal com veurem més endavant, una migració per a una persona d'edat comporta sempre importants dificultats psicosocials que, si no són ateses adequadament, faciliten en gran mesura la descompensació psico(pato)lògica del migrant.

Finalment, recordem en aquest apartat la situació dels emigrants que, en la vellesa, decideixen tornar al seu lloc d'origen. Si ho fan amb la fantasia irreal de recuperar-ho tot tal com ho deixaren es converteixen generalment en subjectes molt decebuts en no haver estat capaços d'acceptar que aquella terra que van deixar ja no és la mateixa (ni tampoc ells són igual que quan la deixaren). Però en un moment en el qual les capacitats adaptatives de l'ésser humà estan especialment disminuïdes, sovint és molt difícil una visió realista de les dificultats que aquesta "migració de retorn" implica, per la qual cosa s'han de considerar aquestes migracions com "especialment arriscades" des del punt de vista psicosocial.

--Una altra tipologia de les migracions parteix del grau de llibertat

amb el qual es realitza el canvi. Al contrari del que molts creuen,* tal com diu Escribano (1982), els canvis migratoris actius no es fan únicament amb l'afany d'aventura o motius semblants. La majoria de vegades (àdhuc en aquells casos en què el subjecte pot manifestar amb motiu del canvi la recerca d'aventures) aquest canvi ve forçat per situacions socials molt dures. En un extrem d'aquestes hi hauria les dels refugiats i deportats; en l'extrem oposat, les migracions "voluntàries".

a) Deportats o desterrats són aquells als quals se'ls obliga a deixar el país, als quals se'ls arrabassa llur terra (és el concepte etimològic de desterrar). Tot i que tots pateixen els avatars de l'emigració i generalment^{ment} baixen l'status social, moltes vegades poden ser ajudats per altres compatriotes, o per algunes organitzacions socials o polítiques. A més, la fermesa de la seva ideologia suposa, sovint, un ajut i una contenció en el seu desarrelament.

+++++

*"Alguns se'n van impulsats pel seu esperit aventurer i inquiet; altres, imbuïts pel miratge de les llunyanies, per la suggestió d'allò desconegut, per la il·lusió d'un atzar vague i misteriós; aquests, perquè havent ocupat anteriorment una posició benestant, el seu malentès orgull no s'avé a delatar la pobresa actual i prefereixen amagar-la allà on ningú^{me} els conegui, encara que es vegin obligats a acceptar ocupacions impròpies de la seva classe i cultura; aquells, perquè són tan febles de caràcter que es deixen arrossegar per qualsevol, o tan crèduls que accepten sense discutir allò que interessadament o desinterassada se'ls proposa; i molts, també s'expatrien per ambició, per eludir el servei militar, per fugir del creditor o dels rigors del Codi Penal, etc (Leopoldo d'Ozouville: La tutela del emigrante español. Publicat al "Boletín de Emigración" del 1916).

b) Per refugiats entenem aquells que han d'abandonar llurs països perquè, si no, perilla el seu mitjà immediat de vida o fins la vida mateixa. Acostumen a tenir més dificultats d'assentament en el país receptor ja que, sovint, el canvi s'ha de fer precipitadament, en condicions pèssimes o fins i tot en grups nombrosos. Aquest és el cas dels refugiats amb motiu de la derrota en una guerra civil, i en aquest sentit la nostra del 36-39 seria un clar i trist exemple en el qual hi hagueren centenars de milers de refugiats (Jackson 1965)... O les expulsions més recents de vietnamites, cambodjans, palestins, ugandesos, indopaquistanís, salvadorens, etc.

Generalment, segons el criteri del grau de llibertat, les migracions acostumen a diferenciar-se en "voluntàries" i forçoses. Tal com vèiem, els desplaçaments forçats d'individus han revestit en la història de la humanitat diverses formes, entre les quals hi ha l'esclavitut, la deportació, l'exili, la reclusió en reserves i/o camps de concentració, etc. Altres moviments geogràfics forçats es produeixen durant les guerres, tant pel que fa als exèrcits com a la població civil, la qual resulta quasi sempre desplaçada.

c) L'emigració anomenada "voluntària" és aquella el mòbil i la motivació principals de la qual és avui de tipus econòmic o econòmico-professional. Inicialment seria el cas dels pobles nòmades dedicats a la caça i al pasturatge, en els quals el moviment és constant, ja que ni tan sols posseeixen un assentament fix. Aquest tipus de migració té avui una incidència quantitativa escassa en els països industrialitzats, i es limita a determinats grups ètnico-culturals, com ara els gitans, els quinquis i grups semblants. Això no obstant, en les societats "avançades" el moviment humà més rellevant es produeix en els intercanvis constants entre les àrees rurals i urbanes. Durant els anys de creixement econòmic, les ciutats industrials i llur perifèria han estat un important focus d'atracció de la migració rural, tot i que sembla que actualment la crisi econòmico-social

i l'atur han aturat una mica el fenomen i fins s'apunten tímidament indicis del fenomen invers.

Generalment, tot i que en el cas de les migracions "voluntàries", per causes econòmiques, resulti més clar, la política d'acumulació del capital és la que acostuma a determinar les migracions en tots els casos. L'actual mobilització quasi permanent i general dels habitants del globus d'un punt a l'altre d'aquest està marcada per unes línies de força en les quals no són els interessos abstractes o "socials" els que predominen ("espais econòmics" o "espais polítics" per exemple), sinó que són els interessos concrets dels grups socials que ~~controlen~~^{posseeixen} el control del capital, bé en l'estat de partida, bé en el d'arribada o bé en els dos, cosa que cada vegada és més freqüent (Mandel, 1962). Són aquestes les forces o motivacions reals d'una gran part de les anomenades migracions "voluntàries" (Cardelús i Pascual, 1979). I és important tenir-ho en compte perquè, segons quina sigui la urgència del capital, resultarà així gravada la migració dels éssers humans: necessitats molt peremptòries d'industrialització, com ara les que es donaren en el "desenvolupisme" espanyol, donaran lloc a migracions massives, ràpides i gens preparades o ajudades, ja que els interessos concrets se centraran a buscar un bon acomodament als capitals i no a les persones.

Com un exemple, Vilas i Varo (1973) presentaven un estudi de Poucher sobre el poblament d'una metròpolis veïna: París. Doncs bé, segons aquest estudi, les raons dels què s'instal·laven a París es podien dividir en els següents apartats:

1) Motius de mercat de treball a París (pulls): el 35,4% dels immigrants.

2) Motius de mercat de treball a províncies (pushs): el 20,5% dels immigrants.

3) Qüestions de família, llar, salut: el 15%

4) Matrimoni i altres motius: 11,7%

5) Desigs de canviar: 8,3% dels immigrants.

6) Estudis: 6,4%.

7) Guerres, esdeveniments polítics, servei militar...: 2,7% dels immigrants.

De les xifres anteriors resulta evident el domini del motiu "treball": el 55,8% dels immigrants semblen dominats per aquests motiu i necessitat. Però el terme "treball" no té el mateix sentit per a tots els immigrants. Per a uns, els que no el tenien i se'n van de llur terra empesos per la necessitat, la fam, la misèria, la pobresa o la manca de perspectives, el nou país equival a l'esperança, tal com recorden Vilas i Varo (1973): l'esperança de trobar un mitjà de vida, una possibilitat d'estalviar i tornar al país d'origen, fins i tot la possibilitat d'arrelar en noves terres que els donin el que la pròpia els negà a causa de les seves condicions socials i econòmiques... Aquest immigrant no acostuma a ser gaire exigent i és capaç d'acceptar grans penalitats i contrarietats amb l'esperança posada en el futur i sortint de la necessitat que deixen enrere.

Per a altres, tanmateix, treball significa prosperar. Treballen, però l'atracció d'un treball millor, d'uns estudis avançats o d'una especialització, potser més beneficis amb la mateixa feina o d'una vida cultural i social més rica, els porten a emigrar. En aquests, la decisió d'emigrar està més personalitzada: hi ha més dosis de "decisió personal" i, per tant, la intenció de traslladar-se i instal·lar-se en un altre país o una altra regió és acompanyada d'unes exigències més grans i més definides, i d'un desig clar i directe d'incorporar-se a la seva vida sòcio-cultural i econòmica.

La darrera classificació de les migracions que voldríem esmentar aquí és la que fa referència a la classe social de l'emigrant i, especialment, a les relacions del migrant amb els mitjans de producció. Aquesta classificació adquireix un relleu especial en les mi-

gracions "internes" per motivacions "econòmiques" i, per tant, suposadament "voluntàries", com ara la migració a Catalunya durant el segle XX, en la qual ens centrarem en aquest llibre.

En primer lloc, cal recordar la idea, que ja hem citat, que actualment la migració afecta totes les classes socials, tot i que en cada una d'elles tingui un contingut, unes repercussions i una importància diferents. Seguint novament Cardelús i Pascual (1979) podem distingir quatre tipus de migracions, segons les relacions que s'estableixen amb els mitjans de producció:

(1) Persones no assalariades en el seu lloc d'origen que s'instal·len com a no assalariats en el lloc receptor. En aquest grup s'inclou l'emigració dels industrials i financers cap als centres de control econòmic i polític del país; els rendistes que es traslladen a residir en zones d'alt standing o als seus llocs d'origen, etc. També incloem en aquest grup els petits propietaris que venen les seves pertinences per instal·lar algun comerç en els centres urbans. Un altre contingent important que es pot incloure en aquest apartat són els estudiants, que no es troben encara implicats directament en els processos de producció, de distribució i de canvi.

(2) Persones no assalariades en el seu lloc d'origen que s'instal·len com a assalariats en la terra de recepció. Aquest grup, per exemple, estaria format pels camperols o artesans, que de vegades vengueren llurs escasses propietats per traslladar-se a les àrees industrials a fi de treballar per un altre.

3) Persones assalariades en el seu lloc d'origen i que s'instal·len com a no assalariats en el lloc receptor. És el fenomen típic o, almenys, el generalment desitjat com a final o retorn de la migració. El canvi en aquest cas pot ser degut al retorn "amb èxit" (econòmic), després d'haver reunit el capital necessari per reinstal·lar-se pel seu compte en el lloc d'origen primitiu, però també pot ser

el resultat de la pèrdua del lloc de treball, l'abandonament de l'expectativa d'èxit econòmic, la necessitat de regressió a nivell psicològic, el fracàs i la depressió, etc.

4) Persones assalariades en el seu lloc d'origen i que s'instal·len com a assalariats en el lloc receptor. En aquest grup se situen tots els trasllats de funcionaris, tècnics, quadres superiors i, també, les migracions d'obrers. Generalment, per a aquest grup d'individus, l'emigració representa (o es vol que representi) una "promoció", és a dir, una millora del seu status socio-econòmic.

Fins aquí la classificació proposada per Cardelús i Pascual en 1979. Això no obstant, per a la realització d'un estudi concret sobre "els adolescents de la segona generació d'emigrants" i els seus conflictes psicològics i socials, un grup de treball del nostre equip d'investigació (Salamero, Atxotegi, San José i Pellegrero, 1986), trobaren que calia separar, dins aquesta classificació, un nou grup: si es treballa amb les "segones generacions" sol ser imprescindible separar els estudiants que emigren. Per això, aquest subgrup hauria de ser separat del primer per formar-ne un a part, que podria ser el següent:

5) Persones sense un paper actiu en el procés de producció. En aquest grup, com dèiem, hem d'incloure els estudiants que es traslladen des de llurs domicilis als llocs d'estudi, sobretot en el cas dels estudis superiors, però també els jubilats i ancians que, en acabar la vida laboral activa, poden bé tornar a la terra d'origen bé traslladar-se amb els fills a l'emigració d'aquests, etc.

Fins aquí hem fet un breu repàs de les diferents formes de migració a través de les classificacions més freqüents en la literatura. La nostra intenció amb aquest breu repàs ha estat que quedi clara la idea bàsica de la variabilitat intrínseca en el fenomen migratori del nostre segle, variabilitat que tindrà una gran influència

sobre els diferents estudis socials i psicosocials del tema i, especialment, sobre els resultats dels estudis estadístics: segons aquesta perspectiva, si d'entrada no es controla i delimita molt curosament el tipus de migració estudiat i la població que l'efectua, possiblement els resultats, especialment els estadístics, perdran significació per l'equilibració i/o desviació d'aquests causada per aquesta variabilitat de situacions no prou aclarides o delimitades.

2.3. Moments o etapes (psicològics) d'una migració

Nombrosos autors, i entre ells Sluzki (1979), descomponen la continuïtat del procés de migració en els següents passos o moments: (I) l'etapa preparatòria; (II) el moment de la migració; (III) el període d'assentament i integració (per a Sluzki, els períodes de "sobrecompensació" i "descompensació") i (IV) els fenòmens transgeneracionals. El que ens importa en aquest moment és ressaltar el fet que el procés migratori comença en realitat molt abans de l'acte de la migració o moment de la migració. Hi ha tota una etapa preparatòria, més o menys llarga segons les migracions i les persones concretes i que, a més, revesteix característiques col·lectives: és el col·lectiu familiar el que elabora i, en el seu cas, prepara la migració, encara que sigui de només un dels membres (Sluzki, 1979).

No sembla que hi hagi unanimitat quant al significat que donen els diversos autors al terme assentament, sobretot en el que es refereix a la seva extensió temporal. Alguns l'utilitzen quasi com a sinònim d'adaptació. Altres autors (i nosaltres amb ells) prefereixen anomenar assentament el període --habitualment curt-- que va des que el subjecte arriba al país receptor fins que resol els problemes mínims immediats de subsistència.

El període d'adaptació implica canvis personals del trasplantat i ambientals per part de la comunitat receptora, en els quals hi ha d'^haver un mutus coneixement i acceptació de la convivència,

tot i que quasi sempre es conserven, almenys parcialment, diferències culturals. El trasplantat no ha perdut els valors i costums amb els quals vingué; accepta els nous, però encara no els ha fet seus. Ell i la comunitat receptora conviuen diferenciats, però en bona harmonia. En canvi, la inadaptació implica que el contacte entre les dues maneres de viure desencadena enfrontaments oberts o ocults en els quals, en més o menys grau, participen les dues parts. Si la inadaptació esdevé permanent, existirà una detenció del desenvolupament de l'individu, almenys a nivell social, conservant el trasplantat uns usos i costums mancats de realitat en no estar arrelats i compartits per l'entorn social corresponent. Això seria ja un índex del que Sluzki anomena el "període de descompensació" o crisi, que de vegades segueix a un període de (aparentment) perfecta adaptació o "sobrecompensació".

La integració seria el final d'un procés de trasplantació adequadament elaborat. Des del nostre punt de vista, la integració no s'ha d'observar i estudiar com un fenomen tan sols sociològic (tot i que ho és), sinó també com un conjunt de fenòmens psicològics. En realitat es tracta d'un procés psicosocial. El trasplantat, en el seu nou lloc, va descobrint lentament els mil matisos de la nova cultura. Lentament també s'hi interessa i, de mica en mica, la va situant com a seva. Ja no solament la coneix i la respecta, tal com vèiem en l'adaptat; ara la va sentint cada vegada més "dins" d'ell. Al mateix temps, es va sentint "un més" entre els nous conveïns, i aquests també el van sentint com un d'ells. Per al trasplantat, això implica una renúncia a moltes de les pautes culturals amb les quals havia viscut fins llavors; potser no totes: algunes poden quedar en la intimitat de la seva llar (el seu estil de menjar, la llengua, etc) i li permeten conservar la pròpia identitat, coexistent amb els nous costums adquirits.

2.4. Integració, adaptació, acomodament?

En aquest punt convé fer un aclariment per evitar les simplificacions, sovint excessives, amb les quals es tracta aquest aspecte del tema que ens ocupa. Ens referim al fet que la integració, com tots els fenòmens del procés migratori, és sempre un fenomen complex: no s'ha de considerar o simplificar doncs com un mer nivell social o un nivell psicològic aïllat (si no és com a mètode d'estudi). Tota integració (o manca d'integració) l'és a nivell psicològic i psicossocial. D'altra banda, ni tan sols a cada un dels dos nivells, la integració no es pot considerar un afer simple. No és possible, ni convenient, per a la mesura o la descripció de la integració social de l'immigrant utilitzar índexs simples com l'ús del català o l'índex de matrimonis mixts. Ja Calvo, en els seus treballs pioners del 1972, demostrà com és de freqüent una desadaptació i un conflicte profund de l'immigrant amb la terra i l'ambient d'acollida malgrat que es donin els dos índexs sociològics de (suposada) integració. A més, a un altre nivell d'observació, la integració, com deia Carlota Solé (1985), "suposa no tan sols la superació dels conflictes (la seva elaboració, diríem nosaltres), sinó també el desenvolupament de la solidaritat".

Per tot això, estem molt d'acord amb autors com Solé quan proposen un quadre complex per a l'observació de la integració, quadre compost almenys pels següents elements i indicadors:

- 1) Acomodació al tipus i les condicions del nou treball.
- 2) Adaptar-se a les condicions de la vida urbana o urbanitzada que l'immigrant troba majoritàriament a Catalunya (mentre que la gran majoria de persones que han anat a raure a Catalunya en aquest procés migratori procedien del medi rural i de la feina agrícola).
- 3) L'acceptació progressiva, voluntària i lliure, de les institucions socials i polítiques catalanes i, per tant, la seva participació com a ciutadans de plens drets.
- 4) L'adopció, també progressiva, voluntària i lliure, de les normes, els costums, valors, llengua, etc de la societat recep-

tora.

5) Elements als quals nosaltres afegiríem un eix, en la nostra experiència, es troba especialment retardat en la immigració que considerem prioritàriament en aquest llibre (la immigració a Catalunya). Ens referim a l'establiment i l'aprofundiment progressius de relacions socials i personals amb els autòctons: no es pot pensar en una immigració psicosocial si l'immigrant, tal com passa tan sovint, només manté relacions socials i/o personals amb altres immigrants com ell (que de vegades, a més, provenen solament de la seva pròpia regió d'origen o fins i tot de la seva pròpia ciutat o poble de partida). Per molt àmplia que sigui l'aparent integració cultural i política, en aquest cas, segons el nostre parer, no es pot parlar amb propietat d'integració psicosocial i, per tant, d'elaboració adequada del procés migratori. I en aquest afer participa no tan solament l'immigrant, sinó també la societat i la cultura receptores, més o menys permeables i acollidores a nivell profund.

Per això, per a cada un dels subprocessos anteriors, s'han de tenir en compte uns indicadors mínims (Solé, 1985):

1) Integració ocupacional:

--mobilitat ocupacional ("migracions laborals"): variacions entre la primera i l'última ocupació de l'immigrant, característiques de la seva situació laboral actual, tipus d'empresa, facilitats per canviar d'empresa o sector, etc.

--necessitat o innecessari^{et}at de conèixer el català en el lloc de treball.

2) Integració urbana:

--habitable (diferències entre la seva primera casa a Catalunya i l'actual)

--participació en la vida ^{ss}associativa del barri i/o ciutat.

3) Integració política:

--i identificació amb organitzacions sindicals o de classe en el medi laboral

--identificació amb tendències polítiques i partits polítics i definició personal en la línia "esquerra-dreta" de la societat catalana

--conducta electoral.

4) Integració socio-cultural:

-- coneixement del català

--actituds davant la llengua i la cultura catalanes

--actituds cap als símbols i institucions de Catalunya

--actituds cap a la catalanització

--participació en institucions culturals catalanes o d'immigrants

--tipus d'institucions (col.legis, centres de reunió, associacions...) en les quals participen els fills, si en té...

5) Integració relacional:

--nombre i tipus d'amics (en un sentit psicosocial)

--relació autòctons-immigrants dins d'ells

--nombre i tipus de "coneguts" o "amistats" autòctons i immigrants

--procedència de la(es) parella(es) del (de la) immigrant

--relacions dels seus fills, si en té

--opinions personals en relació amb l'estereotip "dels catalans" i "els andalusos", "els gallecs", "els castellans", etc.

Amb aquesta sèrie d'elements i indicadors, interrelacionats amb les distintes variables que influeixen ^{en} nivell psicosocial en l'elaboració del procés migratori (taula 16), fa uns anys vam realitzar una guia per a entrevistes "semiestructurades" amb immigrants per aprofundir llurs vivències i experiències dins el procés migratori.

Aquestes entrevistes ^{"profundes"} ~~en profunditat~~ ^(set) (a una mostra escollida d'immi-

grats formaven part d'un estudi més ampli que, de moment, no hem pogut tirar endavant per manca de mitjans i personal prou format en el tema de la migració (a més de tècnicament preparat per a entrevistes semiestructurades d'orientació psicodinàmica).

En resum, podem definir la integració com el procés d'immersió i incorporació en i de les noves relacions i la nova cultura fins a sentir-la com a pròpia, a partir de l'acceptació i l'interès per ella. D'aquesta definició, és evident que el nostre concepte d'integració implica, d'una banda, elements relacionals i intrapsíquics (representacionals, cognitius...) a més dels merament sociològics. El nostre concepte d'integració és, per tant, un concepte psicosocial. Volem remarcar-ho per les conseqüències que té per a l'acceptació o no dels diferents estudis realitzats sobre el tema.

Els autors anglosaxons d'orientació sociològica, anomenen de vegades aquest procés "aculturation", terme que es podria traduir per culturalització o culturització (possiblement "aculturació" no és correcte des del punt de vista lingüístic). Tanmateix, per a nosaltres el terme resulta una mica parcial, ja que sembla suggerir la substitució d'una cultura per una altra. Per això preferim el terme integració, en la mesura que ens sembla més totalitzador. L'integrat no solament es mou ja amb una cultura diferent de la que va portar, sinó que té altres amistats i sent com a pròpia la terra d'acollida, però havent integrat l'introjectat anteriorment en la seva cultura i els seus mitjans psicosocials anteriors, amb el que progressivament (i dolorosa) ha anat introjectant després del canvi (Beals, 1976).

Un terme usual, tot i que menys arrelat, és el d'acomodament. Nosaltres l'emprem com a descriptiu de l'acceptació mínima, per part del trasplantat, de la cultura del país receptor amb la finalitat de no entrar en conflicte amb ella, però sense que hi hagi el desig, i la necessitat a nivell profund, vital, d'incorporar-la com a cosa

més, "és molt nerviosa", si té algun disgust li "ataca al cap". Això li passa fa uns quants anys. En la curta entrevista en què és atesa, pràcticament no es torna a parlar del mal de cap: la pacient té un insight suficient per centrar l'interès en motius més vitals de les seves preocupacions.

"El meu marit té un caràcter molt fort... A més, ell està molt per la família. No sé si serà que estic gelosa... Com que la meua família està fora"... Amb el seu marit ha tingut dos fills que estan en edat escolar.

Ella va néixer en un poble d'una província del sud d'Espanya. Vingué a Catalunya tenint ja una germana que treballava en una ciutat del Vallès. Aviat es casà amb un català, pensant que al cap d'algun temps tornarien al sud, al seu poble, i el seu marit s'hi instal·laria. Però no ha pogut ser així: la feina està cada vegada més difícil i al sud encara més... "Aquí es van defensant."

"Allà estava acostumada a estar sempre amb algú... Érem vuit germans i estàvem molt units... Aquí al començament ho vaig passar molt malament; no tenia amigues... Quan arribes, costa molt que t'acceptin"... Probablement, a ella també li costava d'acceptar aquells que no eren "els seus germans".

Els mals de cap van començar quan "vaig començar a veure clar que no tornaria a viure allà"... "Ara he millorat una mica, però pel novembre el pare va morir (al poble). I la mare és molt gran... Qualsevol dia li passarà el mateix." "Quan es mori ja no quedarà ningú, allà. Fins ara, tots els germans acostumàvem a reunir-nos per vacances, a casa meua (on vivien els pares), però ara, encara que la casa es conservi, per algun dels meus germans, vostè ja sap, si és que no la venen... De tota manera no serà el mateix. Allà ja no em quedarà res."

El que volíem deixar clar des d'aquest capítol és que, segons el nostre parer, i coincidint-hi amb diversos investigadors del fenomen, com Solé (1985) i Rejolons (1986), el procés extern de la integració, en la realitat externa fluctuarà constantment entre la integració social (és a dir, en la societat industrialitzada, a través de la integració de classe) i la integració nacional-cultural (sentint i reivindicant com a propi l'àmbit de les seves activitats i la vida

quotidiana). En qualsevol cas, la integració psicològica i l'elaboració psicològica del procés migratori, estaran en la base d'aquestes possibilitats. Parlar català és una mena de culminació i índex de tot un procés sòcio-cultural la base del qual és aquest conjunt de processos psicològics que, en paraules anteriors, descriuríem com integració, a la vegada basada en una prèvia identificació amb una societat, una terra i una nació. En aquest sentit, i resumint, considerem que:

1) La integració sòcio-cultural és un procés més ampli i determinant que el de l'assimilació lingüística o la simple imitació de trets culturals (Solé, 1985).

2) Que aquest procés sòcio-cultural precedeix i sustenta el procés o assimilació lingüística : Parlar en català no és un criteri definidor, sinó una de les manifestacions més clares d'un procés (previ) d'integració de l'immigrant en la vida social i política de Catalunya.

3) Però els processos psicològics, el que aquí anomenarem "processos de dol" o "elaboració psicològica del dol migratori" (o, simplement, de la migració) són la base tant de sustentació com energètica, dinàmica, dels processos sòcio-culturals de la migració.

Tal com ja aclareix per exemple Solé (1985), aquesta idea perfila l'aspecte psicosocial de la integració, evitant l'alternativa assimilacionista, la qual suposaria i suposa com a ideal una subordinació política dels immigrants a les institucions socials i polítiques de la societat receptora: per a la integració real no n'hi ha prou amb la pressió social cap a l'assimilació, per molt que doni lloc a "índexs sociològics d'integració". Calen una sèrie de processos psicològics profunds i reals perquè la integració pugui partir d'una identificació prèvia i assolir una integració (psicològica). I això significa un model d'integració sòcio-cultural en el qual els immigrants seran transformats per les relacions i la cultura catalanes an-

teriors, però que, al mateix temps, generarà uns trets socials que transformaran aquesta cultura.

