



Arxiu històric FUNDACIÓ JAUME BOFILL

La migració com a factor de risc psico-social

Col·lectiu d'Investigacions Psicopatològiques i
Psicosociològiques (CIPP)

NOVEMBRE 1985

FUNDACIÓ
Fundació
JAUME
Jaume
BOFILL
Bofill



LA MIGRACIÓ COM A FACTOR DE RISC PSICO-SOCIAL I MÈDIC

J. TIZÓN, J. ATXOTEGUI, J. SAN JOSÉ,
F. SAINZ, N. PELLEGERO I M. SALAMERO*

* Els autors integren el Col·lectiu d'Investigacions Psicopatològiques i Psicosociològiques (CIPP) de la Fundació Vidal i Barraquer de Barcelona

Resum:

En aquest treball s'introdueix el tema de la migració a nivell sociològic per tal d'estudiar les influències que té sobre la salut (i, especialment, sobre els aspectes psicològics de la salut), tant en les poblacions com en individus concrets. Tot ell es realitza a través d'una triple investigació (clínica, bibliogràfica i estadística) a càrrec del col·lectiu d'autors i centrada en la migració assalariada a Catalunya a la segona meitat del segle XX.

Després d'una delimitació dels conceptes fonamentals, s'estudien breument les expressions psicològiques, psiquiàtriques, socio-culturals i biològiques del fet d'emigrar, definit com a *trasplantament psico-social*: quin tipus de trastorns mentals o somàtics afecta, quin tipus de canvis culturals ha promogut la migració a Catalunya, quines repercussions assistencials ha suposat, etc.

Es realitza una breu anàlisi de les variables que intervenen en aquesta relació complexa entre variables complexes (migració i salut) i, d'entre les hipòtesis explicatives de tal relació, es considera que la més important és la que entén el trasplantament com un *procés (psicosocial) de dol*.

Per fi, després d'explicar la importància de la *somatització* del dol migratori no elaborat, s'apunten algunes de les aplicacions assistencials que la sensibilització davant d'aquests problemes podria promoure.

Paraules clau:

Migració, Trasplantament, Integració, Salut, Salut (mental), Dol, Elaboració del dol, Factor de risc, Atenció Primària, Sistema profà, Sistema professionalitzat (d'assistència).

I. Introducció

La necessitat d'estudiar les repercussions de la migració sobre la salut mental i, en especial, la psicopatologia de l'emigrant, ha estat sentida fa més d'un segle.

La primera motivació neix de les observacions populars o científiques, que correlacionen els sofriments de la migració amb l'alienació, la psicopatologia o el sofriment mental. A la Península Ibèrica, per exemple, d'ençà el segle passat eren popularment coneguts els quadres psico(pato)lògics de l'*indiano*, la *morriña* de l'emigrant galleg, la *saudade* del portuguès, l'*enyorança* del català, les actuacions maniaques per a oblidar (baldament no es qualifiquessin amb aquest terme), etc.

Com diu Espiago en una interessant monografia (1982) divulgadora del tema de les migracions, els desplaçaments de grups humans d'unes zones a d'altres, amb canvis en els seus llocs de residència, són fenòmens comprovables des de les èpoques més remotes ja que l'home es féu sedentari només com a resultat del progressiu assentament de les comunitats itinerants de la prehistòria. Nomadismes, pelegrinatges, trànshumàncies, trasllats d'esclaus, èxodes de minores ètniques o religioses, colonitzacions, corrents de població relacionades amb el tràfic comercial i l'expansió cultural o política que toca l'imperialisme, a més de les fams cròniques de determinats territoris, són bàsics per a explicar-se l'actual poblament de la Terra. Tots els continents han sofert aquest tipus de moviments massius, bé de manera pacífica o bé en forma de conquestes: siris, grecs, celtes, itàlics, gals, fenicis, romans, jueus, germànics, pobles bàltics i eslaus, hunns, àrabs, berbers, tribus africanes i americanes, etc., són exponents de la incidència i de la profusió de les migracions a l'Antiguitat i a l'Edat Mitjana.

Tanmateix, utilitzar el terme migracions referit a la prehistòria pot resultar, d'alguna manera, inexacte. Els canvis de lloc més importants es desenvoluparen en llarguíssims períodes de temps: no es tractava de ràpids i massius desplaçaments de poblacions senceres, sinó més aviat de la constant fluctuació de grups humans vers noves terres, en un procés que, tal i com assenyala Richards (1974), podia durar molts anys.

Aquesta mateixa autora apunta que fa uns trenta mil anys, a la darreria del plislocè, les distintes ètnies vivien aïllades les unes de les altres: els caucàsics a Europa i a l'Àsia occidental, els mongòlids a la Xina septentrional, els austràlids a la Xina sudoriental i els negroides a l'Àfrica. Partint d'aquestes zones geogràfiques es produeixen constants moviments de grups humans, que provoquen l'actual situació. Els grups caucàsics emigraren fa deu mil anys cap al nord d'Àfrica (originant el poble berber) i cap a l'Àsia (contribuint a la constitució dels pobles indis). Els pobles mongòlids de la Xina comencen a expandir-se vers Amèrica creuant l'estret de Bering fa uns vint-i-cinc mil anys. D'altra banda, els pobles bantús s'expandeixen vers tota l'Àfrica subsahariana al voltant de l'any mil abans de Crist, és a dir, ja en plena època històrica de la cultura mediterrània.

Fins a l'Edat Moderna i, sobretot, fins al segle XVIII, no apareix el fenomen migratori en la seva forma actual. Autors com Espiago (1982) i Cardelús i Pascual (1979) coincideixen, assenyalant un fet summament rellevant pel que fa al cas: no es produeix una migració de persones si no es produeix prèviament una migració o concentració de capitals, una acumulació originària del capital (Sweezy, 1946). Hom podria citar, com un antecedent d'aquests moviments migratoris propis de l'Edat contemporània, les migracions a les ciutats, les colonitzacions agrícoles i el repoblament de territoris; les migracions de conquesta, els moviments estacionals i els microdesplaçaments d'algunes societats més sedentàries que les actuals.

No obstant això, s'ha de tenir en compte, a més a més, que l'emigració com a fenomen sociològic s'enquadra dins el concepte més ampli de *mobilitat*, en el qual hem de distingir *mobilitat física* de *mobilitat social*. La darrera es refereix al canvi d'estatus

social d'una persona o d'un grup. La *mobilitat física* o emigració és, d'antuvi, el moviment geogràfic de persones. Aquesta mobilitat «horitzontal» s'acompanya normalment de «mobilitat vertical», és a dir, de canvis de l'estatus econòmic i/o de les relacions mantingudes amb els medis de producció i, probablement, d'una *mobilitat cultural*, en el sentit d'un canvi més o menys acusat en les pautes culturals de l'emigrant (i els autòctons).

Conseqüentment amb tot el que hem exposat, els tipus o modes de migracions són summament variats i les classificacions d'aquestes també ho són. Així, segons el temps que duri la migració es pot classificar en estacional, temporal, temporal reiterada, d'alguns anys o indefinida; segons el lloc, en migracions interiors (en un mateix Estat) o migracions exteriors; segons el *mode de vida*, en migracions del medi rural a l'urbà o al metropolità o viceversa...; també segons les necessitats i demandes professionals, segons l'edat dels emigrants, segons el grau de llibertat (migracions de deportats, de refugiats o d'exiliats i migracions «voluntàries», etc.). L'emigració «voluntària» sol tenir com a mòbil o motivació fonamental raons econòmiques: a aquesta ens hem referit en el nostre estudi, ja que es tracta de la que ha afectat de manera profunda la població de l'estat espanyol al llarg del segle XX. En aquest tipus de migracions, el més important serà les relacions establertes entre els emigrants i els autòctons amb els medis de producció. Així, els immigrants es podrien classificar en un dels següents grups:

1) persones no assalariades en el seu lloc d'origen, les quals s'instal·len com a no assalariades (industrials, financers, rendistes...) en el lloc de recepció.

2) persones no assalariades (camperols, artesans...) que s'instal·len com a assalariats.

3) persones assalariades que s'instal·len com a no assalariades (emigrants que retornen, per exemple), i

4) persones assalariades en el lloc d'origen que s'instal·len com a assalariats en el lloc receptor (funcionaris, tècnics, quadres superiors, obrers...).

Dins aquest ampli panorama, el nostre estudi s'ha centrat en l'anàlisi de les relacions entre les migracions i la salut (mental) (Tizón, 1982a) o entre les migracions i la psicopatologia en el cas de les migracions «voluntàries» d'assalariats; més concretament, de les migracions cap a Catalunya durant el segle XX de persones que s'instal·laren aquí fonamentalment com a assalariats (obrers, funcionaris, administratius...).