Uns ~~altres~~ altres aclariments previs per acabar: considerem que, a part de les circumstàncies que acompanyen el fet migratori, l'acte de la migració (tan desfavorable en molts dels immigrants de les mostres estudiades per nosaltres), els immigrants a Catalunya han de superar un altre tipus de dificultats en la majoria de casos: són les que provenen de la integració en una societat industrialitzada-urbana que es fan notar especialment en els immigrants procedents de zones agrícoles que aquí esdevindran obrers industrials o que treballaran en els serveis de les grans ciutats. A més, creiem, els autòctons, entre els quals ja hem d'incloure els fills dels immigrants, parteixen de posicions avantatjoses amb respecte als immigrants per les seves millors condicions de relacions socials i d'informació: tenen més informació sobre el mercat de treball, més possibilitats d'ocupació i mobilitat ocupacional, de qualificació laboral i d'ampliació de coneixements, més possibilitats d'incorporar-se a moviments socio-culturals catalans etc. Finalment, no hem d'oblidar que també a Catalunya s'han creat (o tolerat que pervisquessin) tota una sèrie de ghettos urbans i metropolitans amb molt escasses possibilitats d'habitable, relacions, vida associativa i contacte amb "el català", que han dificultat encara més tant els processos socio-culturals d'integració com, més en general, el procés migratori (Solé, 1985).

AVIS A L'EDITOR I A L'LECTOR: SI HÉ HA PROBLEMES DE LONGITUD DEL LLIBRE, TANT AQUEST CAPÍTOL COM EL QUART PODEN ANAR TOTALMENT EN LLETRA PETITA

+++++

3. PROBLEMES METODOLÒGICS

3.1. Problemes metodològics brevis

Des del punt de vista científic, sempre que sigui possible, l'estudi dels casos individuals ha d'anar acompanyat de l'anàlisi del fenomen en un context controlat, ja que fàcilment les inferències realitzades des de la perspectiva clínica es troben esbiaixades per les condicions peculiars de l'entrevistador, l'entrevistat i/o les circumstàncies concretes en què es produeix la seva relació o interacció. A més, la flexibilitat del mètode de l'abordatge individual, que li confereix de vegades tants avantatges per a l'estudi dels fenòmens complexos, facilita, això no obstant, la progressiva modificació de les hipòtesis inicials i la inclusió de noves variables que intervenen per ajustar a posteriori l'observat a les concepcions de l'investigador, amb la qual cosa moltes vegades es produeix una progressiva reafirmació dels prejudicis inicials.

Quan el fenomen estudiat és de naturalesa complexa, i hi participen previsiblement nombroses variables biològiques, psicològiques i socials, l'únic àmbit més o menys controlat de què disposem és l'epidemiològic que, d'acord amb la definició més acceptada (Lilienfeld i Lilienfeld, 1980) estudia la distribució espacial i temporal dels trastorns i les condicions que els modifiquen. Atès que es tracta d'analitzar els esdeveniments psico(pato)lògics en grups suficientment amplis de subjectes, de manera que permetin evidenciar els efectes de variables psicosocials, s'han d'escollir uns paràmetres adequats a aquest context per avaluar el fenomen i que compleixin dues condicions: validesa i simplicitat.

Efectivament: en primer lloc, els paràmetres escollits han

de reflectir el fenomen que volem estudiar. Aquest fet sembla a primera vista obvi i fàcilment assolible però, tal com veurem després, a la pràctica pot plantejar notables dificultats en el nostre tema d'estudi. En segon lloc, atès que els treballs epidemiològics requereixen l'estudi d'amplis grups de poblacions, els paràmetres escollits han de ser fàcilment quantificables i llur obtenció ha de ser senzilla i, fins alà on sigui possible, econòmica.

Els indicadors més utilitzats actualment en el nostre camp són la taxa o índex d'incidència i la taxa o índex de prevalença. Epidemiològicament, s'anomena incidència el nombre de casos nous detectats en un període de temps determinat; la taxa o índex d'incidència és la relació entre el nombre de casos nous en un període determinat i el nombre de subjectes integrants de la població estudiada. Per comoditat s'acostuma a utilitzar una relació el denominador de la qual és 100.000 habitants. Així, una incidència de 150/100.000 indica que en un període d'un any s'ha registrat l'inici d'un trastorn o malaltia en 150 persones per cada 100.000 habitants d'una població determinada.

La taxa o índex de prevalença fa referència al nombre de subjectes que presenten un trastorn o malaltia determinat en un moment determinat, prescindint del temps transcorregut des de l'inici de la patologia. En aquest concepte es calcula també la proporció de casos en relació amb cent mil habitants. Aquest denominador és absolutament arbitrari i s'elegeix per la comoditat que representa, i es pot variar segons les conveniències.

Per a l'obtenció d'aquestes i altres dades epidemiològiques es pot recórrer a diverses fonts (Muñoz^a i col.ls., 1975, Vázquez i col.ls., 1981, 1982). Els registres públics són útils solament per a les dades la declaració de les quals és obligatòria. Però en el cas dels trastorns mentals, només hi ha registres públics en el cas dels

internaments i dels suïcidis (pràcticament totes les legislacions obliguen a declarar-los i estan recollits en les estadístiques oficials). Aquests paràmetres permeten obtenir informació sobre grans grups de població, durant períodes de temps prolongats i segons uns criteris més o menys uniformes. Tenen com a inconvenient fonamental que no acostumen a anar acompanyats de gaires dades demogràfiques, antropològiques ni psicosocials. Aquest fet limita molt que es pugui utilitzar en l'estudi de les migracions en relació amb la salut mental. Difícilment les estadístiques oficials, i més en el nostre país, constaten la naturalesa o la provenença dels subjectes internats o que han comès un acte suïcida.

Per obviar aquestes dificultats, moltes vegades es recorre a les constatacions i estadístiques dels arxius hospitalaris i, més recentment, d'altres serveis de salut. Generalment es poden obtenir les dades demogràfiques, antropològiques i psicosocials més destacades però, com a contrapartida, la informació és més parcial i fa referència a sectors de població més reduïts.

La utilització dels índexs de prevalença i incidència obtinguts a través de registres assistencials ha estat objecte de nombroses crítiques, tant des de punts de vista tècnics com teòrics i ideològics. Des del punt de vista tècnic és difícil definir la població atesa per un centre hospitalari o servei de salut --i en uns països més que no en altres. La delimitació de l'àrea geogràfica no és l'aspecte més conflictiu en alguns països, però sí en el nostre, malgrat la recent normativa de creació i desenvolupament de les àrees i els sectors sanitaris. Per a nosaltres encara és habitual traslladar-nos a centres assistencials allunyats del nostre lloc de residència en funció de les nostres preferències o, la majoria de vegades, de les nostres possibilitats. Per aquest motiu, tot i que és fàcil eliminar els casos atesos que no procedeixen d'una zona estudiada,

resulta impossible detectar els subjectes d'aquella zona que s'han traslladat a altres centres més llunyans. A més, el problema més greu de resoldre és que, generalment, només es troba disponible la informació dels centres assistencials públics. Això dona lloc a importants esbiaixades socio-econòmiques: tothom sap que les classes treballadores recorren preferentment a institucions públiques, mentre que les classes socials privilegiades tenen més preferència i possibilitats per utilitzar els recursos assistencials privats.

El conjunt de limitacions que hem assenyalat únicament queda obviat quan s'estableixen els anomenats "registres de casos", consistents en registres longitudinals centrats en els pacients que pertanyen a una població delimitada que recullen tots els contactes que s'estableixen amb un conjunt ben definit de serveis assistencials (Weed, 1969; Ten, 1986; Tizón, 1977; Díaz i col.ls., 1976, 1978...). Malauradament, els registres de casos que acompleixin els requisits mínims per donar validesa als seus resultats són molt exigües. D'altra banda, en el nostre país estan encara molt poc desenvolupades les seves aplicacions (i menys en el camp de l'assistència psiquiàtrica i psicossocial).

Una altra crítica a la representativitat d'aquestes dades és que únicament es constaten els casos en els quals una persona busca tractament o és forçada a fer-ho. En el cas dels trastorns mentals hi ha nombroses variables, a més de la gravetat del trastorn, que determinen si una persona rebrà atenció o tractament: capacitat de l'entorn per detectar el trastorn, per compensar-lo o contenir-lo, coneixement dels mitjans assistencials existents, etc. Per acabar de complicar-ho, aquests factors varien notablement en el curs del temps i, a més, el seu grau d'incidència és distint en els diferents estrats culturals i econòmics. A priori, resulta difícil predir quina serà la influència diferencial sobre els grups d'immigrants en comparació amb

els autòctons. Es podria suposar que, en no tenir tan coneixement dels dispositius assistencials de la comunitat per part dels immigrants disminuirà el nombre d'admissions o consultes; però també es podria pensar que en haver-hi menys aïllament i contacte relacional de l'immigrant, [↑]disminueix les possibilitats de contenció d'aquell

l'entorn (Bion, 1963; Tizón, 1982): entre altres raons perquè l'immigrant, si no és que estigui immersit en un grup organitzat d'immigrants, resulta mancat d'una gran part dels mitjans i possibilitats del sistema profà d'assistència (Galeote i col.ls., 1976; Tizón, 1984, 1986, 1987), tan important en el camp de la psico(pato)logia --és a dir, en el camp del psicològic i el psicopatològic, entre els quals no hi ha cap línia divisòria prèviament marcada. Això no obstant, és possible que l'immigrant desperti llaços solidaris notablement estrets entre els seus companys, els quals poden esmorteir els seus conflictes personals, en constituir una mena de sistema profà substitutiu o embrionari...

Aquesta cadena de reflexions alternatives podria perllongar-se així fins l'infinit, però en qualsevol cas és evident la impossibilitat de predir el resultat final.

Una conseqüència de tot el que hem dit és que els índexs de prevalença i incidència calculats a partir del nombre d'hospitalitzacions són un reflex deficient de la presència de trastorns mentals en una comunitat.

Aquest fet s'agreuja quan es comparen les dades d'una sèrie temporal. En primer lloc, els criteris d'ingrés pateixen modificacions. En segon lloc, els mitjans assistencials, que també varien d'un moment a un altre, evitant en molts casos la necessitat de l'ingrés. De tota manera, aquest inconvenient es pot obviar si es disposa de dades referents a consultes i altres intervencions ambulatòries. Lamentablement, en el nostre país els arxius d'aquest tipus de serveis són encara més

deficitaris que els dels hospitals, tot i que puguin proporcionar alguna dada ocasional sobre pacients diagnosticats de "neurosis" o "trastorns de personalitat", diagnòstics quasi inexistent en els arxius dels nostres hospitals.

En resum, es pot afirmar que en països amb una organització de la sanitat privada o mixta que, per tant, difícilment posseiran registres de casos actualitzats, les diferències en el grau amb el qual s'accedeix a tractaments professionals en els diversos grups socio-culturals és una variable difícilment controlable. Únicament es poden fer suposicions en funció de les característiques assistencials del país i de les peculiaritats culturals d'un grup determinat, o bé estudiant petits grups homogenis amb tècniques clíniques (més que no estadístiques).

El darrer problema que esmentarem es refereix a la validesa dels índexs d'incidència i prevalença dels trastorns com a reflex de la salut (mental) d'una població o grup específic. Es pot objectar que aquests índexs no solament són un reflex deficient dels trastorns mentals que pateix una comunitat, sinó que poden no tenir cap relació amb el grau de salut (mental), entesa com una cosa més àmplia, complexa i socialment determinada. No ens estendrem ara sobre la concepció d'aquest equip prop d'aquests conceptes, ja que han estat tractats en altres llocs per un de nosaltres (Tizón, 1981, 1982, 1987). De tota manera, creiem indispensable constatar que les repercussions de l'emigració (o de qualsevol altre fet psicosocial) sobre la salut mental no es limiten únicament al desencadenament i/o la potenciació de trastorns mentals, sinó també a la pèrdua d'autonomia personal i de capacitat de relació i empàtica cap als altres. Aquest tipus d'aspectes resulta molt difícilment quantificable i, per descomptat, no queda reflectit en les estadístiques oficials.

En definitiva, ens trobem davant la dificultat de definir

què es considera "cas", és a dir, el subjecte que pateix uns trastorns d'una tal intensitat que el faci meritori d'algun tipus d'ajut o assistència professionalitzada (Galeote i col.ls., 1984; Tizón, 1984, 1986, 1987). La definició depèn no solament dels criteris diagnòstics emprats, del sistema amb el qual s'estableix aquest diagnòstic i de les directrius i pràctiques habituals de la xarxa assistencial d'una comunitat, sinó també de la metodologia emprada en els estudis comunitaris de detecció dels suposats "casos" (Wing i col.ls., 1978; Williams i col.ls., 1980; Vázquez i col.ls., 1984), a fer que comentarem en els següents apartats.

Mentre que les fonts d'informació anteriors es caracteritzen per generar un coneixement indirecte de la comunitat, a través del subgrup d'individus que prenen contacte amb els serveis assistencials, el sistema d'investigació alternatiu mitjançant el procediment d'enquestes pretén obviar les limitacions anteriorment assenyalades. Mitjançant qüestionaris apropiats es valoren aspectes que reflecteixen el grau de patologia o de salut (mental) de grups específics de població. Aquests estudis, quan comprenen mostres representatives d'una població, eliminen les diferents biaixos culturals i socio-econòmiques que intervenen en el procés de consulta i/o ingrés de "pacients". A més, permeten obtenir informació sobre desajustaments personals i trastorns emocionals que, tot i que no requereixen un tractament "professionalitzat", són un reflex del grau de salut mental i de la reacció davant els diversos stress o pèrdues d'un individu concret.

Un procediment més sofisticat en el mateix camp són els procediments "en doble fase" o "en dues etapes" (Vázquez i col.ls., 1982, 1984; Herrera i col.ls., 1987). A partir de la selecció inicial obtinguda gràcies al qüestionari s'entrevista en la segona fase els subjectes amb alta probabilitat de ser considerats com a patològics. Aquest procés, tot i que no es troba lliure d'inconvenients, permet controlar

parcialment les fonts de distorsió atribuïbles a tot qüestionari i que comentarem breument tot seguit.

A propòsit dels problemes dels qüestionaris o enquestes, hem de ressenyar que aquests instruments han estat validats en la majoria de casos amb un criteri exterior: aquest criteri és, habitualment, el del grup d'investigació psiquiàtric o psicosocial sobre la necessitat o conveniència que un subjecte rebi atenció psiquiàtrica. Per això, generalment ofereixen una puntuació quantitativa, amb un punt de tallament al qual es troba lligada una probabilitat més o menys alta que el subjecte presenti trastorns emocionals d'una envergadura tal que faci aconsellable el seu tractament. Habitualment són poc sensibles com a valoracions de la gravetat del quadre clínic i fonamentalment valoren "patologia", no considerant altres aspectes relacionats amb la salut (mental). Els instruments utilitzats són quasi sempre derivats del "Cornell Index" i se centren en els trastorns de la sèrie neuròtica, tot i que també s'han desenvolupat qüestionaris per altres tipus de trastorns, entre els quals els psicòtics i les depressions "majors". Tanmateix, nombrosos autors insisteixen en la seva, generalment, escassa sensibilitat en aquests casos (Goldberg, 1966; Muñoz i col.ls., 1975; Freixas, Tizón i Salanero, 1979; Vázquez i col.ls., 1981).

Des del punt de vista pràctic, els procediments d'enquesta presenten importants dificultats d'implantació, que es deriven fonamentalment del seu elevat cost. L'enquesta de mostres representatives de la població general requereix un gran nombre d'hores de feina de tècnics especialitzats. Per això, s'utilitzen com a norma mostres incidentals, és a dir obtingudes de poblacions esbiaixades però d'accés més fàcil (generalment, consultants a un dispensari o hospital general) i que, ateses les seves condicions o situació, presten més fàcilment el seu consentiment o es veuen més o menys pressionats a

"col.laborar". Això no obstant, aquestes mostres molt esbiaixades dificulten les possibilitats de generalització de les dades obtingudes. A l'igual que en el càlcul dels índexs d'incidència i de prevalença a través dels mètodes clàssics, no s'hi poden controlar adequadament els factors extrasanitaris que indueixen els subjectes a sol·licitar tractament a una institució determinada.

Els estudis epidemiològics basats en enquestes han estat poc utilitzats per a l'estudi de la salut mental en els immigrants. A més, tal com veurem en la revisió posterior dels principals estudis realitzats, sigui quina sigui la metodologia d'investigació utilitzada, les dades existents fan referència sobretot a la patologia "major", prescindint del concepte de salut (mental) pres en un sentit ampli (cf., per exemple, Tizón, 1982).

Fins aquí ens hem referit a la problemàtica general de l'epidemiologia en el camp de la salut mental. D'acord amb els comentaris immediatament precedents, ens centrarem a partir d'aquestes línies en la situació en el cas del tema que ens ocupa.

Els problemes metodològics als quals ens hem referit anteriorment, ens condueixen cap a les reserves i limitacions que cal fer a l'hora de realitzar inferències a partir dels estudis estadístics, inclosos els realitzats pel nostre propi equip. Generalment, podem dir que en tots ells hi ha aïllats una sèrie de paràmetres, possiblement indicatius de les repercussions del fenomen migratori sobre la salut mental. Això no obstant, tal com hem assenyalat abans, la migració és un fenomen complex. Les diferents formes i contingències de l'emigració poden donar lloc a vivències emocionals molt diferents i, consegüentment, les dades obtingudes en un estudi no necessàriament han de ser generalitzables. A més, el fenomen migratori va acompanyat de variacions socials i econòmiques molt diferents tant en el lloc d'origen com en el lloc receptor. Resulta, doncs, aventurat fer in-

ferències excessives si aquestes variables no han estat controlades adequadament. Aquesta actitud de cautela és totalment necessària en el camp del nostre estudi.

Tal com veurem en la revisió posterior, la majoria d'estudis de què tenim coneixement han estat realitzats sobre emigrants a altres estats, generalment molt distants, i sobre emigrants entre comunitats amb una llengua diferent i amb característiques culturals distintes.

3.2. Una conseqüència: l'aleatorietat dels resultats de molts estudis anteriors sobre el tema

En no tenir prou en compte els anteriors problemes metodològics enumerats aquí tan succintament, molts dels primers estudis sobre el tema de les migracions i la salut mental donen resultats enganyosos o, almenys, deformats i heterogenis entre si. Tenint en compte tots aquests elements assenyalats més amunt, és difícil determinar fins a quin punt l'estudi comparatiu pot donar lloc a informacions rellevants sobre alguns factors específics de les influències de les migracions sobre la salut mental. De tota manera, creiem que serà útil esbossar breument la història de les primeres investigacions en aquest camp, tant per aclarir punts de vista encara molt estesos com per il·lustrar el tipus de problemes de què parlem (que més endavant veurem aplicats als nostres propis estudis).

Els estudis epidemiològics sobre les relacions entre la migració i la salut mental s'iniciaren, potser, als EUA i a Escandinàvia. Odegaard (1932) comprovà que, entre 1889 i 1929 els ingressos psiquiàtrics foren més freqüents entre els noruecs immigrants als EUA que entre els que romanien en el país natal. A més, la taxa d'ingressos de noruecs immigrants fou més elevada que la de la població autòctona de Minnesota. White parla d'haver trobat que, tant en l'estat de Nova York en 1902, com a Toronto en 1907, el cinquanta per cent dels

internats en institucions hospitalàries oren estrangers. Però aquesta constatació només té valor si es compara aquest marisme amb la proporció d'immigrants en la població general. El problema podria haver-se solucionat, tal com hem assenyalat abans, utilitzant els índexs de prevalença i incidència... però aquests foren introduïts uns anys després.

Ja amb ells, en 1912 Pollock assenyalà que la incidència d'ingressos psiquiàtrics a Nova York era de 104 per 100.000 immigrants, en contraposició de 42 per 100.000 en la població autòctona. Aquesta incidència més elevada en l'ingrés d'immigrants en hospitals psiquiàtrics (entre 2 i 3 vegades més gran) fou també assenyalada per Malzberg^{2/} el 1936, en el mateix estat de Nova York, i per Murphy el 1955 per als estrangers residents a Anglaterra. Tot i que semblen clarament "reveladores", aquestes xifres són en realitat enganyoses, ja que les característiques socio-demogràfiques i socio-biogràfiques dels immigrants no són les mateixes que en la població general. Així, la majoria d'immigrants es troben en un segment d'edat molt més estret que la població general i és en aquest segment on més sovint es produeix l'eclosió de les descompensacions emocionals que condueixen a l'ingrés hospitalari. En l'estudi de Malzberg (1936) la incidència bruta d'hospitalitzacions per cent mil habitants fou de 115,1 per als immigrants i de 58,7 per als autòctons, amb la qual cosa es podria pensar que els immigrants són internats en proporció de dos a un respecte als autòctons. Però solament efectuant una correcció per l'edat, aquesta "notable" diferència es redueix a un 20 per cent.

Arribem a final dels anys cinquanta i les notables diferències en les taxes d'admissions en els hospitals psiquiàtrics assenyalades anteriorment, s'han anat reduint. El problema interpretatiu es complica en la següent dècada, en anar apareixent diferents estudis que informen sobre taxes més baixes d'hospitalitzacions per trastorns

mentals en els immigrants.

És interessant destacar que aquests treballs epidemiològics amb resultats discordants són realitzats fora dels EUA, és a dir en altres formacions socials, diferenciades en variables culturals, de nivell de vida i altres elements, però amb una gran aflluència d'immigrants procedents d'altres països. Un dels primers estudis fou realitzat per Astrup i Odegaard (1960), a Noruega, estudiant la migració interior. S'hi sumaren investigacions amb resultats similars realitzades per Murphy a Singapur (1961) i al Canadà (1965). Aquest cúmulo de dades contradictòries en relació amb les primeres prospectives epidemiològiques obligarà, finalment, a replantejar-se tant les teories explicatives com els mètodes i dissenys d'investigació.

El mateix Murphy (1977) ho expressa de manera molt encertada: "Només recentment hem aconseguit allunyar-nos de la temptació de considerar l'emigració com un concepte unitari i iniciar l'anàlisi dels diferents elements de l'experiència --migratòria-- que intervenen, ja sigui per bé o per mal."

Anteriorment havíem assenyalat l'habitual diferència d'edat entre la població emigrant i l'autòctona, però hi ha també moltes altres variables que poden distorsionar els resultats (i els estudis): variables com ara l'estat matrimonial, el nivell social o de classe i la capa social, el tipus d'ocupació i el nivell laboral, etc... Totes elles són variables en les quals les dues poblacions, immigrants i autòctons, es distribueixen desigualment. És més: s'ha comprovat que algunes d'aquestes variables influeixen de manera diferent en ambdós grups. Així, Dolton (1968), en estudiar l'estat matrimonial, posa en evidència una discordança remarcable. En els immigrants els ingressos són més freqüents si estan casats que no si són solters, sent així que el matrimoni és un factor considerat com "favorable" en la població general (cf. al respecte, per exemple, Vázquez i cols)

1981 i Herrera i col.ls., 1987, entre nosaltres). I fixem-nos que, malgrat tot, continuem^m parlant d'ingressos de psicòtics, cosa que només molt aventuradament podria postular-se com un indicador de la "patologia psiquiàtrica" d'una població (i, encara menys, de la seva salut mental i/o de les repercussions psicològiques del procés migratori).

Aquestes últimes consideracions fan entreveure clarament la dificultat d'interpretar les dades estadístiques obtingudes en estudis epidemiològics en el nostre tema. Els immigrants són un grup que varia notablement del conjunt dels autòctons en nombrosos aspectes biològics, socials, culturals i relacionals, i aquesta constel.lació de factors pot ser molt diferent entre diversos tipus o grups d'immigrants.

PER A L'EDITOR I EL TECLISTA: Si hi ha problemes de longitud excessiva del llibre, aquest capítol també pot anar en lletra petita

4. ELS NOSTRES PRIMERS ESTUDIS SOBRE EL TEMA I ELS SEUS PROBLEMES

METODOLÒGICS

4.1. Resum de les nostres primeres investigacions

Tenint en compte que els membres de l'equip que ha elaborat aquest llibre portem anys treballant precisament en el medi dels immigrants assalariats a Catalunya (de vegades, més de vint anys), i en tasques de salut mental i assistència psicosocial, és natural que alguns de nosaltres hàgim intentat sondejar, primer aïlladament i en equips i subequips després, els efectes de la trasplantació psicosocial sobre la salut dels immigrants en els diferents sectors, medis, mostres i institucions als quals teníem accés. Per això presentem en aquest apartat una sèrie de vies d'aproximació diferent de la investigació empírica sobre aquest fet: el procés (psicosocial) de la migració.

El nostre primer treball precedí en més de dos anys els següents i reflecteix, en la seva metodologia, una escassa captació de la complexitat del tema per part de l'equip. Fruit d'una primera revisió bibliogràfica (summament superficial, alguns podríem comprovar més tard) i de les nostres pròpies impressions clíniques, la hipòtesi amb la qual començ^{em} a treballar era l'habitualment utilitzada en els treballs dels anys quaranta, cinquanta i seixanta sobre el tema. En aquest sentit, creïem que en una societat com la catalana de la segona meitat del segle XX amb un important albu immigratòri^a, i ateses les característiques d'aquesta immigració, els trastorns mentals entre els immigrants haurien de ser més freqüents i/o més greus que entre els autòctons. Tal com vam poder comprovar a posteriori, aquesta interpretació simplista i mecanicista resultà errònia: no es tenia prou en compte les diferències biopsicosocials entre els immigrants i

els autòctons, variables que, en el cas que hi hagi sectors, cares o grups que sí que podrien patir més trastorns mentals (o més greus) fan que aquestes diferències quedin compensades entre els diferents grups. El resultat és que en cap dels estudis inicials no vam poder provar la nostra hipòtesi. El nombre i el tipus de trastorns mentals entre els immigrants era (llevat d'excepcions notables, que ja especificarem) sensiblement similar als trastorns mentals trobats en els grups control d'autòctons (si aquests eren adequadament contravalenciat amb els primers en les variables biopsicosocials rellevants). Això portà a una revisió dels nostres plantejaments i a l'inici de nous treballs d'investigació.

En aquest primer treball s'utilitzà, doncs, la HPAB (Història Psiquiàtrica Automatitzable "Barcelona", del Col·lectiu d'Investigacions Psicopatològiques i Psicosocials de Barcelona (Tizón i col.ls., 1978; Tizón, 1978), que és un instrument automatitzable apte per recollir nombroses dades psiquiàtriques, psicològiques i psicosocials, i s'estudiaren dues mostres: una d'estudiants i una altra de pacients d'un centre mèdico-psicològic. El grup de pacients (N=168) procedia dels consultants al Centre Mèdico-Psicològic de Barcelona, institució privada orientada cap a tractaments psicoterapèutics i "psicodinàmics". Segons els procediments habituals d'aquesta institució, cada pacient tenia complimentada de manera més o menys completa la HPAB --instrument, d'altra banda, dissenyat d'una manera tal que la confidencialitat i la privacitat de les dades queden fora del perill de qualsevol intromissió en el sistema. Com a mostra de comparació s'utilitzaren els qüestionaris de 263 estudiants universitaris: pràcticament la totalitat dels cursos segon i tercer de la carrera de Psicologia i el segon curs d'una escola de Formació del Professorat. En el cas d'aquestes persones (les quals no havien realitzat cap tractament psicològic, psiquiàtric o psicosocial, cas en el qual

eren eliminades de la mostra), s'utilitzà com a índex de salut mental el General Health Questionnaire (GHQ) de D.P. Goldberg (1966). Es tracta d'un qüestionari ideat com a screening test per a la detecció de subjectes que pateixen "problemes psicològics importants" i del qual hi ha una ampla experiència internacional (cf. un resum, per exemple, a Goldberg, 1966) i fins nacional (Muñoz i col.ls., 1975, 1981; Vázquez i col.ls., 1981, 1982; Herrera i col.ls., 1987, etc). Tanmateix no ens estendrem sobre les seves limitacions perquè ja han estat tractades (per exemple, en els treballs esmentats) i ens limitarem a assenyalar que emprem el punt de tall ^{ament} 11/12. Els subjectes que obtenen una puntuació igual o superior a 12 en aquest qüestionari poden ser en principi considerats com a portadors de "problemes psicològics importants" segons els postulats i estudis previs del GHQ.

La hipòtesi amb la qual començarem a treballar era l'habitualment utilitzada en els treballs de dècades anteriors sobre el tema. Tal com ja hem assenyalat, creïem que en una societat d'importants allaus migratòries com la catalana, i ateses les característiques d'aquesta migració, els trastorns mentals entre els immigrants haurien de ser més freqüents i/o més greus que entre els autòctons. Treballàvem, doncs, com ja hem dit, amb una versió molt mecanicista del procés que lliga la migració i els trastorns mentals.

Al llarg d'aquest primer estudi foren comparades diverses variables sobre migració dels subjectes o els seus familiars en relació amb la gravetat del trastorn psicopatològic. Tal com queda ja aclarit, aquesta es determinà mitjançant categories diagnòstiques en el cas dels pacients i la classificació en "positius" i "negatius" proporcionada pel punt de tall ^{ament} 11/12 en el cas dels estudiants. Si no especifiquem el contrari en aquests estudis, com en qualsevol dels realitzats pel nostre equip, s'utilitzaren proves estadístiques per valorar la significació de les diferències apreciades en les distri-

bucions i evitar la interpretació de l'endòmens atribuïbles a variacions accidentals o aleatòries.

Primerament, observem la significació dels "problemes psicològics importants" en el cas que els estudiants provinuessin de fora de Catalunya. Els resultats, en qualsevol de les submostres (estudiants de Psicologia de 1978, estudiants de Psicologia de 1980 o estudiants de Magisteri de 1978), apuntaven en el sentit d'afavorir els immigrants: aquests posseïen, segons el G.H.Q., un índex de "problemes psicològics importants" sensiblement semblant o més baix que els estudiants de les mateixes submostres nascuts a Catalunya.

Heus ací apuntat un resultat (i també un problema metodològic) referent a la dificultat d'utilitzar en els estudis sobre migracions i salut mental el tipus de la mostra habitual en gran part dels estudis psicològics i socials en el nostre país: els estudiants. Hi ha un fet que, no per obvi, ha de ser oblidat: la migració per estudiar, i més dins el propi estat, és una migració en condicions molt especials. Té lloc normalment en l'adolescència o postadolescència, en l'època de la vida en la qual es tendeix a sortir voluntàriament del nucli familiar; generalment no comporta ruptura de la pròpia família; les condicions socio-econòmiques en les quals es produeix acostumen a ser privilegiades; la migració acostuma a ser fruit d'una elecció força voluntària i, per tant, pot compensar, almenys parcialment, els patiments de la separació; de vegades comporta aspectes lúdics, d'aventura, d'investigació de nous ambients, interessos tan crucials per a l'ésser humà en aquesta edat... En aquest sentit, aquestes migracions estan molt lluny de poder ser considerades típiques i ni tan sols gaire comparables amb les que ens ocupen en la major part de la nostra feina: les migracions dels que s'assentaran a Catalunya com a treballadors assalariats de la indústria i els serveis en els escalafons laborals baix i mig.

Però que quedi constància almenys d'aquesta dada: els estudiants de 17-19 anys immigrants a Catalunya per estudiar obtenen, en un screening test com el GHQ, un resultat clar: el seu nivell de "problemes psicològics importants" era sensiblement semblant al dels seus propis companys nascuts a Catalunya i que, en general, romanen pròxims i en contacte amb les seves famílies o nuclis de convivència habituals. El fet ja per ell mateix es presta a nombroses disquisicions sobre l'autoselecció dels immigrants estudiants, sobre la cultura i el gènere de vida catalana per comparació amb la d'altres zones de l'Estat, sobre la recepció que la societat catalana dóna a aquest tipus de migracions... o sobre la validesa del GHQ per captar els sofriments psicològics reals de les persones, en la mesura que pot primar amb el qualificatiu de "portador de problemes psicològics importants" persones amb més insight o, almenys, amb més sensibilitat sobre patiments intrapersonals (o corporals), persones menys tendents a la negació, i considerar "negatiu" el GHQ de persones amb importants nuclis psicòtics o de caràcter.

Tenint en compte l'amplitud i la flexibilitat de la informació que sobre aquests subjectes figurava en el banc de dades del Sistema HPAB, decidírem estudiar les dades d'un altre tipus de migracions: les que haguessin efectuat els pares d'aquests estudiants. En aquest cas tampoc la mostra de trasplantats no donava resultats clarament diferents, tot i que la població estudiantil era la mateixa.

¿I si es valoraven característiques més qualitatives de la trasplantació migratòria? En el banc de dades figuren respostes almeny a dos tipus d'ítems en aqueixa direcció: el nombre de canvis de domicili realitzats pels immigrants o autòctons i el de la importància del desplaçament geogràfic que suposa aquesta trasplantació. La hipòtesi subjacent en el disseny d'aquells ítems sembla d'una claredat meridiana: segurament quan foren dissenyats es pensava,

en el primer cas, que un nombre més elevat de canvis de domicili implicaria bé dificultats més grans en la translació, bé reiteració d'aquestes dificultats, i que això repercutiria en una tendència a la descompensació psico(pato)lògica. El segon ítem sembla que respon directament a una translació de la hipòtesi del "xoc cultural": com més llunyà és el desplaçament, pot existir més tendència a la descompensació.

Doncs bé: aquestes hipòtesis tampoc no podien recolzar-se amb les nostres dades (Tizón i col.ls., 1983). Ni en el cas dels estudiants ni tampoc en el cas dels consultants, ja que les dues recerques ens donaren relacions no estadísticament significatives entre aquests canvis i els (possibles) trastorns psicològics.

Tot això pot fer replantejar la validesa de les nostres mostres, que nosaltres mateixos ja hem posat en dubte. Però atès que eren formades per nombres (relativament) grans d'individus, aquests resultats no ens podien fer altra cosa que replantejar part de les nostres idees i hipòtesis inicials.

Els resultats ens sorprengueren a nosaltres mateixos per la seva coherència i la tendència a la repetició: tant si qui havia immigrat a Catalunya era el pare de l'estudiant, com si qui hi havia immigrat era la mare --o els dos--, el nombre de persones portadores de "problemes psicològics importants", segons el GHIQ no mostrava diferències estadísticament significatives entre aquests estudiants i els que provenien de pares no immigrants. Buscàrem les mateixes relacions en la segona generació antecedent (els casos en què els immigrants fossin els avis, paterns o materns)... i els resultats foren els mateixos.

Quant a la nostra mostra de consultants, els resultats eren sorprenentment congruents amb les dades anteriors. No s'hi pot trobar cap índex significatiu de relació entre les característiques de la

migració i la gravetat dels trastorns mentals simptomatitzats a aquests pacients.

A aquestes afirmacions caldrà fer una excepció, sumament clara des de determinades aproximacions a la psicopatologia i que les nostres dades semblen corroborar. L'única dada estadísticament significativa en la nostra mostra de pacients relaciona la "gravetat" del trastorn psicopatològic amb el fet que la mare hagi emigrat durant la seva vida. Tot i que en el cas dels estudiants aquesta tendència ni tan sols s'apunta, com ja hem dit abans.

Conseqüentment, no podem concloure que el fenomen migratori doni lloc, almenys en aquestes mostres, a repercussions directes o simples en el grau de patologia o salut (mental) dels subjectes.

En un segon treball, intentàrem perfilar la incidència de trastorns mentals en immigrants a Catalunya que consultaven en dos ambulatoris de l'INSALUD i en una Unitat Terapèutica d'Hospitalització Psiquiàtrica (UTH) de l'àrea metropolitana de Barcelona. S'assumiren des del principi les desviacions sociològiques i la impossibilitat per controlar-les; és prou conegut que a l'assistència pública acudeix una proporció més gran de subjectes de classes socials baixes i també d'immigrants. No es pretengué, doncs, analitzar amb dades quantitatives precises la incidència o prevalença de trastorns psicològics o psiquiàtrics en subjectes immigrants en relació amb la població autòctona. Seguint els plantejaments teòrics anteriors es pretengué estudiar les característiques sociològiques i psicològiques de les poblacions ateses en aquestes institucions, la incidència en elles del fenomen migratori i algunes consideracions sobre la immigració i les circumstàncies en què es produí sobre els trastorns psico(pato)lògics.

S'enquetà sèries consecutives de pacients i la recollida de protocols es realitzà en diferents moments dins el 1981 i el 1982.

L'estudi a l'ambulatori de l'INSALUD de Sabadell s'efectuà sobre els consultants de primera visita de quatre setmanes en diferents estacions dels anys 1981 i 1982. En l'ambulatori de Sant Martí de Provençals de Barcelona, dels pacients de primera visita de dos dies a la setmana durant el novembre i el desembre de 1982. La mostra de pacients ingressats a la Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica (UTH) s'obtingué amb tots els que hi eren ingressats durant els mesos d'octubre a desembre de 1982, període en què s'inicià l'admissió de dones (i no solament de pacients mascles) en aquesta unitat sectoritzada (l'única que admetia nous ingressos per la via pública en la seva àrea de referència o sector).

Les característiques assistencials i sòcio-culturals de les dues mostres de Neuropsiquiatria de l'INSALUD, ambdues pertanyents a l'àrea metropolitana de Barcelona, són les habituals d'aquest tipus d'institucions i no requereixen més comentaris, i més quan han estat estudiades des d'altres punts de vista en treballs anteriors dels membres del nostre col·lectiu (cf., per exemple, Tizón i col·ls., 1982; Tizón, 1984; Tizón, ^{i cols.} ~~(Spagnolo, Peilgero,~~) 1984 i 1986, etc). Sabadell és el prototipus de ciutat del cinturó industrial de Barcelona que ha rebut durant aquest segle diverses onades d'immigrants. El desenvolupament tèxtil i de la llana, produït fonamentalment arran de la Primera Guerra Mundial (primera i segona "onades" immigratòries) i, posteriorment, la fase expansionista dels anys seixanta (quarta "onada"), foren els principals determinants de l'arribada d'immigrants. Es tracta d'una típica immigració d'al·luvió, en condicions socials molt penoses i, per tant, probablement menys integrada.

La població atesa a l'ambulatori de la Verneda - Sant Martí era aleshores de 65.057 habitants censats "oficials" (barris de la Verneda, la Pau i el Bon Pastor). Es tracta d'una barriada obrera perifèrica de Barcelona, receptora també de forts contingents migra-

toris. Tanmateix, l'atracció de nova població ha estat més constant. En certa manera, el procés d'arribada de nous habitants a aquest nucli vivencial ha sofert menys alts i baixos, permetent una interacció més gradual (que inclou immigrants de la tercera i cinquena "onades" o moments migratoris cap a Catalunya en aquest segle). D'altra banda, molts dels seus habitants procedents de la immigració venien, a la vegada, d'habitacles anteriors i, ja abans o després, en bon nombre treballaven en els serveis i no en la indústria, almenys en la segona feina des de l'arribada a Catalunya. A la taula 9 s'ofereixen les dades referents a la totalitat de Barcelona i, d'ara endavant, acceptarem que reflecteixen de forma adequada les característiques de la població atesa per aquest ambulatori, atès que aquest barri coincideix en diversos indicadors sociològics amb la mitjana de Barcelona.

+++++

Taula 9. Procedència de la població en les zones de les diverses mostres

Taula 10. Pacients en relació amb el lloc d'origen de la població

+++++

Els nostres estudis confirmaren un cop més que els usuaris d'aquestes institucions públiques són majoritàriament treballadors i que en el cinturó industrial (Sabadell) apareix un nombre més elevat de persones en situacions d'"indigència", és a dir, sense altres mitjans de subsistència que els que procedeixen de l'economia submergida. Com era previsible, els immigrants procedeixen predominantment del medi rural (Tizón i col.ls., 1983). Aquest fet implica un doble procés d'adaptació, del qual ja hem parlat en capítols anteriors: a la cultura urbana i a la cultura catalana. A la taula 11, en la qual la mostra quedà summament dispersa i reduïda, tant per les particions successives com per les pèrdues amb cada una, no es podia per tot això establir una relació directa en els dos ambulatoris entre la con-

quició d'immigrants i una major gravetat dels trastorns psicològics, la qual cosa queda reflectida aquesca en les diferents nomenclatures nosològiques (taula 11). En els dos ambulatoris estudiats es diagnostica una proporció semblant de trastorns neuròtics en els immigrants i els autòctons, mentre que en les proporcions de trastorns de personalitat i psicosis predominen els primers i, en les consultes infantils, els segons. Així doncs, en aquest segon estudi es torna a posar de manifest la dificultat d'establir una relació directa entre la immigració i la gravetat de les descompensacions psicopatològiques en aquestes mostres (tot i que sí que s'apunta una relació entre la migració i la gravetat del diagnòstic).

+++++

Taula 11. Diagnòstics i lloc d'origen en consultes ambulatòries

+++++

Per intentar evitar tant com sigui possible les desviacions derivades de la mobilitat dels consultants psiquiàtrics, en un altre estudi paral·lel a l'anterior s'analitzaren les dades procedents d'una Unitat de Psiquiatria Hospitalària o Unitat Terapèutica d'Hospitalització Psiquiàtrica sectoritzada (és a dir, que rebi tots els pacients de l'assistència pública o de Seguretat Social del sector assignat).

La Unitat Terapèutica d'Hospitalització de Sant Boi es troba integrada dins la xarxa assistencial de Salut Mental de la Diputació de Barcelona. És, per tant, una unitat d'hospitalització sectorial a la qual acudeixen tots els ingressos de l'Hospitalet de Llobregat, el Baix Llobregat, el Vallès Oriental i els districtes I, II i VII de Barcelona-ciutat. A partir de les dades censals d'aquests sectors sanitaris i assignant-los ponderacions convenientes, inferim la procedència dels habitants residents en aquest sector. Com en el cas anterior, les dades són estimatives. Creiem que la comparació entre

immigrants del cinturó industrial i immigrants de l'interior de la metròpolis podia proporcionar una idea més exacta sobre la migració a Catalunya que qualsevol de les mostres aïllades. Per això aquest estudi es realitza sobre aquestes mostres diferenciades.

En l'estudi, en relació amb les dades de la població general, aparegué una claríssima i estadísticament significativa desproporció (p menor de 0,001) entre el nombre de pacients del sector ingressats en institucions públiques segons que siguin immigrants (89,5%) o autòctons (10,5%). Des d'un punt de vista qualitatiu també destacava, tot i que en la nostra mostra no es pogueren establir relacions de causalitat, la desproporció en la taxa d'ingrés per trastorns derivats de la dependència d'alcohol entre els immigrants per contra dels autòctons.

D'altra banda, manipulant amb ordinador els centenars de dades de cada registre del conjunt dels estudis precedents, també vam apreciar, a nivell descriptiu i sense que les nostres dades siguin concloents, que els immigrants psicòtics tenen proporcionalment menys amistats catalanes, igual com els pacients ingressats per dependència de l'alcohol. Probablement això representa un índex de la seva no integració, tan imbricada amb la seva patologia específica, ja que aquesta característica també té lloc en subjectes "sense tractament psiquiàtric", tal com veurem més endavant (i aquí psicopatologia i immigració tornen a imbricar-se de forma difícil de desentranyar).

En aquestes mateixes mostres, el fet de no tenir amistats catalanes no influeix significativament en el desig de tornar al lloc d'origen. Com una dada sobre la capacitat de Catalunya a integrar els immigrants, podem aportar aquesta: fins i tot en aquesta mostra de persones especialment dificultades en llurs capacitats d'integració --ja que pateixen un trastorn de relació prou greu perquè els hagi

portat a un ingrés psiquiàtric--, el 68,3% dels immigrants no volien tornar al lloc d'origen, mentre que el 24,6% sí i el 7,1% en dubten. En una direcció semblant, en aquesta mostra no apreciem relació entre el diagnòstic i el desig de tornar o no al lloc d'origen. Tanmateix, els immigrants que procedeixen d'Andalusia i Extremadura ja en aquesta subpoblació semblava que eren els que desitjaven tornar al seu lloc d'origen.

En el conjunt dels estudis precedents, destaca l'elevat nombre de pacients que acudeixen per queixes somàtiques i no psicològiques ("somatitzadores"): quasi el cent per cent en els ambulatoris de l'INSALUD en aquests primers estudis. Atès que la incidència de somatitzacions resultà tan elevada, tant en els subjectes immigrants com en els autòctons, les nostres mostres no ens permeteren comprovar la hipòtesi del nostre col·lectiu, basada en Calvo (1971, 1972, 1977) en el sentit que la somatització és una expressió típica dels conflictes no elaborats derivats de la migració.

Tenint en compte la possibilitat de realitzar un estudi de tipus diacrònic en una Unitat de Deficients Mentals d'un gran Hospital Psiquiàtric, vam realitzar un altre estudi amb aqueixa mostra, considerant que les dades que n'obtidríem podien il·lustrar des d'una altra òptica les relacions entre salut (mental) i migracions.

La Unitat la població de la qual fou objecte el nostre estudi era formada per 113 pacients oligofrènics de graus mitjà i greu. Aquests pacients havien estat traslladats gradualment des de diverses àrees de l'Hospital en les quals havien romàs des de l'ingrés i on es trobaven "barrejats" amb altres pacients de diagnòstics variats i diferents --situació que, lamentablement, es manté en un bon nombre de centres psiquiàtrics del nostre país i que en part és comprensible si tenim en compte que els pacients amb retard mental són els que realitzen els treballs domèstics dels pavellons i represen-

ten una força de treball "pacient" i poc problemàtica, a més de donar "color i vivacitat" als silenciosos pavellons anomenats "de crònics".

Hem de fer constar que en aquest estudi hi havia, almenys, dues desviacions importants per als objectius del nostre treball:

a) Els trasllats de pacients des de l'Hospital cap a altres centres, en funció de criteris de sectorització portats a terme en l'actual xarxa d'assistència psiquiàtrica de la Diputació de Barcelona; i

b) La desviació derivada del criteri restrictiu de nous possibles ingressos en la Unitat (i, en general, en tot l'Hospital). Aquesta variable pot haver modificat la composició d'una petita part de la població existent en la data de l'estudi (desembre de 1982).

Una dada que sobresurt d'aquest estudi, en la mateixa línia que la majoria dels anteriors, és que la composició de la població interna d'aquesta unitat s'assimila, pel que fa al seu lloc d'origen, a la població general de Catalunya. La majoria de pacients tenen entre 30 i 40 anys, és a dir van néixer en plena postguerra, cosa que diu molt prop dels possibles factors ambientals que influïren en el seu "retard" i, especialment, en el seu internament. El lloc de procedència d'aquests pacients immigrants a Catalunya, l'edat, l'origen de la família i altres indicadors sociològics, apunten al fet que, en la majoria, són membres de famílies immigrades en la dècada dels cinquanta. El perfil que domina en aquest grup de pacients immigrants seria el d'un infant menor d'onze anys, que emigra d'Andalusia amb la família durant els anys cinquanta o primers quaranta i que ingressa entre els 11 i els 19 anys, després de cinc o deu anys d'haver immigrat. Pel contrari, la població autòctona és una mica més gran i, en la seva majoria, procedeix de trasllats des d'altres centres en els quals havia romàs durant la infantesa.

Fins aquí hem revisat un conjunt d'estudis força ampli efec-

tuat bàsicament sobre mostres de diferents mitjans assistencials. Aturem-nos ara per intentar integrar els diferents resultats obtinguts.

4.2. Una reelaboració crítica de les nostres dades anteriors

Per tal de mostrar tan gràficament com sigui possible les dificultats i els problemes metodològics amb què es pot trobar qualsevol investigador en aquest camp i que poden desviar tant les seves dades com els seus resultats, tractarem de realitzar aquí mateix una crítica dels nostres propis primers estudis ja ressenyats. L'anàlisi pormenoritzada d'aquests estudis planteja diverses hipòtesis que han de ser considerades curosament. En primer lloc, cal assenyalar la manca d'homogeneïtat de les poblacions estudiades, que no permet un control adequat de les variables que hi intervenen. En qualsevol cas, sembla important estudiar quines són les interaccions entre els diversos tipus de centre assistencial, els diagnòstics que en aquests s'assigna als pacients i llur procedència. En principi podem presumir que aquestes tres variables interactuen de forma complexa i, consegüentment, no hem de limitar-nos a una avaluació global dels efectes de cada una d'elles sobre les altres, sinó que cal contrastar les possibles interaccions que es produeixen en els diversos nivells de cada variable.

Analitzem prèviament aquests factors d'un en un.

En primer lloc, ens referirem als centres on acudiren els pacients. Les mostres de què disposem corresponen a dos ambulatoris de l'Institut Català de la Salut i d'un centre privat d'orientació dinàmica. En el cas d'aquests dos ambulatoris, malgrat que poden postular-se diferències valorables entre les poblacions que atenen, els reagruparem per aconseguir el nombre de subjectes necessaris per poder operar estadísticament. Així, podríem considerar a partir d'ara que tenim dues mostres de pacients; l'una formada per consultants a institucions públiques i, l'altra, a un centre privat. Possiblement, les

similituds entre els dos grups són poques i es redueixen a la seva condició de pacients ambulatoris, mentre que les diferències seran nombroses. En primer lloc, hi poden haver notables divergències quant a la classe social de pertinença: els pacients procedents de l'ICS són aclaparadorament de classe treballadora i, en moltes ocasions, es troben en una situació de "quasi indigència" a causa de l'atur. Probablement acudeixen a l'ICS sense gaires possibilitats d'elecció i com un pas més del circuit (reverberant) de l'assistència pública. Pel contrari, en la institució privada hi ha una dispersió més gran quant al nivell social, amb les implicacions culturals i econòmiques consegüents. Hi acudeixen, majoritàriament, com a conseqüència d'una elecció entre distints dispositius assistencials i, molt possiblement, buscant un determinat tipus d'assistència als seus problemes. Les seves expectatives, amb les distorsions previsibles respecte a la realitat, s'han format a través d'informes professionals o d'altres pacient molt diferents a les del circuit assistencial públic. Per tot això, aquells que "escolleixen" acudir a aquest centre es mostraran, la majoria, sintònic amb llurs expectatives sobre què és un tractament psicoterapèutic. En definitiva, no solament cal esperar diferències socio-culturals sinó també pel que fa a les característiques psicològiques i psicopatològiques dels dos grups.

De manera global sabem que les persones autòctones procedeixen de nuclis familiars més assentats i de nivells socials més elevats. Tant les diferències en el poder adquisitiu com les diferents xarxes de relacions personals i vies d'informació han de tenir influència directa en la proporció entre pacients autòctons i emigrats atesos en aquests dos tipus de centres. La relació entre el lloc de procedència i el diagnòstic psiquiàtric assignat als pacients és més difícil de predir a priori com a conseqüència de la interacció dels diferents factors esmentats anteriorment i, probablement, molt més que

no controlem.

Procedim a l'anàlisi de les dades que, de forma global, es presenten a la taula 12. Tal com es pot apreciar si els considerem

+++++

TAULA 12. Diagnòstics i centre de consulta en els nostres primers estudis

+++++

independentment del diagnòstic, el seu repartiment és notablement desigual. Tal com es podia preveure, el nombre de subjectes immigrants atesos en el centre privat és inferior al dels ambulatoris de l'ICS. Això no obstant, val la pena assenyalar que la proporció de pacients immigrants visitats en aquest centre privat s'acosta al valor corresponent de la població general de Catalunya. En el cas dels ambulatoris, la proporció d'immigrants és molt notable. Aquesta distribució desviada no es produeix únicament si considerem el total de pacients visitats, sinó també si repetim l'anàlisi quasi per a qualsevol dels grups diagnòstics considerats. En resum, sigui quin sigui el tipus de patologia d'adults que es diagnostica, en els ambulatoris de l'ICS consulta una proporció més elevada d'immigrants que en el centre privat de referència (dada que, probablement, es repetiria en qualsevol estudi que inclogués centres privats o semiprivats).