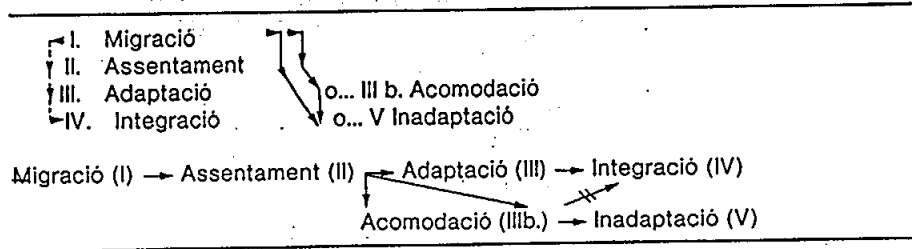
El nostre estudi, que ha partit del coneixement clínic quotidià de tals situacions, ha consistit fonamentalment en una àmplia revisió de la bibliografia internacional sobre el tema i en un estudi empíric amb algunes mostres de migrants i no migrants de la Catalunya actual.

Hi ha una sèrie de conceptes que voldríem aclarir aquí. De primer, creiem que s'ha de diferenciar el terme *migració*, referit a un canvi geogràfic —*mobilitat horitzontal*— en esguard de la *mobilitat vertical*, que pot comportar o no un augment o disminució de l'estatus socio-econòmic. La migració es refereix al canvi geogràfic que un subjecte realitza amb la consegüent separació del seu lloc d'origen per anar en un altre de nou. Aquest concepte queda matisat i ampliat pel de *trasplantament*, que remarca el fet que la migració suposa la continuació del desenvolupament de l'individu en un medi nou i diferent. La pèrdua i desvinculació que suposa pel trasplantat deixar el lloc d'origen es denomina *desarrelament*. Aquest disminueix a mida que es va produint l'*assentament*, que per a alguns es sinònim d'adaptació i per altres (nosaltres entre ells) es tracta del període, habitualment curt, que va des que el subjecte arriba

al país receptor fins que resol els mínims problemes de subsistència. Per a poder parlar d'adaptació és necessari que s'hagin produït uns canvis personals en el trasplantat i també en la comunitat receptora, tenint coneixement i acceptació mútua d'això. Si el que es produeix és una acceptació mínima de la cultura del país receptor per part del trasplantat, sense desitjar incorporar-la, però amb la finalitat de no entrar en conflicte amb ella, ens referirem llavors a l'acomodació, la qual es diferencia de la *inadaptació*, ja que en la primera el conflicte amb la comunitat receptora és el menys perceptible possible.

A partir de l'adaptació és possible d'arribar a la integració, entesa com un concepte més psicològic que sociològic: es tracta del procés d'incorporació de la nova cultura fins que és sentida com a pròpia, a partir de l'acceptació i l'interès per aquesta. En cas que la integració no es produeixi, tard o d'hora apareixeran mostres d'*inadaptació*. (Taula I).

TAULA 1. Períodes existents en el procés de trasplantament.



Els estudis consultats sobre el tema exhibeixen resultats distints i contradictoris entre ells. Les primeres anàlisis sobre pacients ingressats en hospitals psiquiàtrics, mostraven una més gran quantitat d'immigrants que d'autòctons; així, White (a Berner, 1967) a Toronto (Canadà) afirma que un 50 % dels hospitalitzats eren immigrants. Malzberg assenyalà l'any 1936 que la proporció d'immigrants és de dues a tres vegades superior a la d'autòctons. Estudis realitzats a l'Índia (Bagadia i col·labs.) i a l'Iran (Brimani, 1968) ens mostren semblants resultats. Lazarus i col·labs. (1963, 1966) matisen una mica més totes aquestes dades dient que, considerats els trastorns mentals en conjunt, no s'aprecien diferències en la taxa d'internament, però que en considerar l'esquizofrènia de forma aïllada sí que s'adverteixen, essent més gran el nombre d'immigrants, resultats que perden fiabilitat en d'altres estudis (Jaco, 1960).

Tot això ha fet pensar que l'hospital psiquiàtric no era el lloc més adequat per a calibrar el sofriment per la situació de trasplantament i que s'hauria d'atendre més aviat a l'assistència psiquiàtrica ambulatoria. Però es fa necessari tenir en compte una nova matisació: generalment, els emigrants consulten més el conjunt dels serveis socials i sanitaris, potser per la seva pèrdua i conflicte o tal vegada perquè no poden comptar tant amb el sistema «profà» d'ajut, molt més a l'abast dels autòctons.

Sembla necessari recórrer a d'altres mitjans de captació de la psico(patologia) de les relacions entre trasplantament i salut (mental). I això tant en l'estudi de la patologia de l'emigrant, on s'hauria de recórrer a l'estudi de la psicopatologia als dispo-

sitiu ambulatori, com en el que Bourgeois (1977) ha denominat «*psicopatologia sense psicopatòlegs*», és a dir, l'estudi dels sofriments psicològics ocasionats per la migració, el trasplantament... a les consultes de medicina i pediatria. Fins i tot hi ha autors com Calvo (1972) que han intentat estudiar aquests temes en emigrants que consulten els serveis sanitaris i socials (estudiant, en aquest cas, no llur patologia, somàtica o psicològica, sinó com han viscut les circumstàncies que precedeixen i segueixen el trasplantament).

2. L'expressió del conflicte migratori

Com es podia suposar, l'expressió d'un fenomen complex com és la migració, el trasplantament, esdevindrà també una expressió complexa i, en alguns casos, fins i tot bigarrada.

Amb la finalitat de revisar breument aquest apartat, direm que el conflicte (psicosocial) del trasplantament s'expressa i es pot observar:

- a) en l'emigrant o els emigrants.
- b) en els habitants del lloc receptor.
- c) en els que resten en el lloc d'origen, sense emigrar.

En qualsevol dels tres grups de població, la migració tindrà repercussions:

- 1. psicològiques i psiquiàtriques.
- 2. socials i socioculturals.
- 3. fins i tot, biològiques (Firessem, 1975).

Fins avui, els aspectes més estudiats del dol migratori han estat els aspectes a-1 i a-2 i, secundàriament b-2, és a dir, les repercussions socials, psicopatològiques i psiquiàtriques del trasplantament (sobre els trasplantats) i les influències de les migracions sobre les cultures autòctones. Mencionarem, si més no, algunes de les dades més conegudes:

De primer, hauriem de dir amb Melon i Timsit (1971), Berner (1967), Berner i Zapotoczky (1969) i molts d'altres autors, que hi ha una tríada que domina l'expressió psicopatològica de l'emigrant assalariat: *depressió*, *hipocondria*, *paranoia*. Pràcticament qualsevol quadre de descompensació psicològica vinculat al trasplantament presenta aquests elements, malgrat el quadre estigui dominat per un sol d'ells. Així per exemple, les síndromes depressives típiques del trasplantat estan molt matisades per intenses ansietats depressives i persecutòries barrejades entre elles (Klein, 1940, 1963; Calvo, 1972, 1977, Tizón, 1982a; Achard i Galeano, 1983) i per pors lligades al propi cos. Això explica la facilitat amb la qual aquestes síndromes depressives es medicalitzen i es transformen en les «síndromes depressives crònicament medicalitzades», estudiades per un de nosaltres en les consultes de Medicina de Capçalera i Neuropsiquiatria de l'INSALUD (Tizón, 1974, 1978a i Tizón, Bermejo, Garre, 1981a i b).

Quant a la cronologia d'aquests trastorns, sovint s'ha assenyalat la freqüència de quadres aguts entre els immigrants recents (Daumezon, 1965; Berner, 1965, 1966, 1967; Villa, 1961, 1962, 1963, 1965; Sizaret i Engel, 1975). Aquests quadres, freqüentment molt aparatosos, acostumen a tenir un pronòstic millor que els mateixos tipus de quadres en persones que no estan suportant un trasplantament d'aquestes característiques.

Berner (1967, 1969) proposa la següent classificació de les síndromes psicopatològiques lligades al trasplantament psicopsocial:

a) *Quadres aguts*: fonamentalment síndromes depressives agudes, síndromes delirants agudes i síndromes confuses-oníriques.

b) *Quadres crònics*: fonamentalment síndromes depressives de llarga durada (que solen esdevenir en la típica «síndrome depressiva crònicament medicalitzada»), síndromes delirants crònics (persecutòries i/o celotípiques sobretot) i canvis patològics de comportament, trastorns de personalitat, alcoholisme i d'altres toxicomanies, etc.

Nombrosos autors s'han ocupat de la cronologia de les manifestacions d'aquests trastorns (Bourgeois, 1977; Bastide, 1967; Berner, 1967, 1969...). En general s'admet una corba amb tres acmes en les descompensacions de l'emigrant. Així hi haurien:

a) *Crisis primàries*, que segueixen de prop un trasplantament realitzat en males condicions psico-socials o sense protecció psico-social adequada.

b) *Crisis secundàries*: apareixen després de l'assentament. L'immigrant ja ha trobat feina, té una vivenda, fins i tot sembla que s'hagi adaptat... Això no obstant, l'aparició d'un problema professional (fracàs social o laboral, atur...) o d'un accident o una malaltia pròpia o de la família, demostra que la seva adaptació era fràgil, potser una simple acomodació i s'ha esfondrat, generalment dos o tres anys després de la migració.

c) *Crisis terciàries*: en general, es presenten en subjectes en edat adulta, en la maduresa o en la senectut (Erikson, 1963), quan fa vuit, deu, quinze o més anys que immigraren. Solen estar facilitades per l'inici de la decadència biològica, psicològica o social, les quals fan pública una integració no suficientment elaborada. El resultat acostuma a ésser l'aparició de quadres hipocondriacs i ansiosos o fins i tot d'estats delirants.