Però amb aquestes dades es poden realitzar reelaboracions secundàries importants per a la nostra perspectiva actual metodològica i autocrítica. Passem, per exemple, a analitzar les relacions entre els dos tipus de centres i els diagnòstics que assignen als pacients que els consulten. Comencem per considerar què passa quan prescindim de la procedència dels pacients, tot i que abans assenyalarem que hi ha una diferència significativa entre la proporció de diagnòstics emesos per cada centre (reelaboracions estadístiques sobre les dades de la taula 12 que no inclourem com a taules en el text per tal de no sobre-

carregar-lo innecessàriament). El nombre de pacients diagnosticats de trastorn neuròtic és similar en els dos, però mentre que en l'ICS s'equilibra parcialment el nombre de subjectes psicòtics i amb trastorns de personalitat, en la institució privada augmenten clarament els darrers. Però aquest repartiment desigual pot ser degut, per exemple, al fet que existeixen diferències significatives en els diagnòstics assignats en ambdues institucions quan es tracta d'immigrants, però no quan es tracta de pacients autòctons. Ens trobem, doncs, davant una interacció de variables que ens obligarà a realitzar una anàlisi curosa. Així, potser la tendència més gran a diagnosticar aquesta mostra de pacients com "psicòtics" en detriment dels "trastorns de personalitat" en els ambulatoris de l'ICS estudiats, solament es produeix de manera significativa en el cas dels immigrants (p menor de 0,001). I no deixem de banda que el percentatge de pacients diagnosticats com a neuròtics és semblant en els dos centres, tant en el cas dels pacients immigrants com autòctons.

SECRET

Però abans de prosseguir l'anàlisi de les implicacions d'aquestes dades, vegem la tercera interacció entre les variables que considerem, és a dir les relacions entre el lloc de procedència dels pacients i el diagnòstic que se'ls ha assignat: no apareixen diferències valorables ni quan es considera el conjunt dels pacients, ni quan s'anàlitzem per separat les dues institucions (taules derivades de les dades de la taula 11 i no incloses en aquest llibre).

Resumim doncs les dades de les nostres anàlisis estadístiques sense entrar en més consideracions. En primer lloc, en els ambulatoris de l'ICS estudiats acudeix una proporció més gran d'immigrants que en el centre privat utilitzat per efectuar les comparacions. I això, en qualsevol dels grans grups diagnòstics ("neurosi", "psicosi" i "trastorns de personalitat sense diagnòstic de psicosi": p menors de 0,001, 0,001, 0,005 i 0,025). En segon lloc, no hi ha diferència

SECRET

valorable entre la proporció de diagnòstics en els grups d'immigrants i autòctons en cap dels centres estudiats quan es considera tots els pacients agrupats. Finalment, hi ha desproporció entre els diagnòstics de la mostra d'immigrants de l'ICS i els de la institució privada (p menor de 0,001), mentre que aquesta desproporció no arriba a ser significativa en el cas dels pacients autòctons.

Prescindirem en aquesta anàlisi de la primera conclusió, però deixem constància una vegada més que allò que també queda clar en aquestes investigacions és que l'assistència pública en psiquiatria és avui, almenys a Catalunya, una assistència per a immigrants, tal com ja hem intentat de desenvolupar en altres llocs (Tizón i colls, 1984). Les altres dues conclusions són un exemple de les interaccions que es produeixen en analitzar fenòmens complexos com els que ens ocupen. Per exemple, apareixen desproporcions en els diagnòstics assignats als pacients quan es conjuguen dues variables de naturalesa molt diferent: el lloc de naixement dels pacients i el tipus d'institució a la qual acudeixen. Però, evidentment, no ens trobem enfront de dos factors independents: els immigrants tendeixen a consultar preferentment en la institució pública. Plausiblement es pot postular que és la procedència d'estrats socials diferents la variable que determina majoritàriament el fenomen. D'entre els consultants als ambulatoris de l'ICS, són els immigrants els que es troben en situacions socials més desvalgudes. Així doncs, la suma, o més aviat la interacció potenciadora de situacions desfavorables pot ser en gran part la determinant de la diferent proporció dels diagnòstics assignats als pacients. Efectivament, si comparem el percentatge de diagnòstics de trastorn psicòtic entre el grup social més afavorit de pacients autòctons que acudeixen a un centre privat i el grup més desafavorit, corresponent als consultants de l'ICS immigrants, trobem una diferència notable entre les proporcions: el 8,47% dels autòctons que consulten

el centre privat són diagnosticats de "psicosis", mentre que en els centres públics aquest diagnòstic en immigrants s'eleva al 29,49%, de manera estadísticament significativa. I tot això sobre una mostra global en la qual el 8,89% dels pacients de la mostra del centre privat són diagnosticats de psicòtics, contra un 26,67% en els ambulatoris de l'ICS. A més, com era d'esperar, els altres dos grups possibles es troben entre aquests dos extrems en els quals el social, la immigració i el psicopatològic s'imbriquen de manera tan complexa... i tan negativa per a llur pronòstic.

Però, ¿què passa amb els altres grups diagnòstics? Els "trastorns de personalitat sense diagnòstic de psicosi" són diagnosticats amb més freqüència en el centre privat que considerem que no en les mostres de l'ICS, mentre que les xifres de "trastorns neuròtics" són molt semblants en els dos tipus de centres. Si s'accepta la tesi d'una major pressió d'esdeveniments adversos en aquests diferents grups, podríem aventurar la hipòtesi que aquesta potser produiria una descompensació d'estructures anòmales de personalitat, abocant-les cap a manifestacions psicòtiques. Evidentment, això implicaria acceptar l'homogeneïtat dels diagnòstics específics inclosos en les dues categories, realitzades pels clínics d'acord amb la classificació de l'OMS, CIE-9 i de manera que diversos dels clínics coincidien tant en el centre privat com en el públic.

El resultat és que, realitzades aquestes "segones anàlisis" de les nostres dades, no queda clar a partir d'elles si la migració té efectes específics o inespecífics sobre la salut mental d'aquell qui emigra. Almenys al nivell que fins ara hem analitzat no queda clara la "pressió cap a la psicopatologia" produïda per la migració, almenys en les mostres (i amb els mètodes) emprats. A més, en la discussió d'aquestes possibilitats, hem arribat a relatar problemes metodològics que, segons el nostre parer, s'estenen i s'apliquen a

molts altres estudis i no solament als nostres. No és plausible en absolut que la migració sigui un esdeveniment psicosocial irrelevat en la vida de les persones que emigren. Ara bé; factors com l'autoselecció de l'immigrant, pressions socials, desviacions socials i econòmiques, etc possiblement aconseguen un tipus de població en la qual les repercussions estadístiques d'aquest esdeveniment vital tendeixen a compensar-se (almenys en la seva expressió psicopatològica). És possible que, tot i que la migració és un fet prou important en la vida dels individus per posar en crisi i en conflicte tota la seva adaptació personal i social i, per tant, tot el seu equilibri psicològic, l'autoselecció de l'immigrant pot haver escollit precisament els individus més capaços de suportar aquestes proves, mentre que altres, els que es quedaren allà, potser no haurien pogut suportar-les. D'altra banda, el percentatge de "trastorns mentals" entre els autòctons no compta amb aquest factor de disminució relativa: en el seu cas tota la població d'origen podria ser estudiada... si consultés en el mateix tipus d'institucions (cosa que no passa) o, almenys, en les mateixes que els immigrants, per poder efectuar comparacions (però tampoc no passa). El resultat és una dificultat intrínseca en aquests estudis a causa de l'entrecreuament i la influenciació mútua de nombroses variables socials i psicosocials. A més, pel que fa a la migració amb factor potser psicopatològicament inespecífic (com sembla deduir-se d'aquestes reelaboracions de les nostres dades) cal considerar tant la seva condició d'"esdeveniment vital" com de circumstància que altera els "suports socials" (o sistema profà) que permeten una compensació més o menys eficaç amb motiu de conflictes psicològics.

4.3. Generalització dels problemes "metodològics" i metodològicoteòrics

De resultes de tots aquests replantejaments sobre els nostres primers estudis, llurs dades, resultats i problemes, creiem que

valdria la pena, de cara a altres investigacions posteriors, apuntar i esquematitzar les nostres idees sobre ells. Intentarem, doncs, agrupar-les per apartats per sistematitzar tant com sigui possible aquestes opinions.

Tal com ja hem aclarit, començarem els nostres estudis guiats per les hipòtesis, més "de sentit comú" que científiques, que entre els immigrants a Catalunya, estudiants o pacients, el nombre de trastorns psico(pato)lògics era més gran o, almenys, la seva qualitat "més greu". Per això els resultats ens sorprengueren inicialment. D'aquesta sorpresa inicial neixen una gran part d'aquestes consideracions.

4.3.1. Consideracions sobre els instruments tècnics emprats

La primera possibilitat d'explicar-nos les diferències entre les hipòtesis "ingènues" inicials i els resultats resumits més amunt consistiria a qüestionar-se el valor dels screening test emprats. És una cosa que s'ha fet moltes vegades i que cada dia discutim els treballadors de la salut mental d'orientació relacional o psicodinàmica: amb un qüestionari és molt difícil sobrepassar les defenses conscients i inconscients d'una persona, les quals, des del nostre punt de vista, són elements fonamentals precisament del seu trastorn psico(pato)lògic. I més difícil encara perquè qui acostuma a dissenyar i valorar aquests qüestionaris són professionals molt poc interessats en aquests temes relacionats amb les defenses i, en general, amb la psicologia (i psicopatologia) basades en la relació. Amb això no volem dir que els qüestionaris en general, els screening test més en particular i els GHQ especialment no mesurin o detectin res, sinó que el que detecten és, d'una banda, una cosa molt general, i, ^{(d'una altra,} que no ens diu res o quasi res sobre el nombre o el tipus dels falsos negatius, tal com ja afirmaren i estudiaren, per exemple, els principals difusors del General Health Questionnaire (tant l'equip de Goldberg mateix --1966-- com equips de l'Estat espanyol: Muñoz i col.ls., 1975, 1981;

Vázquez i col.ls., 1981, 1982).

En parlar d'aquests temes no hem d'oblidar, encara, tal com ja hem dit, els screening test en general, així com moltes de les enquestes sanitàries per mostreig, no són sinó formes ^{d'evmenar} ~~de subsanar~~ una de les grans dificultats inherents a la manca de registres de casos generalitzats i, en darrer extrem, a les dificultats de les organitzacions sanitàries basades en la privatització i l'atomització de les institucions i/o en règims mixts en els quals coexisteixen la sanitat privada i la sanitat "pública". Ens referim a les grans dificultats que comporta l'organització de fitxers epidemiològics en aquest tipus d'"organitzacions", dificultats que passen a ser (a aquest nivell) facilitats en el cas dels països amb una organització "pública" de la sanitat. No hem d'oblidar, doncs, que els screening test i els mostreigs epidemiològics són formes d'intentar ^{evmenar} ~~subsanan~~ aqueixa dificultat de comptar amb fitxers complets i actualitzats de la morbiditat. Tanmateix, possiblement la millor manera de conèixer la situació dels problemes psico(pato)lògics no són caríssims, ~~costosos i complexos~~ complexíssims i especialitzadíssims programes per mostreig, sinó l'organització d'uns dispositius sanitaris (o, almenys, d'uns bancs de dades) ben dissenyats, ben intercomunicats i supervisats, manipulats per un cos central d'epidemiòlegs i investigadors... Tot i que, per descomptat, tampoc aquest sistema no està exempt de problemes: per exemple, no pot detectar els casos de trastorn que no consulten en cap dispositiu "professionalitzat", tot i que sí en el "sistema profà" (Tizón, 1987) --o que, fins i tot, no consulten mai i en tenen prou amb el suport i la contenció dels seus nuclis vivencials habituals.

És natural que hagi estat en països en els quals l'assistència està privatitzada on els mètodes per mostreig i els screening test hagin assolit un "domini epidemiològic". Això ens fa pensar que, probablement, i almenys durant decennis, mentre no s'estenguin aquests

sistemes organitzatius de la salut (o, almenys, una bona organització de l'automatització compressiva de les dades, bons "registres de casos"), hem de mirar amb reserves els índexs que provenen de qualsevol estudi per mostreig i, més encara, si a més de realitzar-lo per mostreig, es troba sobreafegit l'ús dels screening test... la qual cosa no significa que no siguin el millor sistema de fer-se una idea aproximada sobre la morbiditat d'aquestes poblacions... (cf., per exemple, l'estudi recent d'Herrera i col.ls. en el Baix Llobregat, 1987). No creiem que hàgim de renunciar al seu ús o, encara menys, que les seves dades siguin totalment falses. Des de Hollinshead i Redlich (1953, 1958) fins els nostres dies, des de l'EAC fins per exemple estudis d'epidemiologia psiquiàtrica desenvolupats en el nostre país (Muñoz i col.ls., 1975, 1981; Vázquez, 1981, 1982; Herrera i col.ls., 1987) hi ha un llarg camí recorregut i una bona pila de dades a la nostra disposició. L'únic que ací defensem és que aquests índexs són sempre menys fiables i menys útils que els que disposaríem si poguéssim posseir dades reals de demanda per morbiditat. En qualsevol cas, estan més subjectes a error per causa dels "falsos positius" i els "falsos negatius" que cada mètode porta aparellats. Cal recordar, per exemple, que el GHQ té limitacions importants, admeses fins i tot pels seus dissenyadors, en la detecció de "problemes psicològics importants": per exemple, en el cas de persones molt defensades davant l'entrevista, el qüestionari o, en general, davant les relacions interpersonals; en el cas de les psicosis cròniques; en el cas dels quadres d'elació i hipomaníacs; en la majoria dels casos d'alcoholisme i, generalment, en qualsevol de les afeccions psicopatològiques molt marcades per la cronicitat (és a dir per l'estructuració rígida de les defenses: i fixem-nos que, quasi per definició, la majoria de les "caractereopaties" o "trastorns de personalitat" entrenen aquest epígraf...). Això és així fins l'extrem que en estu-

dis amb el GHQ en consulta de Neuropsiquiatria de l'INSALUD, amb un mínim del 90% de pacients psiquiàtrics, la majoria greus i crònics, el percentatge de positius en el GHQ no passà del 60 per cent (Freixas, ~~Bizón,~~ Salameiro, 1979).

La conseqüència en la nostra investigació actual pot haver estat que, tot i que els resultats amb la mostra de pacients, malgrat les seves limitacions sociològiques, són força coherents, ens queda sempre el dubte quant a la interpretació dels resultats obtinguts a partir del GHQ: ¿Cal considerar-los vàlids?, ¿o bé cal considerar que, tot i que els screening test siguin amb els no-consultants (relativament) vàlids per a la discriminació ~~crossaera,~~ ^{matussera,} en grans grups (dicotòmica en el cas del GHQ) la seva utilitat és menor com més volem aprofundir-hi, com més fina és la investigació? Això pot ser així fins l'extrem que si volem mesurar la incidència d'una pertorbació psicosocial sobre aquestes xifres globals de morbiditat, el més probable és que al final no sapiguem què és el que hem mesurat: malgrat que en el cas de les submostres estudiantils dels nostres estudis els seus indicadors psicosocials sí que ens permetien considerar-les moderadament representatives de la població general (en el cas dels progenitors, no dels propis estudiants) i ampleament representatives de la població estudiantil.

L'altra possibilitat que se'ns acudeix és que, ateses l'alta especificitat, la discriminació, sensibilitat, fiabilitat i validesa del GHQ en relació amb altres instruments, fins i tot en la seva versió castellana, hàgim de considerar que aquestes dades responguin a la realitat i, per tant, que l'emigració, tot i que sempre suposi un risc de descompensació psicopatològica, també pot proporcionar noves possibilitats d'elaboració de conflictes, àdhuc anteriors. Per nosaltres era difícil sostenir que aquesta possibilitat sigui generalitzable, tal com farien pensar les dades, especialment

pels coneixements concrets de les formes com acostumà a donar l'emigració que estudiàrem.

Tal com hem dit abans, les tècniques en "dues fases escalonades" (primer, detecció per GHQ; després, diagnòstic per entrevista estandarditzada o semiestructurada) milloren, per descomtat, els resultats, disminuint el nombre de "falsos positius". Però això no afecta els casos no pre-seleccionats per l'screening test de torn a causa de les seves insuficiències.

4.3.2. Segon tipus de consideracions: Consideracions "socials"

Aquestes consideracions, en les quals ja hem incidit breument, es refereixen a les limitacions inherents a alguna de les mostres utilitzades, formades, com acostuma a ser freqüent en tants estudis socials, psico-socials i psicològics, per estudiants. En el nostre cas, també la mostra de comparació fou estudiants i, parcialment, de consultants a un centre privat d'orientació psicodinàmica, com ja hem dit. També hem escrit algunes ratlles crítiques a partir de les dificultats i desviacions de les nostres "mostres de comparació". D'altra banda, són conegudes les limitacions de les mostres estudiantils i de les que provenen de centres de consulta únics, aïllats, cosa per la qual no ens hi estendrem ara. No ens queda cap més remei que reconèixer que aquesta sèrie de limitacions és plenament aplicable als nostres primers estudis. Però això no obvia que puguem continuar demanant-nos si aquests resultats són generalitzables o no. Particularment en el cas dels pacients, no resultava fàcil pensar que sí, ja que no coincideixen amb el que aporten els coneixements populars i la primera bibliografia consultada per nosaltres al respecte (Hollingshead i Redlich, 1953, 1958; Bastide, 1967; Morgan i Andrushko, 1977; Murphy, 1977...). Generalment els problemes d'aquest tipus de mostres es poden resumir així: en la mesura que els immigrants con-

sulten més en centres públics (i els autòctons en centres privats?), és difícil trobar situacions de comparació, almenys mentre no hi hagi amplis sistemes de "registres de casos" per als dos tipus d'assistència (en el cas que continuïn convivint).

Per això també en el nostre següent estudi estadístic hem intentat centrar-nos en un barri amb índexs de morbiditat i migració coneguts i en el qual, d'altra banda, per les seves condicions socio-econòmiques i la seva conjuntura assistencial la consulta a centres privats seria ocasional (estudi realitzat en els Centres d'Assistència Primària de "La Verneda - Sant Martí i la Pau" de Barcelona [Tizón, Salamero i col.ls., 1988]).

4.3.3. Tercer tipus de consideracions: Consideracions "psicosocials"

En primer lloc, caldria incloure entre aquestes consideracions les relacionades amb la procedència estudiantil d'una part de la "mostra de comparació", afer que ja hem esmentat i que ja deixem perquè és conegut de sobres. De tota manera, una part d'aquestes reflexions està motivada pels resultats que en GHQ obtenen els fills o néts d'immigrants que arriben a les universitats de Catalunya. Segons l'opinió d'alguns de nosaltres i, també, dels companys del Departament de Psicologia Social de la Universitat Autònoma de Barcelona, amb els quals consultàrem el problema, aquesta sí que és una mostra "molt especial", si no és que considerem que la majoria dels fills (o néts) d'immigrants acostumen a estudiar a la universitat en el cas d'una societat tan classistent determinada com la societat espanyola dels 1978-84. Com que les dades sociològiques són clares en el sentit que neguen aqueixa possibilitat, potser calgui considerar que aquesta submostra posseeix unes característiques que pot ser interessant de recordar ací amb la finalitat de valorar-les en futurs estudis que utilitzin mostres estudiantils:

- a) És formada per individus molt seleccionats: no solament

procedeixen de la immigració, sinó que els seus familiars han d'haver estat uns immigrants no comuns amb la immigració habitual a Catalunya (assalariats de baix escalafó, obrers i peons). Possiblement aquests familiars posseïrien, abans o relativament poc després de la immigració, un nivell socio-econòmic alt o mitjà (malgrat la desviació que a la classificació en classes socials segons índexs "objectius" proporcioni en la nostra mostra el fet que els estudiants responen considerant-se ells mateixos "caps de família" i considerant que les seves possessions familiars i de consum són... les del seu pis d'estudiants.

b) És molt possible per tant que aqueixa submostra sigui formada per aquests individus seleccionats de manera molt desviada des del punt de vista social.

c) Però, a més, la mostra està desviada també perquè inclou un percentatge relativament important de membres de la classe baixa i "mitjana-baixa" que, per tant, hauran hagut de lluitar molt (ells mateixos o llurs famílies) per obtenir aquell lloc desitjat a la universitat. Pot ser que aquesta lluita, amb les adaptacions forçades que implica --que són, a la vegada, causa i conseqüència socials de la conducta de matricular-se a la universitat-- en els immigrants d'aqueixa extracció social comporti una autèntica "compulsió cap a la pseudo-salut mental", entenent com a tal una "adaptació forçada" negadora dels sofriments i dificultats: la imatge psicosocial del grimpador. Possiblement, aquesta actitud comporti, des del punt de vista psicodinàmic, una contínua "posada en qüestió" de greus defenses de tipus psicòtic (negació, idealització, projecció, control omnipotent de l'objecte...: cf., per exemple, Tizón, 1982). I recordem ara que, segons els seus mateixos dissenyadors i difusors, el GHQ no capta, precisament, les persones amb defenses més rígides o fermes, persones amb problemes crònics, persones amb problemes psicòtics...

(Goldberg, 1966). I aqueixes característiques són, en gran mesura, aplicables precisament al tipus psicosocial que anomenem "crimpador".

d) El quart tipus de consideracions psicosocials sobre la mostra estudiantil, per intentar desxifrar el per què dels nostres resultats, partiria de l'edat dels enquestats (moda d'interval 20-22 anys). La majoria d'ells es troba encara en l'adolescència o en la postadolescència, període en el qual els "problemes psicològics o psicosocials" són tan freqüents com ubics, i que fan dubtosa la seva declaració i la seva qualificació en el GHQ; potser per això resultaren positius el 32,4 per cent dels qüestionaris de la mostra estudiantil. En definitiva, no té un valor igual la resposta a la pregunta: "¿Ha sentit alguna vegada la necessitat de llevar-se la vida?" d'un jove de 17 anys que d'una dona casada de 45, per posar un exemple. Però és que, per altra banda, en l'adolescència i la postadolescència, una gran part del sistema psicològic està en crisi i no ha assolit encara la seva estructuració definitiva, per la qual cosa difícilment podem fer sinònim "problemes psicològics importants" de "problema psico(pato)lògic", com potser hem arribat a fer en algun moment (cosa no propugnada pels creadors i defensors del GHQ --Goldberg, 1966--, però sí per molts dels seus utilitzadors posteriors: Treball AEN Sant Sebastià). En definitiva, malament es descompensarà una estructura psicològica i donarà lloc al que anomenem "psicopatologia" si encara no hi ha aqueixa estructura o si encara no ha trobat un punt d'equilibri a partir del qual pugui descompensar-se o no (excepte en els casos de psicosis greus o de personalitats o casos "limítrofes" o "liminars", descompensats o no compensats ja en el seu desenvolupament i no solament en l'adolescència: Bergeret, 1974).

e) El cinquè tipus de consideracions "psicosocials" ha arribat a ser acollit per nosaltres com un resultat o conclusió clau de la nostra investigació. El resumiríem així: tenint en compte que

la salut mental és un afer complex, que la descompensació psiquiàtrica o psico(pato)lògica també l'és, i que les migracions impliquen fenòmens psicosocials complexos i ben diferenciats, de poc serveixen les explicacions o dades empíriques brutes per mesurar les seves implicacions. En el cas de les relacions entre migració i salut mental es tracta d'una relació complexa entre dues variables complexes. Tot resultat simple, dicotòmic o no, que no tingui en compte almenys les variables utilitzades en el nostre esquema derivat de Morrison (1973, capítol 6) i que no les interrelacioni dinàmicament amb un concepte operatiu i dinàmic de salut o salut (mental) i/o de trastorn psicopatològic, probablement no correspondrà a cap realitat. Els resultats numèrics simples solament ens serviran per autohipnotitzar-nos amb la "selva de xifres", perquè utilitzant criteris fins i tot tan operatius de salut (mental) com el GHQ, o tan dinàmics com els assenyalats en altres treballs (cf. una revisió, per exemple, a Tizón, 1982), en realitat no arribem a captar quasi res sobre les complexes interrelacions de variables que donen lloc als nostres resultats.

Totes aquestes consideracions i, especialment, la cinquena consideració "psicosocial", han anat portant progressivament l'equip investigador a donar la raó a investigacions del tipus de les de Calvo (1971, 1972, 1977), basades en l'estudi clínic aprofundit de casos concrets i de grups d'immigrants estudiats amb metodologies grupals. Psicoanàlisi i psicoteràpia individual o de grup d'una banda i dinàmica de grup d'altra, portaren Calvo ja fa anys a conclusions molt similars a les que nosaltres exposem ací, sense que per això necessités els complexos mètodes i programes que ens hem vist obligats a utilitzar. Les seves bases metodològiques (psicologia "dinàmica" i psicoanàlisi) poden ser considerades, en aquest cas, com a veritables "estudis de camp" i "observacions de camp" semblants als dels antropòlegs o sociòlegs... I ja des d'aquest moment del nostre

treball tingueren el dubte de si el mètode més segur per estudiar el nostre tema no serien els "estudis de camp"... Almenys, si no es disposa d'un ampli finançament capaç de suportar un estudi realitzat per un equip complet d'epidemiòlegs i especialistes en salut sostingut per desenes o centenars d'enquestadors actuant en milers de famílies d'immigrants i no immigrants. En aquest sentit, arribem a pensar que els estudis empírics de mostres proporcionen pocs coneixements si els comparem amb els estudis "aprofundits" de casos o grups, si no és que aquests estudis empírics siguin realitzats amb grans mitjans: per exemple, introduint en els censos municipals o nacionals ítems al respecte realitzats d'una manera tal que es puguin processar després grans mostres i submostres.

4.3.4. El quart grup de consideracions és també un problema general

El resultat de les nostres investigacions coincideix, per tant, amb la bibliografia internacional més actual al respecte, en no considerar que la migració o trasplantació psicosocial migratòria doni lloc per ella mateixa a un augment dels trastorns psico(pato)lògics dels immigrants. Això ens obligà a plantejar-nos per què la nostra hipòtesi inicial era la contrària, i per què aquesta hipòtesi és defensada com a tesi o "resultat" pel "sentit comú" dominant en les nostres societats o fins i tot per nombrosos investigadors socials, psicosocials i psiquiàtrics del nostre país. Segons el nostre parer creiem que, en aquest cas --i en moltes altres investigacions psiquiàtriques i psicosocials-- tant aquests investigadors com nosaltres mateixos en un inici, hem estat comminats pels influjos de la deformació ideològica dominant, o, en altres termes, per la ideologia dominant (Quintanilla, 1976).

¿Per què tendim a creure que els immigrants assalariats, els treballadors, tenen més problemes psicopatològics que altres classes, capes o grups socials? Resumirem ací molt breument considera-

cions sobre les quals ens esteníem en el treball anterior (Tizón i col.ls., 1963): per la nostra formació, així com per la nostra extracció de classe i per la ideologia "classemitjanista" que tendeix a dominar-nos, els psiquiatres i, generalment, els tècnics en el camp de la psicopatologia, acostumen a atendre per obligació laboral i àdhuc sentir-nos atrets personalment pels trastorns més ^{notables} ~~crijansers~~. Aquests acostumen a coincidir amb els més suportables per l'actual estructura social. Tradicionalment aquest ha estat el cas de les psicosis, de la folia (Basaglia, 1968; Basaglia i Ongaro, 1973; Tizón, 1978). Modernament, podem observar el mateix en el cas de les toxicomànies no alcohòliques, que reben tanta atenció (i propaganda) social, mentre que un problema infinitament més greu des d'aquest mateix punt de vista social com és el de l'alcoholisme (i encara més per les seves repercussions familiars), rep moltíssima menys atenció i quasi se'l considera "connatural" a la nostra cultura i a la nostra societat.

Generalment, sembla que les organitzacions sanitàries públiques "es preocupin" més pels trastorns que pugui presentar un treballador, un immigrant, un marginat: no solament perquè tendeixen a ser trastorns més "espectaculars", més psicòtics o perquè les conductes que se'n deriven siguin menys admeses socialment, sinó perquè els membres de les classes altes ja tenen les seves pròpies institucions d'atenció i encobriment de llur situació i, el que és encara més important, poden mostrar trastorns als quals, tanmateix (i gràcies a l'acció de les ideologies i de la deformació ideològica: Quintanilla, 1976; Tizón, 1981), se'ls considera "menors". I, això no obstant, no hem d'oblidar que, si bé una psicosi aguda és molt més espectacular i pertorbadora de tota mena de relació, aquestes mateixes característiques fan la persona que les posseeix menys perillosa socialment que determinades caractereopaties, determinades personalitats

amb importants tendències a la manipulació de l'altre, o determinades personalitats amb importants nuclis sàdics o sado-nasquistes... La vida quotidiana, les condicions materials d'existència d'un membre de les classes oprimides que posseeixi aquestes característiques, aconseguiran que, bé s'extingeixin en ell, bé quedin reservades a la seva activitat mental i amb els molt propers, o bé, en la majoria de casos (i llevat excepcions), puguin abraçar tan sols segments marginals de les seves conductes de relació. Però aquest tipus de persones amb importants "trastorns de personalitat", per exemple, promouen un devessall d'esforços i frustracions de tota mena en l'assistència sanitària i, especialment, en l'Atenció ^Primària a la Salut, tant en el seu aspecte general com en el seu aspecte especialitzat en salut mental, tal com el nostre equip investiga actualment. Això no obstant, en el cas d'un membre de les classes altes, aqueixa pressió cap a la "normalització" d'aquestes conductes no existirà, sinó que la seva pròpia situació de poder social pot conferir-li importantíssimes possibilitats d'exercir aquests nuclis trastornats... en perjudici de la vida de força persones. I amb l'agreujant que la deformació ideològica, segregada de manera més o menys inconscient per aquestes mateixes persones i llurs organitzacions socials, tendiran a negar el caràcter "psico(pato)lògic" de les seves actuacions i fins i tot a justificar-les, atesa la seva posició elevada, en nom del bé comú.

I tanmateix, des del punt de vista psicosocial, (com és de més greu una caractereopatia important, una activitat manipulativa important de l'altre, importants nuclis sàdics en una persona col·locada en situacions (socials) de poder que no una psicosi o un trastorn neuròtic greu en un membre de les classes treballadores! En definitiva, els professionals de la salut mental treballen amb conceptes de gravetat summament mèdics o, a tot estirar, psicologistes. Això no obstant, potser hauríem de tendir a un concepte psicosocial de la

gravetat i la psico(pato)logia de la dona gravetat, la insània, no solament fos mesurada per la desestructuració personal, per la incapacitat per a la relació amb els altres i amb les coses, pel sofriment íntim, sinó també (i potser sobretot) per les repercussions que el trastorn té sobre les persones que envolten l'individu amb problemes. Possiblement aquest criteri psicosocial hauria de ser el que regís les reestructuracions de les organitzacions assistencials i la creació de nous serveis.

Però de moment deixem aquestes reflexions les quals, si bé estan en la base de tot el nostre treball en la seva perspectiva actual (que no inicial), són també en certa manera marginals en relació amb el tema central d'aquest treball i, d'altra banda, posseeixen prou importància perquè siguin enfocades frontalment en altres treballs pel propi equip investigador.

+++++

nota per a l'editor i el teclista: ara començaria un altre cop --en el cas que s'hagués utilitzat un tipus de lletra més petit-- la lletra normal que s'ha aplicat al text

+++++

4.3.5. Una (nova) perspectiva per als estudis sobre la relació migracions - salut mental

Per acabar aquest apartat de reflexions sobre els resultats dels nostres primers treballs, especialment a partir de la seva metodologia (deficient), voldríem incloure ara el canvi de perspectiva que aqueixes investigacions i dades i reflexions ens marcaren. Des d'aquests moments desitjaríem ja que els nostres treballs sobre el tema partissin d'aquesta nova perspectiva la qual, a més, proposem a altres investigadors sobre el tema:

1. Tal com dèiem en les consideracions psicosocials de metodologia, atès que la salut mental és un afer complex, que la descompensació psiquiàtrica o psico(pato)lògica també l'és, i que les

migracions impliquen fenòmens psicosocials complexos i ben dir ren-
ciats, no valen de gran cosa explicacions o dades empíriques brutes
per investigar les seves implicacions. En el cas de les relacions en-
tre migració i salut mental es tracta d'una relació complexa entre
dues variables complexes. Tot resulta simple, dicotòmic o no, que
no tingui en compte a menys les variables utilitzades en el nostre
esquema derivat de Morrison (1973, capítol 6) i que no les interrela-
cioni dinàmicament amb un concepte operatiu i dinàmic de salut o sa-
lut (mental) i/o de trastorn psicopatològic, probablement no corres-
pondrà a cap realitat.

2) Més que partir de la hipòtesi mecanicista que la migra-
ció, pels sofriments psicosocials que comporta, implica un augment de
la patologia psiquiàtrica, d'ara endavant caldria partir de la hipò-
tesi més matisada que considera la migració com un factor de risc per
a la salut (i, per tant, per als aspectes mentals de la salut): així
com determinats costums i formes de vida afavoreixen el desenvolupa-
ment de malalties com l'úlceres gastro-duodenal, els problemes circu-
latoris i reumàtics, l'infart de miocardi, etc, hem de començar a
considerar que la migració és també un factor que pot coadjuvar, des-
encadenar o arreujar el desenvolupament de trastorns mentals, de des-
compensacions psicopatològiques (i generalment mèdiques). Però un
factor de risc no és el mateix que un factor causal, que una causa-
ció mecànica: solament actua de forma determinant si s'hi ajunten una
altra sèrie de concauses en una estructura causal específica. Per
exemple, tot procés migratori implica una sèrie de reajustaments en
l'equilibri que anomenem salut, una part indivisible de la qual és la
salut (mental): per això el parèntesi, per remarcar la indivisibilitat
del concepte --i el sentiment-- de salut. Si la migració té lloc so-
bre una base d'alta vulnerabilitat personal, familiar o social, es
pot crear un marc biopsicosocial que afavoreixi la descompensació o

trastorn mental amb unes probabilitats força conegudes avui dia. I fins i tot és possible predir quins tipus de trastorns psicopatològics és més probable que aquesta persona manifesti, atesos els nostres coneixements sobre el tema.

3) En resum: una alta vulnerabilitat personal, familiar o social, combinada amb el factor de risc que és la migració (i, encara més, la migració mal o poc assistida des del punt de vista psicossocial, com és quasi sense excepció la migració en la qual nosaltres hem centrat els nostres estudis, la migració assalariada a Catalunya de la segona meitat del segle XXI), tendeix a expressar-se a través de trastorns mentals en l'emigrant. Com qualsevol altra situació psicossocial suficientment greu aconseguiria en persones amb aqueixa alta vulnerabilitat. Però si aquesta no existeix, es donen possibilitats socials i personals d'elaborar aqueixa sèrie de sofriments que implica tot procés migratori: a nivell personal, la capacitat personal d'elaboració dels conflictes, les frustracions i les pèrdues... A nivell estadístic, les descompensacions d'uns es compensaran amb les no-descompensacions d'altres, i més tenint en compte que l'emigració estudiada per nosaltres en la majoria dels casos acostuma a tenir lloc en els moments de la vida en els quals els éssers humans tenen encara més "senceres" les seves capacitats d'elaboració: en la joventut, l'"adultesa jove" i l'"edat adulta", en la terminologia d'Erikson (1963, 1975), per exemple.

Tant si augmenten les vulnerabilitats de què parlem com si el que augmenta és el risc --per exemple, migracions del retorn, fracàs de la migració inicial, reemigracions...--, les probabilitats de descompensació psiquiàtrica augmenten. I recordem la dada que hem apuntat abans: descompensació psiquiàtrica no sempre significa consulta psiquiàtrica, ni tan solament la majoria de vegades. D'altra banda, el fet que uns determinats trastorns mentals augmentin entre

els immigrants treballadors, no significa que els immigrants tinguin més patologia psiquiàtrica ni una patologia psiquiàtrica específica (tot i que sí potser la més espectacular i menys protegida socialment): en l'autòcton, a més d'expressar-s'hi problemes psicopatològics similars, el desequilibri psicològic s'expressa per camins més polimorfes, diversificats i, sovint, menys espectaculars, com ara els trastorns de personalitat, les desviacions patològiques de les formes de relació, etc... o per unes possibilitats més grans de contenir i dissociar els seus propis trastorns psicòtics.

4.4. L'estudi de 1986 de "la Verneda - la Pau". Una revisió empírica del tema des d'una població assistencialment delimitada

4.4.1. Introducció: la mostra

Atesos els problemes metodològics esmentats anteriorment, estàvem interessats en la realització d'un estudi en el qual les variables assistencials es poguessin controlar al més estretament possible. Especialment, la variable "classe o grup social" hauria de ser, almenys, neutralitzable. Per això se'ns va ocórrer realitzar un estudi en els barris de "la Verneda" i "la Pau" de Barcelona-ciutat. En aquests barris, des del 1982, la Direcció de la Sectorial de l'Institut Català de la Salut mantenia un incipient "Equip Psicosocial". Dins la seva pràctica assistencial quotidiana, aquest equip treballava realitzant una sèrie d'anotacions semiestandarditzades en la història clínica, i la complimentació sistemàtica del qüestionari "Dades d'Entrada" (més endavant, des del 1987, "Dades Bàsiques") de la Història Psiquiàtrica Automatitzable "Barcelona" (HPAB) sobre cada un dels consultants.

L'"Equip d'Ajuda Psicosocial i Psiquiàtrica" de la 10a sectorial d'Ambulatoris de l'ICS en la ciutat de Barcelona até la població dels barris de la Verneda - Sant Martí i la Pau. En tot Ca-

talunya, es tracta probablement encara avui d'un dels pocs equips psicosocials mantingut per l'Institut Català de la Salut, treballant directament lligat a l'atenció primària.

El tipus de demanda i d'atenció que s'hi dispensa és, per tant, molt diferent:

- de la demanda psicosocial i psiquiàtrica típica en els Serveis de Psiquiatria (d'Hospital General o Hospital Psiquiàtric);
- i de la demanda psicosocial en els nous dispositius ambuladoris posats a punt per les Diputacions provincials catalanes (Centres d'Assistència Primària en Salut Mental). En estar l'EAPP directament lligat a l'assistència primària en salut (general), treballant fins i tot en els mateixos locals que aquests equips, la demanda i la freqüentació que rep és molt diferent: a nivell quantitatiu, molt més àmplia; a nivell qualitatiu, completa i diversificada quant a tipus de demanda, diagnòstics, edats dels consultants (tant infants com adults, possibilitats de realitzar diagnòstics diferencials de pacients neurològics, etc...

Ateses les seves característiques especials, possiblement aquest Equip és un dels pocs que podien tenir notícia de la incidència i prevalença psiquiàtrica i psicopatològica global d'una població determinada i de l'evolució dels seus problemes a llarg i mitjà termini: tal com dèiem, una pràctica assistencial bàsica de l'equip consisteix en la realització sistemàtica d'història clínica (la RCAP en els seus apartats bàsics: Gol i col.ls., 1984), així com fitxa d'assistència i bloc de dades computaritzable DE (o DB) de tots els consultants, independentment que acudeixin a aquest equip per motius clínics o per motius habitualment anomenats "burocràtics". És a dir: tots els consultants o demandants de consulta són atesos per l'equip almenys per saber quina és la seva situació, sigui quin sigui el servei psiquiàtric o psicosocial que freqüentin, ja que per a qualsevol

certificats, recepta, volant de centre concertat, petició d'interconsulta, etc, aquests documents són enviats a l'equip dels sobrecarregats metges d'atenció primària de la zona.

D'altra banda, la demanda és encara molt més àmplia que en altres consultes de Neuropsiquiatria de Zona de l'ICS (Tizón, Bermejo, Garre, 1981; Tizón i Spagnolo, 1986), perquè la majoria dels metges de capçalera i pediatres de l'ICS de les seves àrees sanitàries bàsiques de referència eren interins (canviaven, de feia anys, cada sis mesos) i llur totalitat treballava dues hores per cupò (no estaven jerarquitzats, amb la disminució de la consulta en els serveis psiquiàtrics i altres especialistes que suposa la jerarquització i el treball en equip dels metges d'atenció primària: Gol i col.ls., 1979, 1981; Vuori, 1983; Martín Zurro i col.ls., 1986; Tizón i Spagnolo, 1986; Tizón, 1987, 1988, etc).

Tal com dèiem, l'"Equip d'Ajuda Psicosocial i Psiquiàtrica" complimenta de cada consultant una fitxa inicial de petició de consulta i, més tard, quan aquesta es produeix, un Registre de Casos ⁱⁿ⁻ ~~formalitzable~~ ^{formalitzable} (a més de la història clínica), preservant, és clar, la necessària privacitat i confidencialitat de les dades: sistemàticament de cada consultant s'omple el Bloc de Dades DE-DB de la HAPB (Tizón i col.ls., 1978; Tizón, 1977) i, per a estudis concrets, algun altre qüestionari automatitzable. Per a aquest estudi, que abraça la demanda d'un any en aquest dispositiu, els clínics omplien també, després de la consulta, el qüestionari "MIGRASAFE-2", creat pel nostre equip per estudiar les variables migratòries i que ja havia estat utilitzat per nosaltres en estudis anteriors (Salamero, ~~Atxate~~ i col.ls., 1987; Tizón, ~~Salamero~~ i col.ls., 1988, etc).

Un altre fet important per al nostre estudi és que la població d'aquests barris ha estat àmpliament estudiada en les seves variables sòcio-demogràfiques per aquest equip a través de la recolli-

da de dades dels patrons municipals, extractada per l'assistenta social d'aquesta zona per a cada bloc de cases (Núria Pellegrero).

Per poder valorar la qualitat de la mostra hem de tenir en compte també que en l'època de realització de l'estudi, en aquests barris no hi havia cap altra possibilitat d'atenció psiquiàtrica o psicosocial pública, ni per a infants ni per a adults --fora del cas d'internaments psiquiàtrics. Aquests, d'altra banda, eren ben difícils a Barcelona l'any 1986, atesa la política de reducció de llits psiquiàtrics i de potenciació dels dispositius d'atenció ambulatoria dels pacients psiquiàtrics, fins i tot psicòtics, portada a terme per l'organisme gestor de la major part de l'assistència psiquiàtrica hospitalària: la Diputació Provincial. A més, l'escàs nombre de pacients que necessitava i/o aconseguia ingressar bé en un Hospital Psiquiàtric, bé en una Unitat de Psiquiatria d'Hospital General (menys de l'u per cent de la incidència i del 0,16 de la prevalença historiada en aquelles dates) també era conegut i historiat per l'EAPP, bé perquè el mateix equip era el que indicava l'ingrés, bé perquè, tot i que l'ingrés es realitzés per altres vies o per la via d'urgència, els tràmits posteriors a aquest, així com la continuació de l'assistència i l'expedició de receptes, eren realitzats^{ts} dins el mateix equip, a través del neuropsiquiatre que ni era integrat.

El problema en aquest cas seria el de la consulta en dispositius exteriors al "circuit assistencial" públic i, per tant, la possibilitat que algunes consultes no fossin tingudes en compte per l'equip i es perdés així la possibilitat de controlar la variable "classe social", tan entremesclada i difícil de separar de la variable "migració", com hem vist en les nostres crítiques i autocrítica de treballs anteriors. Tanmateix, la composició social d'aquests dos barris garantia d'entrada un cert control d'aquesta variable: en primer lloc, perquè llur població és aclaparadorament de "classe

treballadora", "dama" o "obraera". Al predomini aclaparador d'aquesta classe social en els barris de referència (taula 1) només calia afegir el matís que l'augment de l'atur ha portat a un augment del nombre de marginats i semimarginats de la zona. Això vol dir que pocs, molt pocs dels consultants psiquiàtrics i psicosocials de la zona acudirán a l'assistència privada (l'oferta de la qual, d'altra banda, tampoc no és gaire àmplia, ni en qualitat ni en quantitat, en una ciutat com Barcelona). Però la majoria d'aquests pocs (especialment els infants amb problemes psicopatològics i/o escolars) acudiran tard o d'hora a l'EAPP a sol·licitar receptes, certificats, volants d'interconsulta, anàlisis, tests, electroencefalogrames, TAC, etc (i aleshores, sistemàticament, se'ls obre història, fitxa d'assistència i qüestionaris automatitzables).

És a dir que, tal com anunciàvem des del títol, la població d'aquests barris està "assistencialment delimitada" (i encara més l'any de l'estudi, abans que la Diputació Provincial obrís un embrió de "Centre d'Assistència Primària en Salut Mental" en la zona, el qual abragava un sector de treball molt més ampli que aquests barris, i amb una dotació de personal enormement insuficient encara avui).

D'altra banda, per a l'objectiu del nostre estudi (la relació immigrants-autòctons en la zona), és important tenir en compte una altra dada poblacional: atesa la composició de la població (54,8% d'autòctons, 45,2% d'immigrants de primera generació) estava garantida l'existència dels dos grups poblacionals en la mostra de primers consultants d'un any.

Un darrer aclariment per avaluar la bondat de la mostra: en trobar-se l'equip psicosocial que realitza l'assistència directament muntat sobre el cupó o "piràmide" del Neuropsiquiatre de Zona, hi consulten no solament els pacients amb problemes psiquiàtrics, psicopatològics o relacionals clars, que podrien consultar en un al-

tre equip psicològic o psiquiàtric qualsevol si aquest es trobés a la seva disposició, sinó també els pacients l'única molèstia conscient o directa dels quals són les somatitzacions: cefalees, síndromes vertiginoses, àlgies òsteo-musculars sense base orgànica suficient, trastorns "funcionals" viscerals, etc. Com ja hem explicat en diverses ocasions (Tizón, 1974, 1978, 1987; Tizón i col.ls., 1984, 1986...) aquest ampli percentatge de pacients (prob de la tercera part dels quals acudeixen al lletge de capçalera i fins el 68 per cent dels pacients "habituals" d'aquest: Tizón, 1974, 1978, 1987) no solament no acostumen a consultar el psiquiatre o psicòleg, sinó que habitualment s'oposen d'entrada a ser derivats cap a aquests especialistes, tot i que sí que admeten la consulta amb el "neuròleg" --que és com habitualment és designat a l'INSALUD el "Neuropsiquiatre". Això no obstant, excepte un percentatge que oscil.la segons les consultes entre el 5 i el 8 per cent i que són diagnosticats de trastorns neurològics diversos (Tizón, Bermejo i Garre, 1981; Rendueles, 1982; Rendueles i col.ls., 1983) la immensa majoria d'aquests pacients "somatitzadors" pateixen quadres hipocondríacs, conversius, de somatització, "psicofisiològics", distímics o depressius varis, que probablement no haurien estat observats si no haguessin estat tractats per un dispositiu clarament inclòs en la línia "somatitzadora" de l'actual assistència pública espanyola --com és el del Neuròleg "de la seguretat social". I tanmateix, com hem explicat també en altres ocasions (Tizón, 1986, 1987), aquests pacients pateixen quadres psico(pato)lògics ben delimitats: com dèiem, quadres conversius, hipocondríacs, de somatització o psicofisiològics varis, però sovint empeltats o consecutius a importants trastorns de personalitat, quadres depressius i neuròtics greus o quadres psicòtics (delusions paranoides, ²ze-
lotípiques, etc). Segons el nostre parer, la gran majoria de persones amb aquests patiments "somatitzats" avui només consulten (si és

que ho fan)... a l'assistència primària de l'INSAUD i dels seus homòlegs autonòmics.

4.4.2. Mètode

Tal com dèiem, sistemàticament, de tota petició de primera visita (1.184 l'any considerat), la secretaria i la recepció de l'CAP obre una "fitxa d'assistència". La primera visita, amb cita concertada, en aqueixa època era realitzada, excepte els "casos preferents", entre el mes i mig i els dos mesos i mig més tard (malauradament: i això en base que el psiquiatre continués realitzant ínfimes entrevistes de 10-15 minuts de durada). Amb ocasió de la primera visita (882 casos), s'omplia la història clínica habitual de l'equip (la Història Clínica per a l'Assistència Primària, de la Generalitat de Catalunya), així com un registre de casos automatitzable mínim (els blocs DE-DB de la HPAB) i durant l'any d'aquest estudi, els qüestionaris "MIGRASAME-1" o "MIGRASAME-2", creats per l'equip investigador per a la realització d'altres estudis anteriors.

Les dades de l'estudi de l'any 1986 foren processats amb l'ordinador del Banc de Dades HPAB de la Fundació Vidal i Barraquer (gràcies a un ajut d'aquesta Fundació per a aquesta investigació) mitjançant el programa SPSS. Per a la interpretació de les taules i dades que segueixen cal tenir en compte que diversos ítems dels dos qüestionaris automatitzables utilitzats per a cada consultant podien estar mal complimentats o fins i tot en blanc, cosa per la qual les xifres comptabilitzades per a cada apartat o ítem poden sofrir petites variacions en les taules estadístiques.

4.4.3. Resultats, discussió i conclusions

Ateses les dificultats d'espai, ens limitarem a realitzar un breu resum de les dades més aparents o significatives d'aquest estudi (en relació amb altres investigacions anteriors).

Indicadors socials

Un primer resultat del nostre estudi que segons el nostre parer, a més, condreix vàlida a la resta de les conclusions estadísticament significatives, consisteix en les troballes relatives a la "classe o grup social" dels consultants. En relació amb aquesta variable, fonamental per als nostres estudis, la mostra de consultants apareix distribuïda de forma proporcional entre les quatre classes o estrats socials que dominen aclaparadorament en els barris de referència, segons les dades del padró. Si considerem com a indicadors indirectes de la "classe social" les dades de "professió" procedents del padró (taula 1), la seva distribució és paral·lela a la de la població general. A més, els diversos grups o estrats socials es reparteixen de manera quasi exactament proporcional entre els tres grups de procedència: "immigrants-immigrants" (o "immigrants fills de no-autòctons": d'ara endavant, I.I.), "autòctons fills d'immigrants" (d'ara endavant, A.I.) i autòctons - no-autòctons: d'ara endavant, A.A.). Aquesta distribució proporcional es manté tant en la mostra global com en la mostra d'"adults" (més grans de 14 anys). Conseqüentment, podem admetre que la variable "classe social" no desviarà els resultats de les diverses relacions d'altres variables amb la variable considerada "independent" en aquest estudi, complexament interrelacionada amb la "classe social" en la Catalunya de la meitat del segle XX: la variable migració.

++++
 Més o ^{eny} més per ací taules 13, 14, 15 i 16

++++

Atès l'interès fonamental de la investigació, començarem per l'indicador "procedència": en relació amb ell hem de dir que el percentatge de consultants immigrants és significativament més elevat ($\chi^2 = 4,526$; $p = 0,001$) que el d'autòctons (i això tot i que s'hagin considerat autòctons els fills d'immigrants, com era natural: i són

MEORETA

257 casos, és a dir el 67,3% dels autòctons). De la mostra ressalta la dada que en la mostra de consultants apareix en sobrerrepresentats en relació amb la població general, com podem observar a la taula 1, tant els andalusos com els castellans.

Resumint les nombroses taules realitzades amb l'auxili de l'ordinador, direm que els "immigrants-immigrants" ("immigrants fills de no-autòctons": I.I.) formen el 52,2% de la mostra, mentre que els "autòctons fills d'autòctons" (A.A.) representen el 15,5% i els "autòctons fills d'immigrants" (A.I.) el 32%. La realitat dels escassos representants de la població A.A. entre els consultants d'aquests barris fa que alguna de les característiques de la procedència no es pugui comparar amb la població general. Recordem que, segons diversos estudis (cf. un resum a Barrenechea, 1984), Catalunya és la segona comunitat autònoma quant a la quantitat de no-autòctons que hi habiten; així, tenim que Madrid posseeix solament un 53% de nascuts a Madrid (inclosos els fills d'immigrants) i aquest percentatge a Catalunya és del 63%, a Euskadi del 65% i a la Comunitat Valenciana del 76%. És a dir que, malgrat tot, en aquests barris la consulta d'autòctons --incloent-hi els fills d'immigrants-- es pot considerar, amb el seu 47,5%, força representativa de la Catalunya global, tot i que no de la població dels propis barris. I ací novament, segons la nostra opinió, per a aquesta sobrerrepresentació dels immigrants en les nostres consultes, es creua el fet de la classe social, que dona lloc a una subordinació econòmica i social, amb el fet migratori: el nucli fonamental dels subordinats econòmicament i social --i més a la ciutat de Barcelona-- és format per immigrants, com ja hem observat repetidament i han emfasitzat, per exemple, Solé (1983) i Higuélez (1983).