Per fi, s'ha de recordar que l'alcoholisme o els trastorns sociopàtics de conducta poden complicar qualsevol de les tres fases i ésser l'expressió d'un trasplantament insuficientment elaborat des del punt de vista psicològic.

En general, exceptuant declarades complicacions psicòtiques, s'ha de saber que aquests pacients acudeixen més a l'assistència mèdica que a la psicològica i psiquiàtrica: solen presentar les seves queixes, ja somatitzades moltes vegades –i que, malauradament, es *medicalitzaran*– sobretot als metges de capçalera, pediatres o serveis d'urgències dels hospitals. Els nens, a l'assistència primària i a l'escola pública a través de problemes escolars, de parla, etc., i a les «aules d'educació especial».

Quant a manifestacions socials del conflicte, les ciutats –i cultures– d'al·luvió, els ghettos, les ciutats dormitori, la discriminació laboral, l'augment de la delinqüència juvenil, etc., són expressions d'aquests problemes. Segons nombrosos estudis sociològics (Bourgeois, 1977), hi ha una espècie de barrera o límit, superada la qual, els conflictes socials entre els immigrants i els autòctons són gairebé inevitables. Aquest límit acostuma a col·locar-se en el 10 %, malgrat que, al nostre entendre, depèn molt de la cojuntura socio-política i de les possibilitats d'actuació solidària dels immigrants i els autòctons, factor que, per exemple a Catalunya, a la segona meitat del segle XX, on els percentatges d'immigració són molt més alts ha evitat (de moment) conflictes rellevants entre immigrants i autòctons. Si el procés no hagués estat així, probablement una expressió psicopatològica seria la manifestació de trets i temes delirants entre els autòctons lligats als trasplantats com a perseguïdors o «bocs emissaris» i viceversa.

En l'aspecte cultural, els resultats de cada migració són summament variables (i molt influents en el terreny psico-social). Al nostre esguard, el procés resultant a la migració estudiada per nosaltres (*la migració assalariada a Catalunya a la segona meitat del segle XX*), ha comportat un resultat cultural substitutiu-additiu (Beals, 1968) amb elements deculturatius i creatius. És a dir: la mescla cultural resultant prové de la substitució de trets d'una cultura per els d'una altra (generalment, la substitució de trets de la cultura de l'immigrant per trets de la cultura dels autòctons) i de l'agregació a la cultura autòctona i d'origen (dels trets) de l'altra... El procés cultural s'està encara forjant, malgrat que, tanmateix, ja hi podem observar trets *deculturatius* (pèrdua d'elements de la cultura autòctona i de l'immigrant) i *creatius* (nous trets culturals davant noves situacions).

Però «els qui es queden», també pateixen: els resta un buit, una falta, una pèrdua, tant a nivell psicològic com sòcio-cultural. Això estimula profundes ambivalències envers els que han marxat i envers la migració, la terra i la cultura d'acollida (Calvo, 1972; Achard i Galeano, 1983; Rodríguez, 1978, 1979, 1982). S'han fet estudis, per exemple, amb fills de gallecs emigrants que, en general, mostren que, malgrat no existir en ells especificitat sintomàtica, exhibeixen clarament una autèntica «síndrome de carència afectiva» per «deprivació d'atencions afectives» (maternes, paternes o d'ambdós: Spitz, 1980; Bowlby 1968-69) o per «manca de contenció» (Bion, 1974; Bick, 1983; Winnicott, 1965): augment de l'ansietat, inquietud, pors, *queixes* de «mal de cap», raptés agressius, insomni...

A l'últim, hem de dir que, quan parlem de les expressions biològiques del conflicte migratori, ens referim a dades com les comprovades per Friessem (1975) i a Catalunya per Calvo (1972), tals com l'increment de la tendència de l'immigrant a contraure quadres banals (síndromes gripals o catarrals, sinusitis, síndromes doloroses diverses...), la major longitud de les seves baixes per malaltia, l'augment dels accidents laborals, la més llarga durada dels internaments hospitalaris somàtics o psiquiàtrics (i més en els casos que s'esdevenen en les «fases terciàries»), etc., etc., etc.

3. REPERCUSSIONS ASSISTENCIALS

Alguns dels elements anteriors ens han fet definir les migracions estudiades per nosaltres com un indubtable *factor de risc*, i en especial de *risc psicopatològic*: així com determinats costums i formes de vida afavoreixen el desenvolupament de malalties com l'ulcus gastroduodenal, els problemes circulatoris i reumàtics, l'infart de miocardi, etc., hem de començar a considerar que la migració és també un factor que pot coadjuvar, desencadenar o agreujar el desenvolupament de trastorns mentals, de descompensacions psicopatològiques. Però un factor de risc no és el mateix que un factor causal, que una causació mecànica: sols actua de forma determinant si s'hi ajunta una altra sèrie de «concauses» dins una específica estructura causal. Per exemple, tot trasplantament implica una sèrie de reajustaments de l'equilibri que anomenem *salut*, una part indivisible del qual és la *salut mental*: per això el parèntesi, per a recalcar la indivisibilitat del concepte –i el sentiment– de *salut* (Tizón, 1982a). Si tal situació difícil ocorre sobre una base d'alta vulnerabilitat personal, familiar o social, pot crear-se un marc biopsico-social que afavoreix la descompensació o trastorn mental amb una probabilitat bastant coneguda avui. I fins i tot és possible aventurar quin tipus de trastorns psicopatològics (o somàtics) és més probable que mani-

festi aquesta persona, atès el nostre coneixement actual del tema. D'ací la importància de conèixer les variables que intervenen i que poden significar una major vulnerabilitat d'un emigrant o d'un grup d'ells.

Sabem per exemple com el fet d'haver nascut i crescut en el si d'una família emocionalment desunida predisposa o afavoreix aquest tipus de descompensacions després de la migració (Berner, 1967; Kuprinski, Schafchter i Cade, 1965; Kuprinski, Stoller, Wallace, 1973; Ødegaard, 1945), que les persones que abans ja han patit descompensacions psico(pato)lògiques o socials tenen més risc de descompensar-se després del trasplantament (Morgan i Andrusko, 1977), que els trasplantaments en edats madures o a la «tercera edat» són més arriscats des del punt de vista psicopatològic així com les migracions de retorn (Ødegaard, 1960)... Sabem també com, encara que no s'hagin donat aquestes circumstàncies, les possibilitats d'integració personal i relació social de l'immigrant en el futur poden protegir-se mitjançant una sèrie de dispositius i de cura, no excessivament complexos o costosos, a més de com una millora global de la qualitat i capacitats de *contenció* (Winnicott, 1960, 1965; Bion, 1963) dels serveis socials i sanitaris, etc. Sabem també quelcom de com una atenció inadequada i insuficient a aquests problemes, units al desastre en què s'ha trobat i encara es troba l'assistència sanitària primària (i més encara l'assistència primària a la salut mental) ha generat i està generant sofriments i costos possiblement no esperats. Per exemple la massiva aflluència a les escasses consultes de la psiquiatria pública —de l'estat actual del qual de «vergonya nacional» i degradació hem escrit anteriorment (Tizón, Bermejo, Garre, 1981a, i b.; Tizón, Diaz, Marcos, 1983a i b). També és ja conegut com el tipus d'atencions que aquests dispositius proporcionen sovint serveixen per a cronificar i medicalitzar els aspectes de frustració, dolor o sofriment inseparables a quasi totes les migracions prolongades o de difícil retorn... Sabem per exemple que un lloc privilegiat de la demanda dels immigrants, atesa la situació de desatenció i desamparança en què se'ls ha fet emigrar és... la consulta mèdica i pediàtrica de l'INSALUD (i els seus homòlegs autonòmics). A falta d'estudis detallats d'aquestes consultes, la taula 2 pot proporcionar una idea de la freqüentació desproporcionada dels immigrants a les consultes de Neuropsiquiatria de Zona respecte a la proporció immigrants/autòctons.

Una de les conseqüències del desconeixement de la relació entre trasplantament i salut (mental) així com del desastre assistencial de l'assistència primària (mèdica i psico-social) és que les atencions que els esmentats dispositius proporcionen molt sovint serveixen per a cronificar i medicalitzar els aspectes de frustració, dolor o sofriment inseparables d'aquestes migracions, més que ajudar a elaborar-los.

En el cas del sistema sanitari, aquest tipus «d'atenció» contribueix d'una manera rellevant a l'extensió de la *somatització* com a mecanisme de defensa tant dels consultants com dels equips consultats: la tendència a viure ansietats referides al cos que resulta excessivament dolorós mentalitzar o simbolitzar. Des del punt de vista sanitari, com hem dit, això pot portar a la medicalització abusiva, a la iatrogènia i a la sensació generalitzada per part del consultant de no ésser ben atès. En els equips sanitaris, a la sensació d'impotència professional i personal i a malgastaments sanitaris per la reiteració d'exploracions i medicacions innecessàries i fins i tot nocives (Tizón, Bermejo, Garre, 1981a i b; Tizón, 1978 a).