De la mostra autòctona, investigant la generació anterior, trobem que el 15,5% de les mares són, a la vegada, A.A., mentre que el 32,0% són A.I. i el 52,5% I.I. Però és una dada que, tot i que re-

llevant segons estudis anteriors del mateix equip, no es pot passar en relació amb la població general perquè aquest tipus de dades no consta en el padró estadístic.

Separant els infants, la sobrerepresentació dels andalusos i castellano-leonesos-extremenys es fa encara més palesa: 25,3% i 18,8% respectivament. Per comunitats autònomes, dels adults consulten més els andalusos (38,5%) i els procedents de Castella - la Manxa (16,2%).

En relació amb el tipus de municipi (i forma de vida) de procedència, més del 85% dels I.I. procedeixen encara del medi rural (probablement en forma significativament més gran que la població general de la zona, tot i que de moment no és possible determinar-ho perquè aqueixes dades no existeixen en el padró estadístic nacional).

Quant a la divisió en grans grups dels adults, la suma d'I.I (66,5%) més els A.I. (20,5%) sobrepassa significativament la mateixa proporció en la població general.

Altres variables creuades amb la procedència i que ens sembla interessant assenyalar ací és que, entre els adults, la consulta és significativament més alta per a les dones immigrants andaluses i castellano-manxegues. Que a propòsit dels diagnòstics, els andalusos són més cops diagnosticats de psicosi i els A.A. reben diagnòstics, generalment, més lleus ($Z=3,531$; ~~U=4~~; $P=n.s.$). Que, en el mateix sentit, i també en termes generals, els diagnòstics més greus acostume a recaure en immigrants, com ja passava en altres estudis anteriors del mateix equip investigador, tot i que en aquella ocasió posàrem en dubte les nostres pròpies dades per manca d'aïllament de la variable "classe social" en relació amb el "centre de consulta".

En aquesta mostra hi ha també la tendència que, entre els adults, rebin diagnòstics més greus aquells que immigraren de més joves, i això és una dada nova en els nostres estudis. Quant als donors

que en aquests barris coincideix perfectament amb la realitat migratòria. Al mateix temps, conforme augmenta aquesta edat, disminueix el nombre d'A.I. que consulten, d'una manera tal que en 1970 dels A.I. que consulten ho fan entre els 15 i els 21 anys. Sembla que els infants A.A. consulten més, però aquesta tendència no és significativa.

Separant els adults dels infants tornem a comprovar com consulten més els I.I. com més edat tenen, la qual cosa, en la nostra opinió, coincideix amb les onades migratòries catalanes... però també amb l'augment de les descompensacions en allò que hem anomenat "el tercer moment de descompensació del procés migratori insuficientment elaborat": passats els deu-quinze anys de la migració.

En relació amb l'edat, una dada que hauria estat convenient incloure i valorar seria el de l'any d'arribada en el cas dels A.I. i I.I. Segons el padró estadístic, van néixer a Barcelona el 48% dels habitants d'aquests barris, mentre que arribaren a Barcelona fa menys de deu anys solament el 3,3% de la població, i entre 1951 i 1970 el 33,3% de la població. Tot això ens dóna una idea exacta del predomini de la quarta "onada migratòria" entre els habitants d'aquests barris. Malauradament, en no incloure els blocs de dades automatitzables la dada de l'any d'arribada a Catalunya, tot i que sí que es pot aconseguir mitjançant càlculs secundaris en l'ordinador, encara no hem pogut comparar aquesta distribució de la població general en relació amb l'any d'arribada i les dades corresponents de la nostra mostra, tot i que les xifres i els percentatges corresponents a les edats dels diversos grups, que hem comentat abans, semblen apuntar també en aquest cas a una distribució simètrica i quasi superposable.

Quant a l'estat civil, com en anteriors estudis de l'equip sobre el tema migratori o sobre temes epidemiològics, es comprova de nou que consulten més les immigrants casades que altres grups de població, mentre que entre els A.I. predominaran els solters (joves), però

de manera menys espectacular. Quant a altres variables de tipus familiar, queda clar que el grup I.I. té més fills per terme mitjà, mentre que els A.I. són els menys prolífics entre els adults, la qual cosa ens fa pensar, deixada de banda la influència de la classe social, en resultats psicosocials complexos del fet migratori i les diferències culturals.

Indicadors psicosocials

La taula 4 resumeix alguns de les dades prop del diagnòstic trobades en aquest estudi. Sembla que en la nostra global els diagnòstics de psicosis predominen entre els I.I., així com, amb menys força, els de "trastorn de personalitat sense diagnòstic de psicosis" i les "neurosis". Com en anteriors estudis estadístics i epidemiològics del mateix equip, hem utilitzat un sistema d'agrupacions diagnòstiques a partir del "DSM-III" (APA, 1980) basat en la idea jeràrquica del CIAM de Silberman (1971). A través d'ell, el diagnòstic de psicosis predomina sobre la resta, el de "trastorn de personalitat" sobre "neurosi" i "altres", i el de "neurosi" sobre el d'"altres". Amb les excepcions que les dependències de "drogues dures" són incloses per nosaltres en l'epígraf "trastorn de la personalitat" (per la pròpia dependència), així com els trastorns psicosexuals; i que en l'epígraf "altres", que l'EAPP solament diagnostica si no pot determinar qualsevol dels altres epígrafs més estructurals per al consultant concret, s'agrupen quadres diversos com els "trastorns ficticis", els "trastorns produïts per ús de substàncies sense dependència" i els "factors no atribuïbles a trastorns mentals que mereixen atenció i tractament". Doncs bé: aquest grup 5, "altres", resulta elevat en el cas dels A.I., la qual cosa sembla que signifiqui, en una primera aproximació, una major "expressivitat i diversitat simptomàtica" en aquest grup... o bé una major facilitat per a l'expressió a nivell psicosocial, troballa sobre la qual valdria la pena meditar més ex-

tensament.

Els diagnòstics de "psicosi" són més comuns als catalans i els gallecs. Tal com veïem abans, creuant les taules d'edat i procedència amb la de diagnòstics, trobem que el diagnòstic de "psicosi" es confereix més sovint als immigrants que vingueren abans dels 21 anys (59% de la mostra I) i que, en general, predominen els immigrants entre els diagnosticats amb quadres més greus (38,8% de la mostra I per als "trastorns de personalitat sense diagnòstic de psicosi"), excepte per a l'epígraf d'"altres", en el qual predominen els que immigraren després dels 21 anys. Separant els infants dels adults, els resultats són coincidents: un nombre més elevat de diagnòstics de "psicosi" entre els I.I., mentre que la resta dels grups sembla més igualat (i els A.I. s'assemblen als I.I. en els diagnòstics més greus)

Ja en 1971 i en 1972 Calvo havia expressat la idea que la tendència a la somatització era típica entre els consultants immigrants. A partir del nostre estudi del 1983, nosaltres hem arribat a proposar la hipòtesi que diverses formes de somatització són l'expressió més característica del dol migratori insuficientment elaborat, almenys en la migració assalariada a Catalunya estudiada per nosaltres. Diverses troballes en estudis anteriors semblaven mostrar-ho (Lizón i col.ls., 1983, 1986). Per això veïem un interès a estudiar aquesta hipòtesi en el nostre treball poblacional en els barris de la Verneda i la Pau. La taula 4 creiem que resulta ben demostrativa, amb les importants conseqüències teòriques i assistencials que proporciona la validació de la hipòtesi susdita. Diguem, tanmateix, algunes paraules al respecte: en primer lloc, com indiquen les nostres dades i també estudis anteriors en consultes semblants (tant de medicina de capçalera com de "Neuropsiquiatria de Zona"), malgrat que es tracti d'una mostra global clarament somatitzadora es poden trobar índexs de "somatitzacions abundants" molt més elevats

entre els I.I. que no en la resta dels grups ($\chi^2=49,643$; $p=0,001$),
 així com una disminució d'aquestes somatitzacions entre els A.I.
 (possiblement en relació amb l'edat, que els fa consultar sovint bé
 per trastorns greus, del tipus de psicosis infantils i similars, bé
 per trastorns escolars).

Les diverses taules i encreuaments sobre la dada de la somatització coincideixen a mostrar un augment de les somatitzacions entre els immigrants en general i entre el grup I.I. en particular ($\chi^2=4,922$; $p=0,0027$). A més, tornant a la migració materna, si la mare ha immigrat també són més freqüents les "somatitzacions abundants", tot i que la tendència en aquest cas és una mica menys marcada. Separant els adults dels infants, els adults I.I. tornen a aparèixer més somatitzadors i els A.I. menys (fins i tot ja sense nens, la qual cosa fa pensar una altra vegada en una major capacitat expressiva d'aquests A.I.). Contràriament, entre els infants consultants, sembla que augmenten lleugerament les "somatitzacions abundants" entre els infants A.A. i es torna a comprovar la dada que els infants fills de mare immigrant consulten per problemes diferents de la somatització...: tot i que consulten en una proporció més elevada, no ho fan amb queixes "somatitzades".

Quant a l'existència d'amics catalans o autòctons (segons l'accepció d'"amic" proposada per la HPAB: "amic = persona amb qui es pot parlar seriosament dels sentiments i coses personals amb una certa regularitat"), els consultants I.I. posseeixen clarament menys amics catalans. Fins i tot en un grup de consultants per problemes psicopatològics (que sempre inclouen com a element fonamental els problemes o dificultats relacionals), podem comprovar el fet que com més lleu és el trastorn, augmenta el nombre d'amics catalans. Així, clarament, els pacients diagnosticats com a "psicòtics" posseeixen menys "amics catalans" (la qual cosa proporciona un nou element de

no-integració, el grau de "guerra de sobrematèria" als nivells de la seva existència (a). La dada és la mateixa, tot i que amb menys intensitat, en un altre context com és el cas per nosaltres com a "grup": els "trastorns de personalitat sense diagnòstic de psicosi" (en l'eix I de la classificació DSM-III).

Separant adults d'infants torna a resultar que els I.I. són els menys integrats (els que no us amics autòctons gener), mentre que els A.I. adults apareixen integrats a nivell d'assistats malgrat la seva patologia relacional: això fa pensar que, a nivell psicosocial, potser la variable integració potri ser més rellevant que la variable diagnòstica, fins i tot agrupant aquests en grans síndromes. En general sembla que es comprova entre els consultants adults la relació inversament proporcional entre diagnòstic més lleu i augment d'amics catalans i diagnòstic més greu i disminució d'aquestes amistats. La integració millora clarament, fins i tot entre consultants amb problemes psicopatològics, en la segona generació: el 95,6% dels infants de la mostra de consultants sí que té amics catalans...

En el mateix sentit de la integració (o manca d'integració) dels immigrants a Catalunya, hi ha l'altra sèrie de dades que inclourem en aquest estudi. A tots els immigrants que consultaren se'ls preguntava pel seu desig de tornar a la terra d'origen (i això, tant per motius d'investigació com purament assistencials). Les seves respostes es classificaven en tres apartats: "sí", "no" o "dubtós" (en aquest cas cabrien les respostes típiques: "jo, per mi, sí, però hi ha la feina..."; "jo hi tornaria, però tenint els fills aquí, tots aquí..."; "potser quan els fills ja treballin pel seu compte, o estiguin casats..."). En la mostra global, la majoria queda distribuïda entre els que voldrien tornar (23,4%) i els que dubten (28,8%), cosa que és un bon índex de la manca d'integració d'aquesta mostra de població, especialment si tenim en compte que, tal com vèiem abans, la majoria d'aquests immigrants fa més de quinze anys que és a Cata-

lunya. La distribució per trams diagnòstics dels que desitgen i no desitgen tornar a la mostra de la Xifra (veure, ^{veure} en els resultats) és pràcticament "psicòtica" dubten en la proporció d'uns individus que ells mateixos han dit que no desitgen tornar en una proporció més àmplia (62,6%). De la mostra de "solament adults" el 61,1% no desitja tornar, mentre que el 42,9% sí i el 29,3% en dubta.

De la importància de les relacions socials per a la integració ens parlen també les fortes correlacions entre els que fan i no fan els amics catalans. Clarament, l'existència d'"amics catalans" afavoreix la integració, en el sentit que desitgen tornar menys els que tenen amics catalans (fins i tot en una mostra que, per definició, és composta per persones amb problemes de relació). La dada torna a ser clara tant en la mostra global com en la mostra d'adults.

Sobre les relacions entre el desig de tornar i el lloc de naixement, hem de dir que els que menys desitgen tornar són els de la Comunitat Valenciana (potser perquè aquí se senten pràcticament a casa seva) i els aragonesos (malgrat que aquests senten una intensa enyorança: però potser la proximitat geogràfica els permet viatges sovintejats de cap de setmana, amb la qual cosa no cal un trasllat per mantenir un contacte estret amb la gent i els llocs de procedència). Tal com afirma la dita popular en parlar de la horripa del gallec, són precisament els gallecs els que tenen més límits de tornar (35,9% volen tornar, 30,8% en dubten i 33,3% no no desitgen), tot i que en aquest cas no hem d'oblidar les circumstàncies geogràfiques, inverses a les que esmentàvem per als aragonesos: la llunyania i la dificultat de comunicacions fan que, per als gallecs, el tornar a Catalunya sigui emigrar a un país distant (i, per descompte, distint).

Un altre índex que hem investigat en aquest treball, extraient-lo dels qüestionaris complimentats pel clínic després de l'en-

trevista o entrevistes que el consultant, tracta de fer de temps després de la migració com si fos un dels molèsties amb les quals actualment consulta (en el cas que l'òssim d'inici fossi d'infància, com acostuma a ser en la immensa majoria dels adults). Doncs bé: sembla que la majoria dels consultants immigrants es caracteritzen en aquests casos en una clara progressió que ascendeix amb els anys després de la migració: en el 14,5% les molèsties comencaren en els primers sis anys després de la migració, en el 27,6% entre els 6 i els 15 anys i en el 57,4% després dels 15 anys de l'acte migratori. Pot això possiblement ens parlar de la manca d'integració profunda, de dificultats en l'elaboració de la translocació migratòria que han romàs ocultes, dissimulades pels esforços d'adaptació, per un acomodament o fins i tot per una inadaptació dissimulada, però que arriben sorgint, possiblement a través de somatitzacions, amb l'edat (i hem de recordar que la variable "edat" ha estat prou controlada en aquesta mostra perquè podem afirmar que no juga un paper destacat en aquest augment de les molèsties en la població immigrada amb el pas dels anys). En el cas dels adults de la nostra mostra, les coses són encara més clares: les molèsties comencaren abans dels dos anys de la migració en el 5,4% dels casos. Entre els 3 i els 5 anys, en el 6,8%. Entre els 6 i els 15 anys, en el 27,8% i després dels 15 anys de la translocació, en el 59,9% dels casos. En la mesura que aquestes dades abonen clarament a l'existència en la nostra migració d'una clara "tercera corba" de descompensacions, és una dada assistencial sumament rellevant a tenir en compte, especialment en els barris i pobles d'alta densitat d'immigrants: a mesura que passen els anys probablement es descompensaran més des del punt de vista psico(pato)lògic els immigrants que no els autòctons (i per una via especialment difícil de reconèixer i tractar adequadament: la via de la somatització).

Conclusions

En altres estudis anteriors ens havien permès confirmar-nos una idea de l'ànalfant típic amb trastorns psicopatològics:

- més sovint la dona que no l'home,
- amb un estrany estatut de tipus depressiu atípic
- en el qual predomina l'expressió somatoforme, amb elements paranoics o ansietats persecutòries quasi conscients,
- amb clares dificultats psicosocials actuals,
- amb una història plena de pèrdues insuficientment elaborades des del punt de vista psicològic (no solament la de la transició),
- habitualment cronificat,
- i cronificat, a més, mitjançant la medicalització abusiva proporcionada per una assistència pública desorganitzada i iatrogènica.

Aquest estudi sembla que aporta una nova sèrie de dades, a més de provar de manera força ferma la nostra hipòtesi sobre el fet que la somatització és una expressió típica del dol migratori insuficientment elaborat. Ressaltarem algunes d'aquestes altres dades que, segons la nostra opinió, són rellevants:

- Els immigrants a Catalunya consulten els equips psiquiàtrics i psicosocials més que no els autòctons.
- Especialment, els andalusos i els castellans.
- Acostumen a rebre diagnòstics psicopatològics més greus. Els diagnòstics de psicosi recauen en major proporció en els immigrants que no en els autòctons --i, particularment, en els andalusos.
- El diagnòstic dels que immigraren més joves acostuma a ser més greu, la qual cosa ens fa pensar clarament en les repercussions negatives de les ansietats produïdes per la migració sobre situacions ja per elles mateixes ansiògenes

- Comprovar el predominià important del sexe femení en aquestes consultes.
- El de les persones que acudeixen a consultar una ja pertany més de quinze anys a Catalunya, entenent així el que, segons el nostre parer, és una manifestació retardada del procés migratori insuficientment elaborat.
- Aquesta població posseeix dificultats especials d'interacció, totes elles força coherents en relació amb la hipòtesi de treball que enfoca el procés migratori com un procés (psicosocial) de dol: vols amics catalans, desig de tornar a la terra d'origen, etc.

5. RESUM DE LOS CASOS CLÍNICOS PROYECTADOS EN LOS ESTADOS ATERRIOS SOBRE EL TEMA

Des d'aleshores en el segle XVIII, diversos autors posaren en relació el quadre clínic de la "nostàlgia" amb el fet migratori (Champion, 1938). Avui s'utilitzen d'aquests quadres clínic amb termes com "trastorn distínic", "trastorn distínic amb somatitzacions" o "depressió amb manifestacions somàtiques" o fins i tot, més estrictament, amb el terme de "trastorn per somatització". Però des dels primers estudis, tots coincideixen que és un quadre de fàcil (?) remissió clínic si la persona afectada retorna al lloc d'origen. Fou descrit el 1678 per Harder a Suïssa i el 1710 per Zwinger. Per Colombier, en els exèrcits francesos el segle XVIII i, durant la Revolució, en unitats d'origen bretó, per Guereois i Therrin. Esquirol ho va descriure a la Salpêtrière també en pacients d'origen bretó. A Anglaterra per Zimmerman el 1840 en malalts procedents d'Escòcia. En alemanys arribats a Berlín com a criats, per Meyer el 1855. Al Perú, en indis emigrants que no coneixien el castellà, per Merkel el 1903; en algerians a França, en europeus al Senegal, etc (Calvo, 1972).

Calvo ens recorda també com Jaspers, el 1909, en la seva tesi Nostàlgia i crim estudia el comportament criminal, reactiu a la seva situació de desarrelament, de 15 casos de joves emigrants del medi rural que treballaven en el medi urbà. Des de la perspectiva de Jaspers, diversos dels seus crims, comesos sobre infants que estaven a la seva cura, foren realitzats en estat de "nostàlgia aguda".

D'alguna manera, el "deliri de persecució del sord" (Kraepelin, 1915) i el "deliri de persecució en casos d'aïllament lingüístic" (Aller, 1920) es poden relacionar, segons Calvo (op. cit.) amb el tema de desarrelament. Kurt Schneider, el 1930 va descriure estats delirants aguts amb ràpida evolució favorable sota el rètol de "deliris primitius de relació", posant-los en relació amb l'aïllament idiomà-

tic i les dificultats derivades del medi estranger.

Jaspers (1977) situa els primers treballs "científics" sobre el nostre tema en el segle XIX. Els estudis de Hoffer en soldats alemanys allunyats de la família per causa de la guerra o de migracions militars el portaren a descriure el quadre de la nostàlgia: tristesa, records periòdics repetitius, emigr, pensaments obsessius centrats en la pàtria llunyana, etc, comprometen tant l'adaptació del soldat que li creaven de vegades autèntics quadres depressius amb anorèxia, insomni i àdhuc suïcida (Gillon, Duchène, Champion, 1963; Champion, 1966; Berner, 1967). El 1909 Jaspers tornà a descriure quadres similars entre els joves camperols "trasplantats" a les ciutats, ressenyats novament durant la darrera guerra mundial per nombrosos psiquiatres: a més dels aspectes depressius o psicòsòmatics, la nostàlgia es podia mostrar sovint a través de repercussions mèdico-legals... De vegades, l'única possibilitat de millora era la repatriació... que ja aleshores acostumava a millorar espectacularment tots els símptomes (Berner, 1967; Berner i Zabotoczky, 1969).

White, treballant en medis hospitalaris a Toronto (Canadà), trobà el 1902 que el 50% dels hospitalitzats eren immigrants. En el mateix sentit se solen considerar els resultats dels treballs ja clàssics de Pollock (1912), dels quals ja hem parlat en el capítol 4 (Daumezon, 1963, 1965; Daumezon i col.ls., 1954, 1955): la proporció entre immigrants i autòctons en els hospitals psiquiàtrics de Nova York era, segons aquests treballs, de 3 a 1. Segons el treball de Malzberg del 1936, la proporció d'immigrants era 2-3 vegades superior que la d'autòctons en aquest tipus de serveis (Malzberg, 1936, 1956; Torrubia, 1955).

Posteriorment, aquest tipus d'estudis s'ha generalitzat en tot el món (Daumezon, 1963). No solament en el món occidental o

industrialitat, sinó en països pre-industrials o "tercermundistes": per exemple, els estudis de Sarafita i col.ls., (1963), a l'Índia, tornen a presentar com a resultat una proporció més elevada de trastorns històrics i esquizofrènics a Bombai entre els immigrants a la ciutat que entre els autòctons o els que hi han nascut. Brinard (1966), a l'Iran del Xa, arribava a conclusions semblants, no exemptes d'una certa complaença davant el fet que els trastorns mentals fossin més comuns entre els estudiants que ingressaven a l'ensenyament teocràtic, els quals, segons aquest autor, s'exhiliaven obertament o emigraven fonamentalment per ressentiment cap a la seva pàtria i cap als pares, per "snobisme" i "altres" (sic).

Moyison (1973) recorda com en els primers estudis de Halzberg, realitzats entre el 1949 i el 1951, en la taxa bruta d'ingressos hospitalaris entre immigrants i no immigrants als Estats Units predominaven en un 65% els trasplantats. Però ajustant les correccions que provenien de les diferències d'edats entre els dos grups, aquest percentatge esdevé del 27%. En el mateix sentit, era molt significatiu el fet que en les edats compreses entre els 10 i els 19 anys, els internaments de migrants eren superiors als dels autòctons en el 106%.

El 1955, Champion i Torrubic, a partir de més d'11.000 pacients registrats en el servei d'admissió del Centre Psiquiàtric Sainte-Anne, detecten una gran relació entre el nombre proporcional d'ingressos i la seva procedència geogràfica. Així per exemple, troben taxes de 1,23 per cent mil quant als algerians, mentre que altres grups com els europeus no francesos donen taxes d'ingressos de 715 per cent mil, els immigrants interiors 576 i els autòctons del propi departament del Sena on es troba l'hospital, 490 per cent mil. Daumezon i Champion, en el mateix departament, donen taxes de 2,70 ingressos per mil habitants musulmans, mentre que a la població general

li correspon una taxa d'1,15 per mil.

Al Brasil, segons Aranjó (1954), que obté les dades del Servei Nacional de Malalties Mentals, el percentatge de hospitalització psiquiàtrica mitjana entre estrangers, en referència a les persones dels anys 1943 al 1953, és de 6,33 per mil, contra 3,11 per mil en la població general.

Ameghino, el 1933, informava que els anals morts internats constituïen els dos terços de la població internada en establiments psiquiàtrics, mentre que en la mateixa època el total d'anals morts "solament" arribava a la tercera part dels habitants del Brasil.

Bringas, ^{traballant amb} ~~estadístiques~~ estadístiques del 1941 de la República Argentina, troba que, sent la població estrangera un 15 per cent de la població global, en els asils psiquiàtrics el nombre d'estrangers arriba al 38 per cent del total dels internats.

Pel que fa als estudis als Estats Units de Nord-amèrica, Calvo (1972) recorda els de Robertson (1903), en els quals mostrava com, tot i que la població de Califòrnia es podia dividir entre un 50 per cent d'autòctons, un 25 per cent d'estrangers i un 25 per cent d'immigrants procedents d'altres estats dels EUA, la població dels asils es distribuïa de la següent manera: 17 per cent d'autòctons, 57 per cent d'estrangers i 26 per cent d'americans no californians (migració interior). També a Califòrnia, Rosanoff detectà que el nombre d'admissions psiquiàtriques entre californians era de 70,7 per cent mil habitants, contra 183,8 per cent mil individus nascuts a l'estat de Nova York i instal·lats a Califòrnia.

Però, com ja hem aruntat en els capítols 3 i 4, que en els estudis començà a diferenciar-se entre immigrants procedents de fora dels Estats Units de Nord-amèrica i immigrants interns (i altres índexs poblacionals més fins) Lee (1963), usant les dades de Malzberg, arribà a la conclusió que mentre les taxes d'admissió per

als immigrants interiors són més baixes que per als autòctons, les taxes d'ingressos psiquiàtrics en el cas dels immigrants estrangers es trobava entre els dos extrems.

Ja amb aquesta nova perspectiva de treball, procedent d'una consideració més "fina" de les dades dels tràstics, Luzzani i col.ls. (1963, 1966) compararen dades procedents de Nova York, Ohio i Califòrnia i arribaren a la conclusió que, quan es consideraven en conjunt tots els trastorns mentals, no hi havia diferències en les taxes d'internament entre els blancs nascuts en països estrangers i els blancs migrants interns. Tanmateix, si es considera l'esquizofrènia de forma aïllada, els immigrants d'altres països mostraven taxes més altes (d'internament) de forma estadísticament significativa.

Ja el 1960 Jaco s'havia enfrontat amb totes aquestes contradiccions aparents i, comparant taxes d'ingressos per esquizofrènia, trobà que els migrants hispanoamericans tenien taxes d'ingressos significativament menors que els trasplantats anglo-americanos. També quan Odegard (1932) comparà els noruecs emigrants a Minnesota amb els que havien romàs a Noruega, trobà que les taxes d'esquizofrènia eren dues vegades més grans entre aquests. Observant solament els casos interiors de Noruega, comprovà que, excepte per als trasplantats a Oslo, els trasplantats o migrants mostraven taxes d'admissió menors que els no migrants. El mateix passà en els estudis de Halevi a Israel (1963), qui trobà taxes més altes d'incidència d'esquizofrènia entre els autòctons que no entre els trasplantats, resultats comparables als trobats per Kleiner i Parker (1959) en un estudi dels homes de color emigrats a Pennsilvània des del sud (en relació als els autòctons).