Tot això porta a situacions que un de nosaltres ha anomenat de «cronificació medicalitzada» en què, a la cronificació pròpia de tot trastorn psiquiàtric i a la cronificació pròpia d'haver estat mal atès s'afegeixen la somatització exacerbada dels sofriments, que dificulten encara més la percepció i el tractament del problema, per la

TAULA 2. *Composició de la població general i de la potencialment «atesa» als diversos dispositius públics investigats.*

Consultes de		Autòctons	Immigrants	(+) z p	
Neuropsiquiatria de Zona Sabadell (1980)	Població General:	55,7 %	44,3 %	8,019	0,001
	Consultants:	14 %	86 %		
Neuropsiquiatria de Zona Mollet (1980)	Població General:	49,7 %	50,3 %	6,340	0,001
	Consultants:	18 %	82 %		
Neuropsiquiatria de Zona Martorell (1980)	Població General:	59,7 %	40,3 %	4,850	0,001
	Consultants:	20 %	80 %		
Neuropsiquiatria de Zona Sant Martí de Provençals (1980)*	Població General:	55,4 %	44,6 %	0,969	n.s.
	Consultants:	49,2 %	50,8 %		
Unitat Terapèutica d'Hospitalització Sectoritzada del «Baix Llobregat» (1er. trimestre 1983)	Població General:	55 %	45 %	5,888	0,001
	Internats:	10,3 %	89,7 %		

(*): Immigració més antiga i, probablement menys d'«al·luvió».

(+): Prova bilateral de comparació d'una proporció observada a una de teòrica.

dificultat de descontextualitzar els missatges que el pacient proporciona al seu metge (Balint, 1968).

Un altre punt dels serveis socials on repercuteixen els problemes relacionats amb el trasplantament de grans grups de població, com el que nosaltres hem estudiat, és el *sistema educatiu*: en les institucions pedagògiques és sobrerament coneguda la relativament alta incidència de desadaptació i fracàs escolar que presenten els fills d'immigrants (i d'emigrants)... Aquest tipus de repercussions, més freqüents en les immigracions d'«al·luvió» i més desprotegides, apareixen també en els *serveis d'assistència social*, on durant anys es mostraren situacions extremes en el sentit que venim comentant o en el sentit de marginació i situacions limit des del punt de vista psico-social. La falta d'una correcta atenció social i psicopedagògica ha contribuït també a agreujar moltes situacions que, en cas contrari haurien resultat fàcilment solucionables. Les repercussions negatives del trasplantament en els fills d'immigrants gallecs han estat estudiades per exemple per Rodríguez (1978, 1979 i 1982) i es corroboren àmpliament amb l'augment de trastorns de llenguatge i retards escolars en les migracions estudiades per nosaltres.

Com deïem, en el cas de l'última onada migratòria, les condicions de la migració, les situacions personals i familiars, la inexistència de serveis socials d'acolliment i la improvisació absoluta amb què se'ls rebé, són clars índexs demostratius dels grans sofriments que afrontà la població i que avui és encara comprovable pels treballa-

dors dels serveis socials en les nostres consultes de cada dia si en som sensibilitzats (taula 2). I aquestes lamentables condicions es poden repetir novament en el cas de la migració que apunta actualment: la del «retorn», provocada per l'atur i la crisi de l'actual sistema econòmic-social. Però amb l'aggravant que tant la nostra experiència clínica com la investigació internacional i la realitzada per nosaltres mostren clarament que el risc de descompensació psicopatològica és molt més gran en aquest tipus de migracions «de retorn», sobretot en les condicions socials abans apuntades (Ødegaard, Astrup, 1960; Berner, 1967; Berner i Zapotoczky, 1969).

L'Enric és un nen de tretze mesos que portaren a la consulta la mare i una altra dona. «A veure què pot fer vostè amb aquest nen,» digué la mare mentre posava el nen damunt de l'escriptori, com si es tractés d'un fardell insofrible, del qual desitgés deslliurar-se. Després va narrar una tremenda situació d'*eretisme* infantil mentre el nen es manté estranyament quiet, arraulit, primer a l'escriptori i a la falda després. L'Enric no menja, no dorm a les nits, no dorm durant el dia, no para ni un moment... «i plora i plora i ja no sabem què fer...» El «sabem» ha estat acompanyat d'una ràpida mirada a l'altra dona, com si es tractés de quelcom comú... «Es que és la meva germana... Ella m'ajuda amb ell des que vam venir d'Andalucía, de casa...» Sembla d'entrada que aquesta mare busca sempre ajut, sempre algú que la subjecti, la sostingui, l'aguanti (tal vegada a ella mateixa i al seu nen, no sols a aquest). De totes maneres, aquesta impressió que neix en el professional és una dada més perquè aquest es mantingui callat i atent a les necessitats de «dipositar» o fins «evacuar» ansietat per part de la mare.

«És que no para, miri vostè, no para... I des que va néixer no ha deixat de donar-me disgustos... Fixi's que ha estat ingressat vuit vegades...» «Vuit vegades als tretze mesos?»... «Sí, sí, vuit vegades... i li han hagut de fer cinc operacions, dues d'elles pel mateix, per bulbs». «Vòlvuls?». «Sí, això, i una altra per a perforar-li l'òïda, de la qual sempre estava malament... I que sè jo quantes més... I és que de vegades es posa com mort, com mort...» El professional, preocupat per la gravetat de la situació i el desafecte amb què la mare s'expressa vers el nen, se sent tremendament limitat en les seves possibilitats d'actuar, per això es decideix a seguir escoltant i dirigir l'atenció de la mare i la germana vers alguns detalls que el puguin ajudar a comprendre una mica més el quadre i el tipus d'ansietats que s'estan movent en la relació amb l'Enric.

Després de la interpretació contratransferencial a què vaig al·ludir en pàgines anteriors, un altre moment clau és quan el professional repeteix: «Deia vostè que havien vingut d'Andalusia...» És una mera invitació a què la mare continuï parlant, però es torna ràpidament un punt clau de la situació. Mare i germana, amb gran sofriment (i expressió de vegades obertament culpable), narren una situació d'emigració tremendament precipitada, i tremendament difícil d'elaborar.

Ambdues es casaren el mateix dia amb dos xicots del poble. El pare de l'Enric ja abans acariciava la idea d'emigrar. «Sortí un treball» en una ciutat industrial de Catalunya i tots vingueren cap aquí. Les dues dones llavors estaven embarassades. El pare venia amb treball, però el marit de la germana, l'oncle del nen, sols aconseguí treballs eventuais ja que la crisi econòmica feia dos o tres anys que havia començat a sentir-se a la comarca catalana. Els nens nasqueren amb una diferència menor d'un mes... L'Enric nasqué el primer. Uns dies després, l'empresa del pare tancà i la família es trobà de cop i volta sense sou i sense indemnització degut a la suspensió de pagaments, probablement fraudulenta, endemés. A la mateixa època, l'oncle de l'Enric restà sense feina. Les dues famílies ja tan simbiòtiques anteriorment a través

de les germanes, es trobaren en una situació de tremenda indefensió social i personal que afectava tots i cadascun dels seus membres. A més, no podien tornar, puix que tampoc al lloc d'origen semblaven existir mitjans de subsistència, a més de la humiliació personal que suposa el retorn després del fracàs.

Les dues germanes es posaren a treballar «fent feines» (al servei domèstic). Però la pauta de simbiosi i/o les necessitats i dificultats socio-econòmiques suposaren un nou agravant de la situació. Ambdues decidiren pujar emparellades els seus fills; la una treballava el matí mentre la seva germana li tenia (nodrint-lo fins i tot amb el pit) el seu fill i l'altra feia el mateix amb el seu propi fill i el seu nebot a la tarda. Tan situació començà a repercutir ja des del primer mes en els dos nens. Possiblement una millor capacitat expressiva per part de l'Enric havia fet visibles les seves reaccions «des del principi»; ja abans del mes començaren els seus trastorns psicopatològics d'alimentació, de son, que el feien tan «insofrible» per a les dues mares (i pares?). Al contrari, el seu cosí, possiblement tan trastornat com ell, havia adoptat l'aparença del bebè que no diu res, que no protesta, que no es queixa. «El bebè meravellós que mai no plorà» que diria Erikson. És a dir, l'altra manifestació de la dificultat d'elaboració dels conflictes psicòtics en la primera infància.

No creiem que s'hagi d'acusar el pediatre o les institucions hospitalàries que havien necessitat practicar intervencions tan urgents i tan dràstiques en una situació tan complexa. És fàcil d'entendre com, malauradament, la pròpia situació, tot i no ésser coneguda (i precisament per això), invita a fer-ho. Fins i tot he de dir que, malgrat haver extremat les atencions i les precaucions per tal de no estimular ansietats persecutòries i culpes persecutòries en les consultants, aquestes no acudiren a la segona visita. Pot ésser que tornessin al poble tan precipitadament i desordenadament com vingueren, però pot ésser en algun moment de l'entrevista intuïren massa persecutori apropar-se a la situació global; puix que no se sentiren amb força per a això, perquè el professional, inadvertidament, actuà estímulant les ansietats persecutòries... o potser perquè no va actuar com elles haurien desitjat: amb un nou intent màgic, urgent, omnipotent, de solucionar-ho tot...

4. Variables que intervenen en la relació migració-trastorn mental i hipòtesis explicatives

En relació amb les variables que intervenen hem sintetitzat les que apareixen a la taula 3. Començarem referint-nos a les que operen abans de l'emigració. Respecte a aquest primer grup direm que nombrosos estudis demostren una major incidència de trastorns psicopatològics en les dones que en els homes (en opinió nostra, en relació amb la situació d'inferiorització psico-social d'aquelles) així com en els fills dels emigrants (les ansietats de la migració, en desenvolupar tendències fusionals, dificultarien el futur desenvolupament psicològic: Berner, 1967; Berner i Zapotoczky, 1969; Morgan i Andrushko, 1977; Carta, Fava, Menin, 1975). Que les condicions de vida abans de l'emigració fossin molt penibles o d'extrema carència, o que en la cultura d'origen existeixi una valoració negativa del fet migratori són factors que influeixen negativament en el procés de trasplantament (Berner, 1967; Berner i Zapotoczky, 1969; Morgan i Andrushko, 1977). Com a circumstància afavoridora de la preservació de la salut mental i dins aquest primer grup de variables, destacariem el fet de pertànyer a un medi familiar cohesiu; la circumstància oposada donaria lloc a un augment del risc de descompensació (Carta, Fava, Menin, 1975; Petrella Weiss, 1974).

En relació a les variables que intervenen durant i després del trasplantament assenyalarem com a circumstàncies afavoridores de la descompensació psicopatològica: l'agrupació rígida i jeràrquica del grup d'emigrants (la qual cosa dificulta en gran manera la integració) (Berner i Zapotoczky, 1969), el fracàs de les expectatives socials i econòmiques que han dut a l'emigració (Carta, Fava, Menin, 1975; Berner i Zapotoczky, 1969), així com la imposició per part de la cultura acollidora de pautes d'integració forçades i poc respectuoses amb el «tempo» necessari per a elaborar adequadament els processos de dol (Murphy, 1977).

En relació a les circumstàncies que protegirien la salut mental durant aquestes etapes posteriors al fet migratori destacariem: el desig d'integració al nou país, trobar-se en un medi acollidor coherent i integrat (Carta, Fava, Menin, 1975; Berner i Zapotoczky, 1969), així com el fet que el grup d'emigrants tingui un funcionament integrat, solidari, i que existeixin serveis psico-socials d'acollida o, almenys, uns bons dispositius d'atenció primària a nivell sanitari, psicològic i social.

En relació a les hipòtesis utilitzades per a explicar les relacions entre els trastorns psicopatològics i la circumstància de l'emigració, les sintetitzem en tres grups, seguint Berner (1967).

- a) Hipòtesis sociologistes, basades en el «xoc cultural».
- b) Hipòtesis psiquiàtriques, basades en la «patologia prèvia».
- c) Hipòtesis psicodinàmiques o relacionals, basades en el plantejament conjunt de les dificultats socials de l'emigració i dels processos psicològics de dol.

En relació al primer grup d'hipòtesis, basades en la idea del «xoc cultural», hem de dir que des d'aquesta perspectiva són les diferències sòcio-culturals que ha de viure l'emigrant les causes de la seva descompensació psicopatològica, de manera que a una major diferència entre la cultura del país d'origen i la de la terra d'acolliment es donaria una major tendència al trastorn, al desequilibri (Carta, Fava, Menin, 1975).

Les dades empíriques i clíniques tendeixen a descartar aquesta hipòtesi: en realitat, hi ha una major tendència a la descompensació psicopatològica en les migracions interiors que en les externes, així com en les persones que emigren d'un medi urbà a un altre, en relació a les que ho fan del camp a la ciutat (Daumézon, 1965; Odegaard i Astrup, 1960; Le Guillant, 1960). És cert que a més diferència cultural entre la cultura d'origen i la receptora, es produirà una major dificultat per a tenir accés al sistema profà, tant important en circumstàncies ansiògenes de la vida, com l'emigració. No obstant això, si el trasplantament es realitza en grup o en un lloc on existeix prèviament un grup, l'emigrant pot arribar a construir en aquestes circumstàncies, el seu propi medi profà. D'ací, la seva resistència a les descompensacions psicopatològiques. En definitiva, aquesta hipòtesi pot ésser qualificada com a «sociologista ingènua» i no solament des del punt de vista empíric, sinó també des del punt de vista teòric: qualsevol explicació sociològica que suposi canvis en el capteniment humà hauria de tenir en compte els aspectes psicològics intrapersonals (Tizón, 1983a) i no solament els aspectes sociològics i comportamentals.

La segona sèrie d'hipòtesis a tenir en compte seria la de les que denominem «psiquiàtriques» (en ocasions biologistes): es basen primordialment en la idea que el que emigra ho fa perquè ja pateix trastorns psicopatològics, perquè ja existeix una patologia prèvia (Friessem, 1975; Cazzullo, 1963). Aquest grup d'hipòtesis menysprea la vessant sociològica del problema. Les dades empíriques la contradueixen. No obstant això, no és difícil rastrejar-la, fins i tot en variants quasi racistes, en les

mesures segregacionistes i de control dels emigrants realitzades en alguns països anglosaxons.

Aquesta hipòtesi també ha estat plantejada per alguns autors de manera inversa, és a dir, presentant l'emigrant de forma idealitzada, com el membre més sa de la comunitat d'origen, que marxaria puix sols ell és capaç de buscar solucions als problemes. No cal dir que, salvant casos i individus concrets, tal asserció és impossible de generalitzar. D'altra banda, aquesta hipòtesi també pateix d'una perspectiva reduccionista, car no valora suficientment els aspectes sociològics del problema. Per això, com a conseqüència dels nostres estudis clínics, teòrics i empírics, nosaltres preferim la hipòtesi psico-social, *relacional*, a partir de la consideració de la *migració com a procés de dol* (Calvo, 1972, 1977; Tizón, 1982a; Achard i Galeano, 1983).

Des d'aquesta perspectiva, la migració, el trasplantament, suposa sempre un *dol*, tant per les pèrdues socials i psicològiques que tenen lloc (família, amics, relacions, la pròpia terra, la llengua, els costums...) com per la recomposició del món intern, de les vivències de l'emigrant, que exigeix.

El *dol*, terme que ens posa en contacte amb les situacions de pèrdua de persones volgudes, s'esdevé tant davant pèrdues externes, com davant pèrdues i fracassos, frustracions o dolors dels quals solament nosaltres tenim notícia –i, de vegades, summament inconscient–. Entenem, així, per dol, el cúmul de sentiments despertats per la pèrdua d'un objecte d'amor o per una frustració o un dolor: tristesa, odi, rivalitat, triomf sobre la persona, situació o idea perduda, mesclats i successions ambivalents entre elles... Així es produeix aquesta especial situació emocional, més o menys durable, però sempre penible i profundament afectant per a les persones que la pateixen, que anomenem *dol* (Klein, 1940; Calvo, 1972). El prototipus dels primers *dols* són els ocorreguts en els separacions més o menys profundes i totals que tots patim en relació als nostres progenitors i substituïts en nombrosos moments de la infància. L'*elaboració del dol* implica tota una sèrie de moments, de processos alternants en què el subjecte, el trasplantat en el nostre cas, se sent alternativament dominat per la gelosia davant els que es quedaren o davant els autòctons, davant companys que s'adaptaren millor..., per l'enveja respecte al seu medi d'origen o respecte al medi o persones que el reben...; per la tristesa, l'enyor, la nostàlgia, unes vegades i pel menyspreu, el desafecte o els desigs d'oblidar en altres moments... En tot dol existeixen elements de protesta, de tristesa, de desesperança, moments d'eufòria... Però els elements de protesta s'entremesclen ja d'entrada amb la nostàlgia i la pena i aquestes, al seu torn, oscil·len entre la tristesa, la desesperança i el desafecte (Bowlby, 1968, 1969). A més, com diem, tot està interferit i afavorit per emocions com l'odi, la rivalitat o la gelosia, l'enveja, la necessitat i els desigs de controlar el que es perdé (o el que no es té i es desitja) i els altres...