Tot això fa pensar en complexes interaccions demogràfico-socials i clíniques en el tema que ens ocupa. Per exemple, podríem hipotetitzar que les migracions exteriors, almenys entre els països

mínimament industrialitzats, impliquen una "base-selecció" més gran dels immigrants en un sentit positiu: sobretot en el cas dels "nòmades", amb la qual cosa la seva taxa de trastorn mental no seria comparable amb les dels que no emigraven i es queden en el país d'origen. Al contrari, la migració interior suposa molt sovint una selectivitat menor: és més fàcil una migració "d'afluència" i això pot repercutir en un augment de les taxes de trastorn mental. D'altra banda, les possibilitats de demanar i rebre ajuda tant dels sistemes "profans" com "professionalitzats" d'assistència (Tizón, 1986, 1987) semblaria que són més elevades en les migracions interiors, si no és que la migració exterior no hauria estat especialment organitzada i atesa des del punt de vista psicosocial --cas de les migracions a Israel, per exemple, tal com veïem abans, fins i tot el nostre treball posterior amb les dades dels nostres primers estudis, recollits en Tizón i col.ls. (1983), portava a conclusions relativitzadores de qualsevol influència "clara" i unidireccional del fet migratori sobre la salut mental si no es tenen en compte altres variables que hi intervenen.

Conseqüentment, sembla que com més s'aprofundeix en el tema, més palesa es fa la complexitat de les interaccions dinàmiques entre les diverses variables que intervenen en la relació entre migració i trastorn mental. Per exemple, d'acord amb Saama (1963, 1970), queda per respondre la relació entre les hipòtesis de si "són els individus predisposats a la malaltia mental els que emigren més o si els emigrants entren en dificultat psíquica per causa de l'stress que significa ajustar-se al nou medi". Teories simplificades com aquestes continuen sent presents en nombroses revisions del tema, fins i tot modernes (Saama, 1970; Gordon, 1963...).

Per tot això, Morrison (1973) ha proposat un esquema de les variables que intervenen en la relació entre migració i trastorn mental que nosaltres recollim aquí, tot i que modificant-lo extensament

i afegint-hi noves variables: l'esquema, tal com l'utilitzarem en aquest treball, queda reflectida a la Figura 1. De manera definitiva, amb ell tractem de calibrar la interacció complexa de variables que es dóna en el nostre tema de treball. En un capítol posterior parlarem també d'aquelles variables per considerar-les com a elements que faciliten o dificulten l'elaboració del progrés o del laboratori.

+++++

TABLA 17. Variables que intervien en la relació migracions - trastorn mental

+++++

Se ens la nostra perspectiva actual, somem a través d'esquemes complexos com l'esmentat podem donar compte dels resultats anteriors, aparentment contradictoris, així com dels obtinguts amb noves metodologies.

I això ho diem perquè conforme s'anava generalitzant l'estudi dels fenòmens psicològics lligats a la trasplantació social, la metodologia s'ha anat afinant, tal com explicàvem abans. Amb els nous criteris s'han arribat a realitzar estudis molt més fiables, basats en estadístiques generals, com els de Friessem (1975) a la República Federal d'Alemanya; Parker i Kleiner (1966 i 1967); Daumezon (1963, 1965); Malzberg (1936, 1955 i 1969), així com estudis basats en seguiments longitudinals, grups testimoni, estudis de cohorts, etc. L'afinament de la metodologia ha portat de vegades a resultats molt contradictoris en relació amb els estudis anteriors (Carta, Fava, Menin, 1975; Daumezon i col.ls., 1954, 1955; Murphy, 1955, 1959, 1961, 1965, 1972(a), 1972(b), 1973, 1974, 1975, 1977; De Lartiss i Lontatini, 1963): per exemple, s'ha pensat que potser l'Hospital Psiquiàtric no sigui el lloc més adequat per calibrar el sofriment per la situació de trasplantació; que caldria tenir en compte la psicopatologia ambulatòria o dispensarial i fins i tot la "psicopatologia sense psico-

patòlegs" (Bourgeois, 1977), és a dir, les "enfermes funcionals" o "psicosomàtiques" amb les quals aquest tipus de conflicte sovint s'expressarà i manifestarà... en les consultes de medicina de caballeria o fins i tot en les especialitats mèdiques diferents a la pediatria i la neurologia (Krudinski i Stoller, 1965, 1973). Els estudis de Friesse^m (1975) són clars al respecte: quant a l'índex total de trastorns mentals, els immigrants es veuen afavorits en relació amb la població alemanya (8,1% contra 11,5%), però cal considerar que en la població immigrant acostumen a estar absents els ancians, tant perquè emigren menys com perquè tornen, amb l'edat, al lloc d'origen. L'índex general de malalties somàtiques no banals, influït pels mateixos elements cronològics, és menor entre els immigrants (3,38% en contra del 3,44% dels autòctons). Però en els seus estudis a Colònia, ciutat-fita de nombroses immigracions, Friesse^m i col.ls. (1975) pogu^eren trobar que en els immigrants abundaven molt més que en els autòctons les síndromes gripals i de refredats, els trastorns digestius, els trastorns circulatoris, somatitzacions diverses (Berner, 1966, 1967; Gordon, 1965, Bourgeois, 1977) i "estats de tristesa": tota una cohort simptomatològica que, des del nostre punt de vista, expressa amb claredat meridiana (Berner, 1967; Gordon, 1965; Calvo, 1972; Bourgeois, 1977; Tixón, 1982) el que més enavant anomenarem "equivalents somàtics del ~~stat~~^{dol} no resolt", amb l'"estat depressiu" més o menys subclínic que sol acompanyar-los i, per tant, amb una tendència més gran a contreure malalties per mecanismes psicològico-endocrino-immunitaris complexos (Rof, 1972).

En aquest sentit, una de les dades més sobresortints dels estudis actuals en ambulatoris de l'INSALUD i els seus homòlegs autonòmics sosté aquest tipus de treballs. Per exemple, en l'estudi realitzat en els arxius centralitzats d'especialitats del Centre d'Assistència Primària de Sant Martí de Provençals de Barcelona, que

concentra l'assistència de les especialitats de l'Institut Català de la Salut del barri barceloní de la Verneda (Tizón, Sureda, Poltegero, 1964; Tizón i Sureda, 1986): no s'ha produït un augment de les onades migratòries, molt nombroses. La carrera onada s'ha afectat només parcialment, però actualment es troba sota els efectes, devastadors per a les relacions socials, de l'atur, molt elevat en la zona. Doncs bé: aquest Ambulatori o Centre d'Assistència Primària té unes 30.000 cartilles, cosa que representa unes 70.000 persones, mentre que en els arxius de l'ambulatori hi ha 80.000 històries clíniques unificades. Això, malgrat tenir en compte canvis de domicili, errors del personal, errors administratius, canvis de cupo, errors en el coeficient multiplicador, etc..., fa pensar que pràcticament tota la població d'aquest barri, en la majoria immigrants i fills d'immigrants ha consultat algun especialista mèdic (i, la majoria de vegades, més d'un i en diverses ocasions). Com que les dades s'amplien en els treballs de referència, ^{en hi} ~~no~~ ha prou de recordar ara que la frecüentació en l'especialitat de "neuropsiquiatria" s'aproximava a l'11,41% del total de les visites de totes les especialitats (excloent-hi anàlisis i radiologia: ^{17 per cent} ~~10 per cent~~ (de 107.550!) i que la incidència i la prevalença en neuropsiquiatria en aquest CAP són, respectivament, d'1,51% i 16,39%. Això suposa una autèntica situació de desastre sanitari, tant si implica l'existència de tantes afeccions somàtiques o mentals com si l'única cosa que implicés fos una organització assistencial desastrosa.

En el mateix sentit, en la mesura que el dol per la migració no està tan elaborat i resolt, l'ansietat és més gran, tant a càrrec d'ansietats "persecutòries" com a càrrec d'ansietats "depressives" (Klein, 1934, 1940, 1948, 1963; Calvo, 1972; Tizón, 1983). Possiblement aquest augment de les ansietats difícils d'elaborar es trobi, a la vegada, en la base d'una altra sèrie de treballs realit-

pagés a la veïnada general d'Alemanya (Friessem, 1975) com ara l'índex d'accidents d'automòbil, que és no més dues vegades més gran entre immigrants que no entre autòctons (situació en la qual, ben probablement, influeixen també circumstàncies socials: la RFA és una societat típicament "antiautòctona" i, per tant, els immigrants ocupen els llocs de treball que per bruts, perillosos o feixucs els autòctons no volen).

Tal com passa amb l'índex de suïcidi, que en aquests cas, precisament perquè entre els immigrants els autòctons són escassos, assolixen una alta significació: l'índex de suïcidis entre els immigrants a la RFA és del 17,1 per cent, en contra del 10,9% entre els autòctons, dada que adquireix un relleu més alt en aqueixa situació i que sembla manifestar una clara correlació entre l'emigració i la tendència al suïcidi (o a realitzar-lo). Aquesta dada queda sumament corroborada per estudis com els de Gordon (Gordon, 1965; Berner, 1967) els quals troben un clar augment de la tendència al suïcidi en immigrants al Regne Unit procedents de les "Índies Occidentals"... però només anys després de residir en el país d'acollida, ja que en els seus països i cultures d'origen el suïcidi és pràcticament inexistent. La taula 16 mostra una relació del suïcidi amb la procedència de la població a Catalunya segons un estudi realitzat per Costa i cols. el 1977 (tot i que les xifres que corresponen als "immigrants" en la població general ens semblen considerades "a la baixa").

+++++
 Taula 16. Percentatge de suïcidis en relació amb la procedència
 +++++

Quant a la incidència de trastorns mentals, aquesta dif-
 rència de 8,1 a 11,5% a favor dels immigrants, que esmentàvem abans,
 pot tenir una explicació parcial en el fet que, segons els estudis
 de Friessem (1975), es donen menys casos de "neurosis, trastorns

psicosomàtics, funcions i comportaments anormals" encara actua a enc no entre els autòctons... Això no obstant, no hi ha cap dubte que, almenys parcialment, aquesta afirmació respon a la sensació que es té de que els immigrants, involucrats com estan en conflictes psicossocials importants, no consulten els serveis mèdics o psicològics per aquests motius (ja que, a més, possiblement "els seus" serveis mèdics i psicològics es troben més mal preparats per atendre'ls). Això, d'altra banda, no faria sió confirmar la hipòtesi avançada per Fidessem (1975) en el sentit que les diferències de morbilitat entre immigrants i autòctons, especialment en aquestes migracions exteriors amb importants diferències lingüístiques i culturals, en gran mesura es deuen al fet que l'immigrant no té un "sistema profà" (Tizón, 1984, 1986) al qual acudir amb les seves queixes, sigui d'índole somàtica, psicològica o social, com el tenia probablement en el seu país d'origen. Això facilita la consulta en serveis mèdics i psicològics quan els problemes no es poden resoldre per ells mateixos mentre que, d'altra banda, probablement desvia de forma complexa i contradictòria l'expressió i el lloc de consulta de les seves queixes, fent que de vegades siguin menors que les dels autòctons, per ignorància, desconeixement i temors o desconfiances més o menys realistes en relació amb el "sistema professionalitzat" que posa a la seva disposició (potser) el país d'arribada.

Per aquestes mateixes raons i altres de semblants exposades en els capítols de metodologia, ens ha resultat molt difícil sintetitzar d'alguna forma les troballes de la bibliografia internacional sobre el tema, molt menys nombrosa i de molta menys qualitat del que ens esperàvem, atesa la importància humana i social del problema. Hi ha molt pocs estudis realitzats amb una metodologia que ofereixi garanties adequades: amb grups testimoni, amb estudis longitudinals per raïms o cohorts, estudis focalitzats més per temes o problemes

que per lloc de manifestació de la patologia... Per això, en aquesta breu recessió bibliogràfica, presentarem:

- 1) Aquelles dades avalades per la seva coincidència en nombrosos estudis.
- 2) O bé, les avalades per una metodologia científicament afinada.
- 3) O bé les que, faltades de qualsevol de les dues característiques anteriors, considerem fiables segons la nostra experiència personal (en aquest darrer cas, cada dada estarà filtrada per la concordança o no amb les nostres impressions clíniques en el treball amb immigrants dels diferents membres del nostre col·lectiu: hospital general, hospital psiquiàtric, consulta ambulatoria de psiquiatria de l'INSALUD a LICCS, consulta de medicina de capçalera de l'INSALUD, escola d'educació especial i diversos serveis comunitaris). Això no obstant, amb la finalitat de facilitar la valoració d'aquests resultats per part del lector, al llarg de l'exposició inclourem sovint notes breus sobre la metodologia d'obtenció dels resultats esmentats.

Com a resum d'aquesta panoràmica general direm que, amb les dades que posseïm actualment, la hipotètica incidència o prevalença de trastorns mentals (en general) més elevada entre els immigrants que entre els autòctons, sembla més un miratge ideològic i metodològic que no una realitat concreta (Champion, 1946, 1963, 1966; Ellenger, 1965, 1968; Daumezon i col.ls., 1954(a), 1954(b), 1955; De Caro i col.ls., 1963, 1966; Dancey-Novellia, 1969; Dolton, 1968; Malzberg, 1936, 1955, 1956; Murphy, 1965; Parker, 1966, 1967; Carta, Fava i Menin, 1975...). Tanmateix, nombrosos estudis coincidien a mostrar-nos aquests resultats. Però són estudis basats en índexs bruts, i/o en classificacions ~~grosseres~~ ^{matesses} de la patologia, realitzats,

a més, en sectors com ara el "sistema professionalitzat" i que cal a la salut mental i social compensar-los i donar-los un peu que manca en altres sectors del nostre sistema (i, en alguns casos, del "sistema anglès"). Efectivament: tal com he dit abans, quan es compara amb índexs com ara s'han curats, sexes i altres característiques, i quan s'empren mètodes epidemiològics més fins, aquests resultats s'advancien, tot i que no passi el mateix amb el que resta denominat "equivalents o expressions somàtiques i socials del dol no resolt" (Bernier, 1967; Kempinski, 1968; Calvo, 1974; Friesse^m, 1975): més índexs de síndromes de rebrotats i de grups consultals al sistema professionalitzat, així com de síndromes digestius i circulatoris i de "estats de tristesa" (Poeck, 1962; Villa, 1960; Pflanz, 1971); dues vegades i mitja més accidents de treball; possible augment de l'índex de suïcidis... (Friesse^m, 1975; Bernier, 1967; Gordon, 1965; Costa i col.ls., 1977...).

Deis estudis realitzats fins la data i coneguts per nosaltres, sembla que les úniques dades amb les quals podem recolzar-nos amb una certa fiabilitat i que expressen un augment de la conflictivitat psicosocial per causa de l'emigració, serien precisament aquestes: la dada dels "equivalents somàtics del dol no resolt", les de l'augment de la proporció de suïcidis entre els immigrants en relació amb els autòctons, la de l'augment de l'alcoholisme descompensat entre els treballadors industrials immigrants (Bernier, 1967; Junaidi, a Bernier, 1967; Murray, 1955; Tizón i col.ls., 1985)... i, finalment, una aparent tendència cap a un augment del ús d'altres "esquizesofrènia" entre aquest grup de població (estudis realitzats per Kempinski i Stoller el 1966 entre immigrants no britànics a Austràlia; Tizón, Salamero i col.ls., 1988). Tanmateix, aquesta última dada, segons la nostra opinió, es presta a diversos tipus de reflexions i discussions si tenim en compte que aquests "immigrants no britànics a Aus-

"cràtic" procedien fonamentalment de les països de Centre i Sud, i de les països sense un contacte dels quals ja resultava als individus "acrífics" psicossocials imposats per dues guerres mundials consecutives amb les seqüeles de bérrams difícils de reparar, als tancament social, orfenesa, etc.

A més, molts d'aquests estudis tenen l'error de diferenciar addicionalment no diferenciaven (o no posseïen referències comparatives) entre els immigrants que a la introducció anomenaven "immigrants interiors" i els "immigrants exteriors o estrangers". La qüestió és una dada sumament rellevant ja que, tal com recorda Robinson (1973) d'una banda, i Moran i Andrusako (1977) d'una altra, així com els immigrants exteriors ingressen i fins i tot consulten menys per trastorns psico(pato)lògics que els autòctons, els immigrants interns acostumen a consultar i ingressar per aquest tipus de problemes (o pels seus equivalents socials o biològics) tant o més que els autòctons.

Però fetes ja aquestes consideracions introductòries, que mostren la complexitat del tema fins i tot en el nivell de recollida i resum de la informació existent, intentarem realitzar una agrupació de les dades que abans ens comprometíem a ressenyar segons les variables de la Taula 17.

6. DADES I OBSERVACIONS SOBRE LES VARIABLES QUE INTERVENEN EN LES RELACIONS SALUT (MENTAL) - MIGRACIÓ

6.1. Variables antropològiques prèvies a la migració: sexe, edat i personalitat de l'immigrant

Durant prop d'un segle, aquest tema ha estat descrit amb escreix. En el capítol 8, en parlar de la "patologia prèvia de l'immigrant alienat", presentarem la majoria de dades al respecte.

Tanmateix, hi ha una dada que creiem que caldrà ressenyar des d'aquest moment, i és la variació entre una variable antropològica i personal fonamental com és el sexe, i el tema del nostre treball.

Sexe i migració

Estudis realitzats a Nord-amèrica i comprovats repetidament, mostren que la incidència de trastorns mentals clínicament evidents és més gran entre les dones immigrants que no entre els homes, fins i tot en el cas de l'anomenada "esposa de l'emigrant" (Berner, 1967; Berner i Zapotozky, 1969; Morgan i Andrushko, 1977). Per exemple, aquesta major afectació de l'esposa de l'immigrant és una dada trobada pràcticament en tots els treballs d'investigació que se l'han plantejat com a tema d'estudi (Carta, Fava i Menin, 1975; Krupinski i col.ls., 1965; Cazzullo, 1963; Villa, 1962, 1965; Berner, 1967; Tizón i col.ls., 1983, 1986, 1988...). A més, sembla que la descompensació freqüent de l'esposa de l'immigrant té una cronologia ben precisa: tal com veurem al capítol 7, l'immigrant es descompensa seguint tres moments característics:

1. En arribar, durant l'assentament, dins els primers mesos o el primer any.
2. Durant el procés d'adaptació i integració, entre el primer i el setè o desè any.
3. Com a manifestació del fracàs de la trasplantació social

(acomodament, inadaptació, descompensació...): als deu o més anys d'haver arribat.

Això no obstant, en el cas de l'esposa o parella femenina de l'immigrant, la descompensació, a més de ser molt més freqüent, incideix particularment en els dos darrers moments de la triple corba descrita anteriorment.

Les explicacions per a aquest fet podrien ser múltiples. Entre les més repetides en la literatura científica internacional, nosaltres hem seleccionat les relatives a la situació psicosocial actual de la dona de classe treballadora. Efectivament: els lligams d'aquesta amb el seu entorn anterior podien ser més o menys intensos i sans però, amb tota seguretat (especialment en els països del migdia europeu) eren força intensos amb la família de procedència. Doncs bé: aquestes dones es trobaran en un medi estrany, tots els lligams familiars externs trencats, amb els cònjuges absents de la llar una gran part del dia, amb els fills a la feina o a la institució escolar, on de manera gradual es van integrant al lloc i a la cultura d'arribada... La dona, en el cas que no realitzi cap treball assalariat fora de la llar, hi ha de romandre, amb les condicions socials d'aïllament que una situació així afavoreix, i més a les "ciutats dormitori" i als suburbis on va a parar una gran part de la migració proletària d'aquest segle (Morgan i Andrushko, 1977; De Vos, 1981). Ajuriaguerra (1982) considera aquest conjunt d'elements, aquest "replegament familiar" de les dones-mare, com una manifestació freqüent d'una autèntica depressió, en ser incapaces d'elaborar el seu marc de vida habitual. (I això, a més, amb les greus conseqüències que una depressió materna té per als fills). En el cas de la immigració a Catalunya, que és la que considerem, hi ha prou dades al respecte; per exemple en Solé 1982, 1985, 1986; Cardelús i Pascual, 1979; Recolons, 1984, etc i, des d'una perspectiva més psicològica,

en Calvo, 1972, 1977; o en alguns dels nostres estudis anteriors (Tizón, 1984; Tizón i col.ls., 1981, 1983, 1983b, 1984, 1986, 1988...).

Pel contrari, si la dona no ha treballat abans de forma assalariada fora de la llar, es veu aleshores enfrontada a la doble sèrie de canvis que implica la migració i, a més, el treball assalariat (a la fàbrica, als serveis o al "servei domèstic": quasi sempre en els llocs on la feina és més monòtona, menys creativa, s'afavoreix menys la realització). Això suposarà un doble xoc per a aquesta persona. Igualment és doblement desadaptadora la situació inversa, en la qual la dona passa de treballar fora de casa a haver de deixar aqueixa situació laboral i, a la vegada, patir amb la trasplantació migratòria.. Sovint té lloc una situació en la qual la dona comença o reprèn aquest treball assalariat (i, per tant, aquestes relacions socials a través de la feina) mesos o anys després de la trasplantació: en aquest cas, sobre un procés de dol ja alterat, la incorporació al treball assalariat pot incidir de maneres molt diverses, però quasi sempre obligarà a reelaborar almenys parcialment aquest dol i, per tant, sovint afavorirà una nova descompensació si la personalitat estava ja prèviament predisposada; o bé una elaboració més completa del procés psicosocial de la migració. Aquestes reflexions ens ajuden a comprendre dades com les de Morgan i Andrushko (1977), que mostren que les dones ingressen immigrades dues vegades més sovint que no els homes immigrants, resultat la tendència global dels quals es repeteix en estudis de diferents medis, països i migracions (Berner, 1967). Nosaltres mateixos, en una altra sèrie de treballs realitzats a les consultes ambulatòries de medicina de capçalera i de neuropsiquiatria de la seguretat social espanyola en barris i poblacions amb una alta proporció d'immigrants, hem pogut comprovar moltes vegades la dada que la dona, especialment en l'edat mitjana de la vida, consulta més que els homes de forma estadísticament significativa (Tizón, 1984; Tizón i col.ls., 1981, 1983,

1984, 1986, 1988...).

La situació resulta afavorida per la tendència a la separació entre rols amb la qual moltes famílies reaccionen davant les situacions d'stress i, entre elles, la migració (Sluzki, 1979). Per exemple, és relativament freqüent entre els immigrants situacions en les quals es tendeixen a crear allò que nosaltres anomenaríem una dissociació entre els rols instrumentals i els rols afectius: un membre --generalment l'home-- s'ocupa de les activitats instrumentals (actuals i de cara al futur), activitats que acostumen a comportar una vinculació amb el medi actual i l'altre membre --generalment la dona-- es concentra en les activitats afectives actuals i cap al passat, sostenint per exemple la vinculació amb el medi anterior (tasques de correspondència, "estar al dia de les notícies", trucades telefòniques, i records i enyorances del que es deixà enrere). Tal com recorda Sluzki (1979), aquesta dissociació o escissió familiar, almenys a nivell de rols, com tota escissió (Grotstein, 1981), pot ser adaptativa durant un temps (i segons la seva intensitat), però si es manté de manera indefinida o molt rígida, té un potencial catastròfic o, almenys, dissociador per a aqueixa família: el membre orientat cap enfora desenvoluparà trets adoptius autònoms i establirà una nova xarxa per a ell, mentre que el membre orientat "cap a l'interior del grup" conservarà un aïllament relatiu que esdevé més notable en comparar-los. El membre "orientat cap enfora" interpretarà que l'altre, relativament ignorant de les normes i els costums del nou medi i amb menys relacions i amistats, interfereix amb la necessitat instrumental. Pot ser que, davant aquesta situació, reaccioni amb encara més autonomia en relació amb el grup familiar i el medi de provinença. Això tendeix a aïllar més i a augmentar el sentiment de soledat del membre ja aïllat "a l'interior del grup i de la història del grup", el qual respondrà, bé aferrant-se més al passat o més a l'altre mem-

bre (el seu "intèrpret" del món present). En aquests moments, potser el membre més orientat cap a l'exterior sentirà excessivament pesada la càrrega i pot tendir a ~~augmentar~~ ^{augmentar} encara més la desvinculació. Tot el procés creix així progressivament, en una retroalimentació positiva, fins que desemboca en una greu crisi de la relació de parella o familiar, larvada o patent.

L'augment i la cronicitat de l'atur en moltes de les zones de Catalunya que eren focus d'atracció de la migració, i especialment de la immigració del "desenvolupisme", ha fet aparèixer una nova cara d'aquest fenomen: davant l'atur, generalment del marit (el membre "orientat cap a l'exterior"), la dona és la que més fàcilment troba feines ocasionals, almenys en el servei domèstic. En aquestes circumstàncies, tot i que de vegades es pugui donar una commutació de rols sense crisis especials, l'home esdevindrà simptomàtic més freqüentment (deprimit, alcohòlic, somatitzador...) o sobrevindrà una greu crisi de desorganització de la família, amb repercussions especials en els fills (i més si són petits o adolescents).

En el cas concret de la immigració a Catalunya que estem considerant, cal recordar amb Solé (1982, 1985, 1986) que les dones en general, i les immigrants en particular, tenen més dificultats per accedir a un lloc de treball. Hi pesen tant raons culturals generals com el nivell d'estudis i instrucció, generalment inferiors (en relació amb els homes i en relació amb les dones autòctones). Les possibilitats de formació professional també són menors per a les dones. Segons Solé (1985), fins i tot menors que en relació amb els homes immigrants. Això resulta especialment negatiu perquè s'impedeix així la (relativa) protecció de la salut (mental) que proporcionen les activitats dirigides cap a un millorament de la formació personal.