L'*elaboració del dol* implica tot un treball, fonamentalment mental, que va acompanyat d'aquests sentiments profunds, i que porta, des de la pèrdua o frustració inicials, a sentir que el perdut, tot i perdut, roman en el record i en les seves bones influències en el nostre desenvolupament. Aquesta cognició –en gran part inconscient– va unida a la desaparició de la tristesa i de l'ambivalència. L'emigrant es dol pel seu país, cultura i relacions d'origen, però aquesta pèrdua no ho ha estat en el seu record, puix que resten vius, i els bons elements d'aquelles experiències anteriors són fins i tot motors del canvi i la integració necessaris en el nou país, cultura i relacions. Una elaboració suficient del dol implica sempre una certa identificació amb els aspectes «bons», favorables, del perdut i sentiments de culpa d'haver danyat allò que enyorem i volem, que també nosaltres «podríem haver-ho fet millor»... En termes psi-

coanalítics, diríem que una elaboració adequada del dol implica sempre una posició depressiva suficientment elaborada (Klein, 1940; Calvo, 1972).

La teoria del dol i els processos de dol, estrictament psicoanalítics, encaixa perfectament en l'esquema de variables que intervenen i abans hem exposat (taula 3), ja que cada una d'aquestes variables imprimeix característiques pròpies a les possibilitats d'elaboració del dol i, per tant de desenvolupament personal (i social) satisfactoris després del trasplantament. Quan alguna d'aquestes variables incideix de manera greument negativa, l'elaboració es dificulta i entren en acció diversos tipus de maniobres defensives de tipus inconscient, davant aquestes ansietats i sentiments insuportables: la caricaturització i rigidificació de tals defenses, el seu domini caricatural sobre la personalitat i les relacions, és el que configura els diferents quadres psicopatològics que es poden posar en marxa després d'un procés de dol no elaborat suficientment, com per exemple, una migració mal preparada, mal realitzada o mal acompanyada des del punt de vista psico-social. Així, es pot donar una utilització excessiva, si bé sempre inconscient en la seva major part, de les defenses maníacques: cal vigilar, controlar el perdut o el nou, ja que és matèria de desconfiança; al capdavant, allò o això no valen res; en últim extrem, no ho necessito puix que jo tinc o he aconseguit coses millors... Altres processos psicopatològics estarien relacionats amb la utilització excessiva de defenses obsessives o amb una profunda alteració del funcionament mental i relacional que comporta regressions a tipus de relacions o actituds desorganitzades, irreal, persecutòries, pròpies de trastorns psicòtics... La sensació o fantasia profunda d'haver danyat, excessivament el que es deixà o el que

TAULA 3. *Variables que intervenen en la relació migracions-salut mental.*

I. Variables que operen abans de la migració

- 1) Personalitat de l'emigrant
- 2) Experiències vitals
- 3) Bagatge cultural
- 4) Motivacions (conscients i inconscients) que el portaren a deixar el seu medi
- 5) Motivacions (conscients i inconscients) per a traslladarse al medi nou

II. Variables que operen durant la migració

- 6) Ansietats del canvi

III. Variables que operen després de la migració

- 7) Actitud del medi respecte a l'immigrant:
 - 7.1. Política de l'Estat
 - 7.2. Pressions per a la culturització
 - 7.3. Oportunitats econòmiques i socials
- 8) Homogeneïtat del medi que envolta l'immigrant
- 9) Compliment de les seves expectatives
- 10) Personalitat de l'immigrant
- 11) Experiències vitals després de la migració

IV. Variables transgeneracionals

es buscava pot menar a quadres depressius, fins i tot malenconiosos... La dificultat d'assentament i adaptació desenrotllaran les fantasies de desconfiança del trasplantat i facilitaran els quadres paranoïdes o els elements paranoïdes de qualsevol quadre psicopatològic, etc.

5. Les nostres investigacions estadístiques.

Mostres i mètodes

Durant més de quatre anys hem estudiat des del punt de vista bibliogràfic i empíric les relacions entre migracions i salut. Aquests estudis parteixen del nostre treball clínic quotidià en medis amb alts percentatges d'immigrants. En el primer estudi empíric partiem de la hipòtesi que els trastorns mentals entre immigrants eren més freqüents i/o més greus que entre els autòctons. L'instrument utilitzat per a la investigació fou la H.P.A.B. (Historia Psiquiàtrica Automatitzable «Barcelona») (Tizón, 1977; Tizón 1978b; Salamero, Tizón, 1983). Les mostres eren formades per:

a) Estudiants universitaris de 2on. i 3er. de Psicologia i d'una Escola de Formació de Professorat i

b) Pacients del C.M.P. (Centre Mèdico-Psicològic), institució privada amb fins no lucratiu, d'orientació psicodinàmica. A més dels qüestionaris psico-socials de la H.P.A.B., s'aplicà als estudiants el qüestionari G.H.Q., que és ideat com a «screening test» per a la detecció de subjectes amb problemes psicològics importants. Del resultat obtingut en l'estudi no es podia concloure que el fenomen migratori donés lloc, almenys en aquestes mostres, a repercussions directes o simples en el grau de patologia o salut (mental) dels subjectes.

En una segona sèrie d'estudis s'utilitzà un nou instrument: un qüestionari especialment dissenyat per a detectar les dades més rellevants del procés migratori. Les mostres es prengueren:

a) De dos ambulatoris de l'INSALUD, el de Sabadell, situat al cinturó industrial de Barcelona, que acull una migració més recent, i el de Sant Martí de Provençals, barri barceloní al qual està adscrita una població d'immigrants amb més temps de residència.

b) D'una U.T.H. (Unitat Terapèutica d'Hospitalització) psiquiàtrica sectoritzada, encarregada de tots els ingressos d'un «sector» de la província de Barcelona.

c) De residents en un servei per a deficients mentals, dins el Psiquiàtric amb més tradició a Catalunya.

Sintetitzant al màxim les conclusions obtingudes de tals estudis, moltes de les quals han anat sortint al llarg del text anterior, direm que, segons aquests, les persones trasplantades estudiades han hagut de viure unes difícils situacions psico-socials, agreujades per la inexistència d'hipotètics «serveis d'acolliment», que els haurien pogut servir d'ajut en aquest sentit, i agreujades encara més pel desastre assistencial de les institucions en què, finalment, han anat a dipositar llurs peticions més o menys conscients d'ajut: fonamentalment, consultes de medicina de capçalera i pediatria, serveis d'urgències d'hospitals, consultes de Neuropsiquiatria de Zona de l'INSALUD, centres pedagògics i serveis d'ajut social. A la nostra població, també el fet migratori és un factor de risc sanitari i psico-social, bé que no s'hagin trobat tampoc en les nostres mostres desproporcions en les descompensacions psicopatològiques entre els immigrants i els autòctons (si bé si de llur freqüentació dels serveis sanitaris públics), salvat el cas dels ingressos per alcoholisme i determinats

tipus de psicosi (esquizofrènia), quadres en els quals la proporció immigrants/autòctons era clarament superior per als primers.

Així mateix, en consonància amb observacions similars de Calvo (1972) en un medi rural i en l'emigració a Alemanya Federal, la tendència a descompensar-se psicopatològicament no sembla guardar relació apreciable amb determinats índexs d'acceptació externa social: tenir o no tenir amistats catalanes, matrimonis mixtos, etc.

Per fi, la quasi omnipresent existència de somatitzacions entre els consultants als serveis de Neuropsiquiatria de Zona estudiats no ens ha permès comprovar la nostra hipòtesi procedent de Calvo (1972) que presenta la somatització com una expressió fonamental de l'elaboració inadequada o insuficient dels processos de dol pel trasplantament. No obstant això, la pràctica clínica quotidiana sembla recolzar aquesta hipòtesi i, no cal dir, els més greus processos de *cronificació medicalitzada* són molt més nombrosos entre els immigrants i, en especial, entre els que realitzaren trasplantaments més desprotegits des del punt de vista psico-social.

6. Esbós d'algunes conclusions assistencials

Naturalment tot l'anterior hauria de tenir unes repercussions assistencials. Tanmateix, direm *hauria*... Si el tema és poc conegut, fàcilment s'endevina que, almenys al nostre país, són escassíssimes, per no dir inexistentes, les pràctiques assistencials que tenen en compte la migració com a factor de risc psicopatològic i, més en general, sanitari. Salvant algunes experiències internacionals, entre les quals comptarien tant les fracassades (l'hospital franco-musulmà de París, per exemple: Daumezon, 1965) com les més o menys reeixides (l'assistència que l'estat hebreu proporciona als qui immigren a Israel: Berner, 1967; Morrison, 1973; Villa, 1962; Weinberg, 1949, 1961), els nostres esbossos s'han de basar únicament en tals dades bibliogràfiques sobre migracions interestatals i en la nostra pròpia experiència clínica en medis d'immigrants (la qual comprèn, en algú de nosaltres, més de quinze anys de treball en medis d'immigració: com a metges de l'INP, com a Neuropsiquiatres de Zona, com a psiquiatres o psicòlegs de manicomi o d'Hospital General). Per a sistematitzar al més possible, direm que en el tema que ens ocupa en aquest apartat hauriem de considerar:

a) El tipus de les migracions: són «d'anada» o de «retorn»? (major risc psicopatològic en aquestes). Són organitzades o no organitzades?

b) El moment de la migració: ¿Quines mesures poden prendre's abans i durant la migració, durant l'assentament, durant el període d'adaptació i integració?

c) ¿Quin tipus de sistema assistencial s'ha de potenciar en cada moment i en cada cas? ¿El sistema *profà* (amics, xarxes associatives no professionalitzades, nuclis vivencials naturals) o bé el sistema *professionalitzat* (els dispositius d'ajuda psicològica i psiquiàtrica, sanitària, social, psico-social...)?

d) En general, s'haurà de partir de considerar les migracions, almenys les migracions interiors d'assalariats, més estudiades per nosaltres, com un «factor de risc sanitari i psicopatològic», de manera semblant com es consideren, cada vegada més, d'altres factors socials o psico-socials, com l'atur. Per cert que, segons la nostra experiència clínica i la bibliografia internacional al respecte (Berner, 1967; Berner i Zapotoczky, 1969; Friessem, 1975; Tizón, 1973, 1978a, 1982b) la combinació d'ambdós factors, migració i atur, forma una situació de greus riscos psicopatològics (i sanitaris).

En qualsevol cas, tota acció assistencial creiem que ha de partir de dues premisses:

a) *la millora dels dispositius d'atenció primària* i el fet ineludible de què aquesta inclogui l'assistència psico-social a l'interior dels propis equips d'atenció primària: és en aquests equips on, probablement, consultarà en primer lloc el trasplantat quan el sistema profà ja no ha pogut contenir adequadament les seves ansietats. Per això tals dispositius han d'estar sensibilitzats sobre aquest tipus de problemes i disposats a acollir-los i elaborar-los sense necessitat de derivar-los, començant així la via de la «cronificació medicalitzada» d'aquests.

b) En qualsevol cas, l'equip sanitari i psico-social de base ha d'estar sensibilitzat sobre aquestes perspectives. La *sensibilització* sobre aquests problemes és fonamental i una de les raons per les quals el nostre equip ha decidit la publicació d'una sèrie d'articles sobre el tema. Però la sensibilització ha de comprendre no sols els equips sanitaris, sinó especialment els sistemes profans d'assistència: personalitats públiques, administradors i polítics, xarxes associatives espontànies o mantingudes pels diversos aparells de l'estat, nuclis vivencials naturals... ¿I sensibilització en quin sentit? Sobre la migració com a *factor de risc*, principalment en les persones que pateixen les vulnerabilitats prèvies, que abans anunciàvem, i més encara en la immigració del retorn i en la no protegida psicossocialment. Sensibilització també sobre el fet que, mentre no millori molt l'Assistència Primària a l'Estat espanyol, s'ha d'intentar, tant com es pugui, que els sofriments relacionats amb el trasplantament siguin atesos al nivell menys professionalitzat, al més profà possible, ja que ara per ara l'altra via, costa haver-ho de dir, presenta massa riscs de «cronificació medicalitzada» i fins i tot d'iatrogènia.

Quant al tipus de migracions, diferenciarem en aquest apartat entre *migracions organitzades* i *no organitzades*. La primera pregunta que ens hem plantejat i discutit és: s'hauria de demanar un examen mèdic a cada emigrant? ¿I un examen mèdic-psicològic? Fonamentalment, davant el temor a la burocràcia i a l'augment del control estatal —ja hipertrofiat, al nostre entendre, en les modernes societats industrialitzades— pensem que no. Ni tan sols en el cas de les migracions organitzades o en grup, en las quals si que som partidaris dels exàmens mèdics. Però fins i tot en aquests casos no creiem convenient els exàmens psicològics per diverses raons:

a) Perquè seria difícil decidir què amidar, estudiar, observar...

b) Perquè en els casos més clars no es necessita tal examen i el mateix entorn de l'emigrant ens el comunica: per això n'hi hauria prou amb la recomanació de l'equip sanitari o social, si aquest es troba sensibilitzat sobre el tema, desaconsellant o retardant la migració, el trasplantament.

c) Perquè aquests exàmens sistemàtics, ara com ara tindrien una eficàcia dubtosa, com ja ha succeït en d'altres ocasions.

d) Perquè estimularien i augmentarien encara més l'heteronomia de la població i el tecnocratismes i la burocràcia «sanitàries».

Ara bé, tant en el cas de les migracions organitzades com en les no organitzades haurien de proporcionar-se mitjans d'ajut psicossocial a l'emigrant que els sol·licités. Aquests sistemes, organitzats possiblement de manera coercitiva i controladora en excés, han donat, no obstant això, excel·lents resultats a Israel, on les descompensacions després de la migració, fins i tot en persones amb un alt risc, han pogut evitar-se en gran proporció (o, almenys, menar-se adequadament des de l'inici del desequilibri). És especialment important que els serveis socials (o, millor, psico-socials) ajudessin a preparar el trasplantament, i més encara, la migració de retorn.

En primer lloc fent públiques com més sia possible aquestes conclusions: que emigrar no és un procés fàcil, sinó llarg, difícil, dolorós, amb risc i que com més es coneixi el país i les situacions en què es trobarà, més possibilitats existeixen d'un bon assentament inicial i fins i tot d'una integració futura. D'altra banda, aqueixos serveis psico-socials relacionats amb les migracions (i amb l'Institut Nacional de Emigració, potser?) haurien d'estar preparats per ajudar a l'elaboració del dol en les persones que els demanin ajut a ells o en diversos dispositius d'assistència professionalitzada. Mes, no ens enganyem, per a ajudar a elaborar dols seriosos, es necessita una preparació psicodinàmica, la qual, ara per ara, no es troba massa estesa entre assistents socials i psicòlegs de l'estat espanyol.

Si l'Assistència Primària no funciona adquadament, i en el cas que tornin a produir-se onades migratòries importants, potser haurien de crear-se Centres d'Assistència a l'Emigrant a les diverses Comunitats Autònomes, encara que som conscients que llur risc de burocratització és gran.

Sobre els *diversos moments del trasplantament*, les nostres propostes o el nostre esbós de propostes va per les següents línies:

Abans del trasplantament: és fonamental la sensibilització social sobre la migració com a factor de risc i la creació d'una mena d'«Oficines de turisme», en les quals s'ajudés o es proporcionés informació als emigrants, la més àmplia i realista possible, sobre el lloc d'arribada. En la mesura en què intervinguessin en la migració organitzacions estatals, parastatals o serveis socials, seria fonamental impulsar a partir d'elles les relacions entre els futurs emigrants, de manera que poguessin formar xarxes afectives i relacionals ja abans de la migració, especialment en el cas de les més desprotegides. En el cas que la vulnerabilitat psicològica fos important, però malgrat tot la migració es presentés inevitable (com per exemple els ancians que emigren per viure amb els fills a la ciutat) s'hauria d'ajudar a elaborar el dol migratori, almenys en els casos de més risc: per això, novament, una Atenció Primària que inclogués l'atenció psico-social és de fonamental importància i suposa, si fa el seu treball correctament, importantíssims estalvis de sofriment... i econòmics... (no oblidem que les «síndromes depressives crònicament medicalitzades» assoleixen en ocasions el 40 % dels consultants d'aquestes poblacions, almenys com s'observa a les consultes de Neuropsiquiatria de Zona de l'*Institut Català de la Salut* (Tizón i Spagnolo, dades sense publicar actualment).

Durant la migració és important que existeixi un ajut social i una orientació psicològica i psiquiàtrica disponible, almenys als llocs d'un major trànsit d'emigrants (determinats ports, aeroports, estacions de ferrocarril o d'autobús...). Seria fonamental que no sols funcionessin millor els serveis mèdics que avui hi ha en aquests llocs, l'eficàcia dels quals és sovint molt dubtosa, sinó un bon servei d'assistència social capaç d'aclarir dubtes i orientar problemes vers les xarxes profanes o professionalitzades.

Durant l'assentament és quan es fa indispensable que la xarxa d'Atenció Primària funcioni adquadament i sensibilitzada sobre aquests temes (a més de capacitada per actuar a l'Atenció Primària a nivell psico-social). Hem de ser molt clars al respecte, basant-nos tant en la nostra experiència clínica com en la bibliografia sobre el tema: el futur de les descompensacions de l'emigrant depèn en gran part de com respongui el sistema professionalitzat davant les seves primeres queixes. Si aquestes s'encaminen per la via de la *desresponsabilització*, la *col·lusió en l'anonimat* o la *medicalització* (Balint, 1968), els riscos de cronificació (cronificació medicalitzada i iatrogenia) van creixent al llarg del temps en què es persisteix en tals actituds. Amb

l'aggravant, a més, que una cronificació dels problemes d'aquest tipus genera situacions molt difícils de canviar en el futur. Novament, la creació de Centres d'Orientació de l'Emigrant, si més no provisionals, passatgers, poden pal·liar en part les insuficiències de l'Assistència Primària. Mes, en part, solament. Ací, en aquest moment, és quan les migracions organitzades tenen, a més, avantatges enormes: un servei d'assistència social amb orientació psico-social que visiti els domicilis dels emigrants, almenys una vegada durant l'assentament, pot suposar una gran aportació per a la detecció i ajut en l'elaboració d'un gran nombre de problemes, tant de tipus material i de falta d'informació, com sanitaris i psicològics.