Davant una situació de tants conflictes i contradiccions, no ens ha d'estranyar que, a Catalunya, l'abandonament de l'activitat

econòmica en casar-se, afecti més la dona immigrant que l'autòctona (Solé, 1982, 1985, 1986), tot i que la proporció de dones que treballen és quasi idèntica en els dos casos. Contràriament, l'anomenada "alliberació pel treball" apareix amb intensitat progressiva a mesura que s'ascendeix de classe social, de nivell d'estudis i de formació. Per a moltes dones immigrants, potser per a la majoria, casar-se sovint significa, ben al contrari, alliberar-la del treball obscur o embrutidor de la cadena o del servei domèstic... Només quan la crisi personal i familiar fan eclosió --deu, quinze o vint anys després--, reapareix una certa valoració d'aquest treball "fora de casa" en algunes dones immigrants conflictualitzades. Almenys, pel que tenia i té d'augment d'autonomia de la dona, especialment de la dona casada els fills de la qual "es van fent grans" ("i jo, sola a casa tot el dia...").

En sentit contrari, Catalunya ofereix a la dona un ventall més ampli de participació en l'activitat econòmica: no ha de treballar forçosament en les tasques domèstiques. Ho pot fer també, almenys abans de l'actual "edat d'or de l'atur", a la fàbrica o els serveis (activitats que les dones immigrants prefereixen al servei domèstic: Solé, 1982, 1985). Però un nou element dificultarà la integració de la dona immigrant de la quarta i cinquena onades immigratòries a Catalunya: les possibilitats de realització i ampliació de mires i interessos a través del treball, en el marc de les relacions socials que comporta la producció, es veu obstaculitzada per la realitat de la "complementarietat" quasi obligada del treball i salari femenins en relació amb els de l'home; especialment, per la realitat quotidiana de la divisió del treball domèstic en raó del sexe i, d'altra banda, dels obstacles que s'oposen al fet que la dona ocupi càrrecs de responsabilitat (i, encara més, la dona immigrant de classe o procedència treballadora). Això sosté encara més la tendència a constituir-se en la "personifi-

cació de les activitats familiars afectives", que diria Sluzki, encara que sigui a càrrec de caure en un tipus de dissociació personal i familiar, sovint amb influències negatives en el seu desenvolupament. Casar-se i deixar la fàbrica fou sentit per moltes obreres com una aspiració lògica i legítima abans dels anys vuitanta, sense acabar de percebre com una decisió com aquesta implicava un assentament en l'excissió de rols que, anys després, amb l'atur, la independència dels fills, malalties o crisis familiars greus, es revelarà com una decisió no mancada de repercussions sobre les descompensacions psicopatològiques de la dona immigrant.

Un resultat constatat repetidament consisteix en el fet, per exemple, que les dones immigrants de classe treballadora dominen el català menys que els homes (Solé, 1982, 1985), tot i que segons que ascendim en la classe social el coneixen amb més proporció que no ells i el necessiten més en el lloc de feina.

Però també aquesta orientació "cap a l'afectiu" pot resultar una protecció de la integració en el cas de les dones immigrants: són més receptives que els homes a la necessitat d'entendre la llengua catalana com a element de cultura i educació, entre altres coses perquè això ajudarà els fills a trobar feina i a viure a Catalunya. Les dones immigrants se senten també més identificades amb els símbols, institucions i vida associativa de Catalunya que no els seus marits (Solé, 1982, 1985), cosa que significarà també una certa protecció contra les descompensacions psico(pato)lògiques (i, potser, més tendència a consultar-les que els homes: perquè hi ha més consciència de sofriment, més consciència de necessitat, més confiança en les institucions assistencials i més capacitat per contactar amb aquests aspectes de la pròpia vida emocional. Aquesta seria la hipòtesi "en negatiu" que explicaria la realitat de la major freqüentació mèdico-psicològica de les dones immigrants en relació amb els homes (Tizón

i col.ls, 1981, 1983, 1984, 1986, 1988...). Moltes dones immigrants, en particular, projecten en els fills la seva voluntat d'integrar-se (que, com ja hem dit, no és sinònim de "catalanitzar-se"), i volen per a ells les possibilitats de promoció i integració que elles han percebut en la seva terra d'adopció. Per això també desitgin tornar al lloc d'origen amb menys proporció que els homes, la qual cosa és, per ella mateixa, un índex d'adaptació (i d'integració personal), dada reiterada tant en els estudis de Carlota Solé (1982, 1985, 1986) com en els nostres propis, malgrat que aquests han estat realitzats amb immigrants que consulten per problemes psico(pato)lògics. Quan es tracta de ponderar els valors individuals, les dones immigrants posen l'èmfasi en les relacions personals, la vida quotidiana, l'experiència concreta de la convivència, etc, la qual cosa, un cop més, pot donar com a resultat una protecció contra les descompensacions psico(pato)lògiques més greus, dada que també hem pogut constatar tant en els nostres estudis empírics com en el nostre treball clínic amb immigrants. ^pPer terme mitjà, els diagnòstics que reben les dones immigrants que consulten són menys greus que els dels homes immigrants.

En l'enquesta realitzada el 1986 per Solé i col.laboradors, s'apunta clarament quins seran els resultats si tenim en compte que en una societat industrialitzada (¿"postindustrial?") com la catalana, el tipus d'activitat i la situació laboral estan estretament units al nivell d'estudis i la formació professional (i en aquest cas les diferències per sexe a la Catalunya actual són molt evidents). La gran majoria de dones immigrants que actualment viuen i treballen aquí només tenen els estudis primaris, mentre que la meitat de les autòctones completà almenys l'escola primària (67 i 51 per cent, respectivament). Fins un 8 per cent de les immigrades a Catalunya no tingué ocasió d'anar a l'escola. En conjunt, els homes compten amb un nivell d'instrucció més elevat que les dones; el conjunt dels au-

tòctons, més alt que la població immigrada... (Solé i col.ls., 1986).

D'altra banda, la situació d'atur generalitzat, "treball negre" i economia "submergida" un cop més s'acarnissarà més en els immigrants i, atesos els elements de nivell d'instrucció que hem assenyalat més amunt, en les dones. També són les dones immigrades les més desprotegides, amb la qual cosa la seva elaboració del procés migratori, tant a nivell sòcio-cultural com psicològic, es veurà molt dificultada. Fins a un 36 per cent de les dones immigrants treballadores no estan donades d'alta a la Seguretat Social, enfront d'un 24 per cent de dones autòctones. Considerant les xifres de no cotització a la Seguretat Social per treballs a compte d'altri com un bon indicador del fenomen de l'anomenada "economia submergida", en l'enquesta del 1983 Solé i col.ls. troba que aquest tipus d'activitat laboral, clarament més desprotegida i dificultada, afecta més les dones que els homes, precisament en funció del tipus de feina que acostumen a realitzar (tèxtil, treball domèstic, etc) i la facilitat, més gran o més petita, d'encobrir el treball assalariat segons quin sigui el tipus d'activitat laboral.

Això no obstant, de la capacitat d'elaboració i dels desigs d'integrar-se dels immigrants són prou explícites les respostes a la mateixa enquesta, quan un terç de les dones immigrants declara que necessita entendre el català en el seu lloc de treball contra un 60 per cent que diu que no el necessita, mentre que el doble de dones que d'homes immigrants en situació laboral activa expressen la necessitat de saber parlar el català.

Aquest conjunt de factors, en entrecreuar-se i encadenar-se, expliquen per què en els llocs d'arribada on hi ha almenys uns mínims serveis sanitaris públics, aquests es veuen sovint desbordats per l'enorme afluència de pacients entre els quals predomina clarament el sexe femení, realitat que ha pogut ser constatada en els més di-

versos medis i institucions. Per exemple, els estudis realitzats en el cinturó industrial de Barcelona o en la metròpolis barcelonina (Bonet i col.ls., 1984; Farrés i Villalbí, 1984; García-Pascual i col.ls., 1986; Tizón, 1973, 1974; Tizón, Bermejo, Garre, 1981) són congruents en relació amb aquesta dada: el 62% dels consultants crònics o habituals en les consultes de metges de capçalera són dones de les dècades dels 30 als 50 anys. Entre les dones que consulten els metges de capçalera de l'INSALUD amb problemes psico(pato)lògics i les que consulten per problemes que són catalogats de "funcionals", el 66% són dones. Això fa que el 19,4% de la consulta total d'un metge de capçalera de l'INSALUD en el nostre medi estigui formada per dones immigrants d'aqueixa edat (Tizón, 1982).

La dada es torna a repetir en les consultes públiques d'especialitats amb més fonament "psico-somàtic", freqüentades, pel seu caràcter públic, fonamentalment per immigrants: en una consulta de reumatologia d'un hospital general, Freixas i Tizón (1979) hem trobat que un 78,6% dels consultants eren de sexe femení, a més immigrants la majoria, dada que coincideix amb les trobades en altres estudis internacionals (Friessem, 1975; Bourgeois, 1977).

En altres camps del treball sanitari, estudis realitzats a Torí, referits així mateix a immigrants procedents de trasplantacions "interiors" (des del migdia italià), apuntaven fins i tot una incidència més elevada de psicosis en les dones dels immigrants (Carta, Fava, Menin, 1975). En estudis realitzats en medis similars, com poden ser les consultes de Neuropsiquiatria de Zona de l'Institut Nacional de la Salut en el cinturó industrial de Barcelona, Tizón, Bermejo i Garre (1981) trobaren que el 86% dels consultants eren immigrants (la qual cosa ultrapassa àmpliament el percentatge d'immigrants de les pròpies zones en què es realitzà l'estudi). D'aquests consultants psiquiàtrics les característiques dels quals són descrites en els treballs esmen-

tats, més del 60% pertanyen al sexe femení. Una vegada més el percentatge augmenta en el cas de dades referides als pacients més "crònics" o "habituals" d'aquestes consultes. La conseqüència general més demostrativa és que en aquestes consultes el 51,6% del seu volum és compost per dones (adultes) immigrants.

Tot això en el cas que la dona emigri juntament amb la parella o marit. La situació de la dona de l'emigrant que roman en el lloc d'origen és diferent, sovint amb llurs relacions personals fonamentals trencades, havent de fer front, moltes vegades sola, a totes les ansietats derivades del desenvolupament dels fills, havent d'atendre en solitari o quasi en solitari tot el canemàs de relacions familiars; amb un contacte amb l'emigrant que sovint es redueix a una carta de tant en tant, cada vegada més escassa, lacònica i/o amargada i a les partides mensuals de diners... Tota aquesta situació configura el que en alguns casos s'ha designat com "vídues de vius" (Rodríguez, 1978, 1982). Segons la nostra experiència i la dels autors que han estudiat per exemple la situació de les esposes dels emigrants de Galícia (Rodríguez, 1978, 1982), aquest estat és sovint més psicogenèticament pertorbador que la mateixa situació de viduetat, clarament relacionada amb descompensacions psicopatològiques, com ha estat mostrat en reiterades ocasions (cf., per exemple, Muñoz, 1981).

Edat i migració

Aquest punt serà tractat més extensament en l'apartat dedicat a la relació entre les migracions i la infantesa i l'adolescència, tema que actualment és una de les preocupacions clíniques i d'investigació fonamentals del nostre equip. Però com a introducció al tema i per situar algunes indicacions que, possiblement, aniran repartides al llarg del text, direm que les conseqüències (psicològiques) de la migració són diferents segons l'edat en què aquesta es

realitzi. Les conseqüències de la migració en els infants dependran de l'acollida del medi a nivell sòcio-cultural i, sobretot, del període d'assentament i adaptació: particularment, de les dificultats que es produeixin en aquests períodes i de com les suporten els pares. Si aquestes són molt intenses, segons la nostra opinió l'efecte de la migració no és sinó una disminució de la capacitat de contenció ^(per part) de la mare i el pare de la Unitat Originària (Abelló i Pérez Sánchez, 1984) amb les dificultats per al desenvolupament psicològic que aquesta situació, si és crònica, comporta. Això si l'infant emigra amb els pares. Si no ho fa, si roman en el lloc d'origen, per exemple amb altres familiars, el més freqüent és que s'instal·li una de les típiques situacions de deprivació i/o manca afectiva, típicament estudiades per Spitz (1965) o, en el cas concret de la migració, recollides per Bowlby (1968, 1969, 1980) i, per al cas gallec, ressenyades per exemple per Rodríguez i col.ls. (1967, 1979, 1982). Solament la qualitat de les atencions afectives substitutives podran salvar aquest nen d'importants perturbacions, almenys en les seves capacitats de simbolització (que es manifestaran en dificultats escolars) i, a més, en el seu desenvolupament psicomotriu (pertorbacions que es podran expressar a través de quasi tot el ventall de la psicopatologia infantil).

En el cas de la migració d'adolescents, els seus efectes sobre l'adolescent dependran, com insistirem més endavant, de les seves experiències vitals anteriors i, per tant, del grau d'integració de la seva personalitat en germen. Si els punts de desequilibri, fractura o immaduresa són importants, la migració pot suposar un desencadenant de manifestacions psicopatològiques que s'expressaran bé a nivell de relació o fins i tot a nivell social, mitjançant conductes desadaptades, delinqüencials o "sociopàtiques", per exemple. La situació de l'adolescent català fill d'immigrants ha estat estudia-

da concretament per un subequip del nostre col·lectiu (Salamero i col·ls., 1987) i, esquematitzant molt, no sembla que es pugui considerar com un factor de risc per a la salut (mental) d'aquest adolescent... Ara bé: això només es pot afirmar dels mitjans i mostres considerats: classe mitjana i mitjana-baixa, adolescents femenines, estudiants...

Contràriament, les migracions en la tercera edat han de ser considerades com un factor de risc important, tal com anirem descrivint al llarg d'aquest llibre. En l'anomenada tercera edat, les capacitats d'adaptació, tant a nivell biològic com psicològic i social, han disminuït de forma important. Sotmetre una persona d'aqueixa edat a les pressions i els processos conflictius que, almenys a nivell psicològic, suposa sempre la migració, és sotmetre una persona amb vulnerabilitats clares a un risc de descompensació (psicològica i psicossocial) augmentat. El resultat és l'aparició de manifestacions psicopatològiques, més o menys larvades i cròniques.

Els que treballem en l'assistència pública a Catalunya, estem acostumats a trobar-nos a la consulta amb ancians la demència incipient o depressió dels quals s'han desenvolupat amb una rapidesa especialment intensa o greu... Sovint, una investigació succinta de llur situació social revela una immigració recent: el cònjuge morí, allà en el poble. Quedaren sols i han hagut de venir a viure amb els fills, o bé aquests els "han portat a Barcelona per estar més segurs, perquè no podien continuar vivint sols allà al poble, amb les seves xacres i amb tanta poca gent i mitjans" ... I als pocs mesos d'estar aquí, a Catalunya, l'ancià/na comença amb les seves rareses, les seves amnèsies, o les seves manifestacions obertes de depressió...

L'adaptació és encara més difícil si, a més de l'emigració en una edat que fa difícil elaborar-la, se sobreafegeixen les "migracions periòdiques" de la casa d'un fill

a la d'un altre, per causes que van des de les econòmiques fins les de la pròpia patologia de l'ancià (que el fa tan "inaguantable"). Habitualment s'ignoren o desconeixen les repercussions negatives per a la salut i la salut (mental) que té aquesta pràctica --per altra banda freqüent entre els immigrants a Catalunya-- sobre les persones de la tercera edat: així, es veuen sotmeses, a més a més d'un desarrelament psicosocial típic de la migració, a un canvi d'ambient i coordenades de relació cada un, dos o quatre mesos... I això amb les seves capacitats biopsicosocials possiblement ja disminuïdes per l'edat...

La situació és també arriscada, des del punt de vista psico(pato)lògic, en la "migració de retorn", especialment si, com acostuma a ser freqüent, té lloc precisament en aquesta "tercera edat". Els estudis d'Odegard (1945, 1960), amb tota la seva finor metodològica, són clars al respecte i han estat duplicats en prou ocasions per considerar aqueixa "migració de retorn en la tercera edat" com un factor especial de risc psicopatològic. Les figures de l'"indià" desarrelat novament en la seva terra de partida, o la de molts immigrants que, amb el retorn, "malgrat que tenien el seu petit negoci i tenien de tot, els anà malament", són estampes típiques dels pobles i ciutats peninsulars... Amb una conseqüència (de vegades, causa) sovint dramàtica d'aquesta psico(pato)logia per descompensació: que sovint aquest "petit negoci endegat a la seva terra amb tots els esforços i estalvis" (moltes vegades un bar), comença a anar-los malament...

Sobre les relacions edat-migració-psicopatologia, la nostra impressió actual, que prové tant del nostre treball clínic com dels darrers estudis empírics (1987, 1988), és que els resultats psicopatològics de la migració assalariada a Catalunya, en la mesura en què fou molt poc ajudada i assistida, tendeixen a aparèixer, tard o d'hora, en un percentatge important d'immigrants. Aquest percentatge és dif-

cil d'avaluar, però utilitzant estudis propis (1984, 1986, 1987, 1988) podríem xifrar-lo en almenys el 5 per cent d'aquests immigrants. Tanmateix, una dada clara és que el nombre de consultants immigrants en els serveis públics d'atenció primària i neuropsiquiatria augmenta amb l'edat de forma estadísticament significativa, tant en relació amb edats més joves com en relació amb els autòctons, almenys en els barris barcelonins investigats per nosaltres (Tizón, Salamero i cols. 1988). I no hem d'oblidar la relació entre les "onades migratòries" i aquest augment de la consulta en atenció primària, que possiblement sobrecarregarà durant uns anys aquests serveis en els casos dels barris que reberen contingents importants d'immigrants de la quarta i cinquena onades d'aquesta migració cap a Catalunya.

Personalitat i migració

Malauradament, no hem trobat estudis empírics mínimament fiables que es refereixin a les variables més directament psicològiques, com ara la "personalitat de l'immigrant" i, tot i que el sexe nosaltres el considerem més una variable antropològica que no psicològica (i que no comporta forçosament diferències d'aquest darrer tipus), hem pensat que la variable personalitat hauria de figurar dins aquesta primera sèrie de variables "antropològiques". S'entén fàcilment la inexistència d'aquests estudis: exigirien exàmens previs de la personalitat del futur emigrant. Com que això implicaria una preocupació, almenys científica, per la migració i les seves repercussions sanitàries, preocupació que en els seus aspectes positius (i no merament com a entrebanc per a emigrar) s'ha donat en casos comptats, per això la dificultat per realitzar correlacions i estudis entre les descompensacions psicopatològiques de l'immigrant i la seva personalitat prèvia a la immigració.

Parlant en termes generals, Grinberg i Grinberg (1984) recorden que els individus es poden classificar, en allò que es refereix

a llur tendència a la migració, en dues grans categories: els que necessiten sobretot nous ambients i relacions i els que, al contrari, tendeixen^a a estar sempre en contacte amb persones, llocs i relacions coneguts. Força anys abans, Balint (1959), un psicoanalista hongarès fincat a Londres, havia encunyat dos termes, filobactisme i ocnofília per referir-se a aqueixes dues tendències oposades: cap a la recerca, les noves experiències, les noves relacions (ocnofília) i, al contrari, aferrar-se a la cosa segura, estable, coneguda (filobactisme). En el cas de la migració, els individus filobàctics serien els més aferrats als seus llocs d'origen: difícilment els abandonaran, excepte en circumstàncies molt peremptòries. En canvi, els ocnofílics (d'ocnos "rar o estrany") seran més proclius a emigrar cap a nous horitzons, experiències, relacions... Tal com recorden els Grinberg (1984), busquen situacions que acompleixin tres condicions fonamentals: 1) una fita; 2) que impliqui un cert risc, però que 3) permeti accions voluntàries per exposar-se a aquests riscos i l'expectativa (de vegades omnipotent) de vèncer el perill.

Ho designem com ho designem, sembla inqüestionable que en totes les migracions de massa es poden trobar les dues tendències. En els casos més dramàtics, com l'holocaust dels jueus a mans dels nazis a^o Centreuropa, abans i durant la Segona Guerra Mundial, o bé en les fams d'Irlanda del segle passat, algunes de les víctimes, indubtablement, ho foren perquè no se n'anaren a temps, pels seus temors cap al canvi, la cosa nova, i per la seva exagerada necessitat d'aferrar-se al conegut. Inversament, altres emigrants es destrueixen psicosocialment o fins i tot psicobiològicament en llur recerca compulsiva i poc controlada d'experiències noves, que els porta a participar en migracions que, en el seu cas, no estan mínimament planificades, ni dominades per expectatives realistes. Això es pot observar amb una freqüència relativa en molts dels participants en les

anomenades migracions econòmiques o "voluntàries".

Hi ha, evidentment, altres característiques de la personalitat que influeixen en el procés migratori. Per exemple, hi ha autors que sostenen que la tendència a emigrar és més gran en les personalitats esquizoides, aquelles la relació dels quals amb els altres és freda, controlada, distant (aparentment) sense ^{afectes} afectes... Sembla que no tenen sentiments d'"arrelament" a res ni a ningú, cosa per la qual és més fàcil que emigrin (i que emigrin de manera poc realista)... Les seves descompensacions psicopatològiques, segons la nostra experiència clínica, sembla que també són més freqüents... I més cròniques i complexes: el tipus de depressió que es dona en un individu amb un trastorn de personalitat esquizoide és sempre larvat, marcat per "equivalents", sovint crònic o subagut, poc identificable, i el portarà, probablement, a la cronificació medicalitzada a través de la mala assistència del trastorn per somatització que acostumen a exhibir en primer pla. (Tizón, 1984, 1987; Tizón i col.ls., 1978, 1984, 1986.)

Altres autors, i entre ells els Grinberg (1984), apunten que les personalitats paranoides i insegures, possiblement pertanyeran al grup dels ocnofílics, almenys quant a la migració es refereix: davant els seus temors de persecució buscaran repetidament nous llocs, situacions, terres, empreses, etc que considerin "més segurs".

Un altre factor de mal pronòstic en les migracions són trets ~~mal desenvolupats~~ ^{ansiosos} de dependència o ~~mal desenvolupats~~ (Bowlby, 1968, 1969) marcats o, més encara, l'existència d'un trastorn de personalitat dependent (APA, 1980). Si una persona tan patològicament dependent emigra, acostuma a ser pels seus lligams o vincles amb alguna figura que li fa de "protector" o "crossa" en aquest aspecte (i, possiblement, en molts altres). Difícilment per això podrà posseir l'autonomia psicològica suficient (un dels aspectes fonamentals de la salut mental) com per elaborar creativament el procés migratori. Segons la nostra experièn-

cia clínica, el més freqüent és que aquestes persones augmentin la seva "dependència" o "~~ansiosa~~^{vinculació} ansiosa" després de l'emigració, amb unes i altres figures, objectes o persones... Fins que els fracassos o "desenganys" successius les sumen en una situació "depressiva crònica" o "subdepressiva" que, segons la nostra perspectiva, acostuma a manifestar-se per un "trastorn per somatització" o un "trastorn distímic". Com a immigrants que són, acudeixen als dispositius públics amb aquestes queixes, especialment al metge de capçalera i al "neuropsiquiatre de Zona", els quals, per manca de temps, mitjans, tècniques i, per què no dir-ho, de coneixements, tendeixen a... cronificar el quadre (la cronificació medicalitzada a què ja alludíem abans i que hem estudiat anteriorment a Tizón i col.ls., 1978, 1981, 1984, 1986, 1988 o Tizón, 1974, 1977, 1978, 1984, i resumit i recapitulat a Tizón, 1987).

En el mateix sentit, és fàcil entendre com la passivitat, com a tret de personalitat, comporta un mal pronòstic per a l'elaboració del dol migratori... Però, en general, qualsevol trastorn de personalitat (APA, 1980) implica aquest mal pronòstic: les defenses psicològiques enfront l'ansietat, enfront l'stress són prou rígides i desadaptatives perquè l'elaboració (psicosocial) d'un canvi tan important estigui sempre dificultada, en més o menys mesura. De manera que, en el millor dels casos, per sortir endavant en aquest procés migratori, l'esforç dedicat a l'adaptació haurà de ser molt intens, tot i que la integració futura sigui més que incerta...

Un exemple manllevat de Calvo (1972) podria il·lustrar adequadament aquest subapartat. Es tracta d'una "dona de 30 anys, casada". Té una filla de tres anys. Va néixer a un poble de Jaén i viu en un altre de la comarca de Vic de fa cinc anys. En el seu domicili viuen també la sogra, dos germans i un cunyat, tots ells solters. Ella es dedica únicament als treballs domèstics.

Explica que es troba malalta des que vingué a Catalunya o, aclareix, des que quedà embarassada de l'únic fill que té. Tot començà amb vòmits, mareigs i malestar general. Després, un dolor abdominal que fou diagnosticat d'apendicitis, però ella no es volgué sotmetre a l'operació i la situació aguda passà. Més tard tingué una amenaça d'avortament i hagué de passar quinze dies al llit. La resta de l'embaràs ho continuà passant malament fins que es presentà un part difícil perquè, segons diu, "la mare era molt lluny i jo aquí, sola". Posteriorment han aparegut unes cefalees persistents, de vegades hemicranials, que no cedeixen amb els ergotamínics i que sembla que la posen de molt malhumor, sense ganes de parlar amb ningú quan té les crisis i la sensació de mareig augmenta, un mareig que no l'ha deixada des que començà amb motiu de l'embaràs. L'exploració neurològica, així com l'electroencefalograma, han donat resultats anodins.

Actualment, allò que l'afecta més són les cefalees susdites, i una "feblesa" que creu que és perquè té la pressió sanguínia molt baixa. A més, la sensació quasi constant de mareig.

De la seva manera de ser diu que ha canviat molt. De soltera, al poble, era alegre, mai no tingué cap malaltia i treballava de gust al camp o de minyona, però des que està malalta tot ha canviat, s'enfada amb facilitat, no té ganes de res, etc. Tampoc no té gaires esperances de guarir. Diu que les medicines no li serveixen per res,

És la més gran de sis germans, dels quals els tres que anaven darrere seu moriren quan eren infants. Els altres dos viuen actualment amb ella, però els pares continuen al lloc d'origen. Sempre havia viscut al poble, "sense separar-se dels pares". La seva terra li agrada molt i quan hi ha torna alguna vegada millora sensiblement. El mateix passa quan els pares vénen aquí: aleshores es troba molt més bé.

El motiu de venir ^{la Catalunya} fou que el promès ja residia aquí feia dos anys. Anà al poble per casar-se amb ella i se l'emportà. Els primers mesos de matrimoni anaven bé i no tenien problemes de salut, ni econòmics ni de casa.

Ara es recorda molt dels pares i de la seva terra, "on