En els processos d'adaptació i integració tornaria a ésser crucial l'existència d'una xarxa d'Atenció Primària que mereixés tal nom i, no cal dir, sensibilitzada sobre aquest tipus de problemes i el tipus d'ajut que se'ls pot prestar. Però, sobretot, els resultats d'aquests processos depenen, com ja hem vist, de les xarxes associatives que els emigrants puguin crear, o proporcionin el país d'arribada, i del clima cultural i polític del moment: en tant que aquest estimuli la solidaritat i els afanys solidaris, servirà de protecció automàtica contra la descompensació del trasplantat. Així els perills que recauen en les migracions realitzades en moments de frustració social i «desencant» generalitzat, com en part és l'actual (en què, a més, la migració que comença a apuntar-se, és la més arriscada des del punt de vista de la salut).

Aquí, voldriem recordar que, en qualsevol moment del contacte amb els sistemes professionalitzats d'assistència (sanitaris, pedagògics, d'assistència social...), l'objectiu de l'ajut al trasplantat ha de partir d'un principi: *medicalitzar* o, en general, *professionalitzar, el menys possible l'assistència*. Mentre els problemes pugin anar-se elaborant, les vies i sistemes «profans», que no estimulin l'heteronomia, són d'elecció respecte als professionals. Una bona assistència psico-social en aquests casos moltes vegades consistirà doncs a:

- Desmedicalitzar els problemes si ja estaven heteronomitzant-se per aqueixa via.
- Proporcionar un bon acolliment i contenció als problemes o conflictes psico-socials.
- Proporcionar mitjans, vies i contactes profans a la gran majoria dels casos en què això és possible i no sigui necessari introduir el pacient als sistemes especialitzats d'ajuda psiquiàtrica.

A l'últim, encara que tots els lectors hagin pensat en el tema al llarg de la nostra exposició, no voldriem cloure'l sense fer una al·lusió, si més no breu, a la importància de la conjuntura i alternatives polítiques per tal que els riscos i sofriments del trasplantament obrin pas a elaboracions solidàries i, per tant, creatives, o més aviat a situacions insolidàries, heterònimes, de dolença... O, el que és el mateix, a situacions *insanes*, en el més ampli sentit del terme.

Bibliografia

- ACHARD, L., GALEANO, J. *Vicisitudes del inmigrante*. Comunicació presentada al 33^o Congrés Internacional de Psicoanàlisi. Madrid, 1983.
- BALINT, M. (1968). *El médico, el paciente y la enfermedad*. (Dos toms). Buenos Aires, Editorial Libros Básicos, 1971.
- BASTIDE, R. (1965). *Sociología de las enfermedades mentales*. Mèxic, Siglo XXI, 1967.

- BERNER, P. *La psychopathologie sociale des réfugiés*. *Evol Psychiat* 1065, 30, 4:633-55.
- BERNER, P. *Community Services for the rehabilitation of the Mentally ill: A Clinical View*. En: *Migration Mental Health and Community Services*. Henry P. David (ed). American Joint Distribution Committee, Genf, 1966.
- BERNER, P. *Psychopathologie des migrations*. *Encicl Med Chir. Psychiatrie* 37880 A 10, 1967.
- BERNER, P., ZAPOTOXZKY, H.G. *Psychopathologie des transplantés*. *Confrontations Psychiatriques*, 1969, 4:135-154.
- BICK, E. (1963). *Notas sobre la observación de lactantes en la enseñanza del psicoanálisis*. *Internat. J. Psycho An.* 1964, 14(4). *Revista de Psicoanálisis*, 1967, 24:558-566.
- BION, W.R. (1963). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires, Paidós, 1966.
- BION, W.R. *Atención e Interpretación*. Buenos Aires, Paidós, 1974.
- BOURGEOIS, M. *Aspects médico-psychologiques de la transplantation*. *Bordeaux Medical*, 1977, 10:1443-1450.
- BOWLBY, J. (1968). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires, Paidós, 1979.
- BOWLBY, J. (1969). *La separación afectiva*. Buenos Aires, Paidós, 1971.
- BRIMANI, D. *L'hygiène mentale des étudiants iraniens à l'étranger*. *Hygiène Mentale*, 1968, 57:66-70.
- CALVO F. *Emigración y elaboración del duelo*. (Tesi Doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, Departament de Psiquiatria. Barcelona, 1972.
- CALVO F. *¿Qué es ser emigrante?* Barcelona, La Gaya Ciencia, 1977.
- CARTA, I., FAVA, E., MENIN, M. *Emigrazione e patologia mentale*. *Riv Sper Freniat* 1975, 99, 1254-1283.
- CAZZULLO, C.L. *Momenti umani nel fenomeno migratorio*. En: *Atti Conv Int Immigrazione, lavoro e patologia mentale*. Milà, 1963.
- DAUMEZON, G. *Transplantation et maladie mentale*. *Rev. Practicien* 1965, 15:119-137.
- ERIKSON, E.H. (1963). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires, Hormé, 1970.
- ESPIAGO, J. *Migraciones exteriores*. Barcelona, Salvat, 1982.
- FRIESSEM, D.H. *Travailleurs étrangers en République Fédérale Allemande. Quelques résultats et réflexions dans une optique médico-sociale et psychiatrique*. *Informations Psychiatriques*, 1975, 51:283-291.
- JACO, E.G. *The Social Epidemiology of Mental Disorders*. Nueva York, Russell Sage Foundation, 1960.
- KLEIN, M. (1940). *El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos*. En: *Contribuciones al Psicoanálisis (OC II)*. Buenos Aires, Paidós, 1975.
- KLEIN, M. (1963). *Sobre el sentimiento de soledad*. En: *Obras Completas de M. Klein*. Tomo 6. Buenos Aires, Paidós, 1980.
- KRUPINSKI, J., SCHAFCHTER, F., CADE, J. *Factors influencing of mental disorders among migrants*. *Med J Aust* 1965, 2:26.
- KRUPINSKI, J., STOLLER, A., WALLACE, L. *Psychiatric disorders in Eastern European refugees now in Australia*. *Soc Sci Med* 1973, 7:31-49.
- LAZARUS, S., LOCKE, B.Z., THOMAS, D.S. *Migration differentials in mental disease: State patterns in first admission to mental hospitals for all disorders and for schizophrenia: New York, Ohio and California as of 1950*. *Milbank Mem Fund Q* 1963, 41:25-42.
- LAZARUS, S., SOCKE, B.Z., THOMAS, D.S. *Migration Differentials in Mental Disease*. *Milbank Mem Fund Q* 1966, 44:23-48.
- LE GUILLANT, L. *Psychopathologie de la transplantation*. *Concours Med* 1960, 82, 27:3429-3440.
- MELON, J., TIMSIT, M. *Etude statistique sur la psychopathologie des immigrés*. *Acta Psychiatr Belg* 1971, 71:98-120.
- MORGAN, P., ANDRUSHKO, E. *The use of diagnosis-specific rates of mental hospitalization to estimate underutilization by immigrants*. *Soc Sci Med* 1977, 11:611-618.
- MORRISON, S.D. *Intermediate Variables in the Association Between Migration and Mental Illness*. *Int J Soc Psychiatry*, 1973:60-65.
- MURPHY, H.B.M. *Migrations, culture and mental health*. *Psychol Méd* 1977, 7:677-684.
- ØDEGAARD, Q. *Distribution of mental diseases in Norway: Contribution in ecology of mental disorder*. *Acta Psychiatr Scand* 1945, 20:247-284.

- ØDEGAARD, Q., ASTRUP, C. *Internal migration and mental disease in Norway*. *Psychiatr Q* 1960, 34:116-130.
- PETRELLA, F., WEISS, G. *Migrazione e problemi di psicodinamica familiare*. *Rel Con: Immigrazione e patologia mentale*. Varese, 1974.
- RODRIGUEZ, A. *Emigración y psicopatología familiar*. En: *Gran Enciclopedia Gallega* (10), 1978:32-36.
- RODRIGUEZ, A. *Repercusiones de la emigración sobre la salud mental y psicopatología familiar en la población gallega*. *Documentación Social* 1982, 47:75-82.
- RODRIGUEZ, A., ALONSO, M.D. *Patología Psíquica en hijos de emigrantes gallegos*. *F. Neuropsiq. del Sur y Este de España*, 1979, 14:219-224.
- SALAMERO, M., TIZÓN, J.L. *Una aportación a la recogida y procesamiento de la información psicosocial y de salud mental*. En: *Tizón, J.L., Rossells, MT (comp.) Salud Mental y Trabajo Social*. Barcelona, Laia, 1983:383-431.
- SIZARET, P., ENGEL, G. *Transplantation et décompensations psychotiques*. *Ann Med Psychol* 1975, 2(1):182-184.
- SPITZ, R. (1965). *El primer año de vida del niño*. Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1980.
- TIZÓN, J.L. *Medicina General, Psiquiatria y Medicina Psicósomática: Enfermos orgánicos y funcionales en la consulta de Medicina General del Seguro de Enfermedad*. *Informaciones Psiquiátricas*, 1973, 58:6-40.
- TIZÓN, J.L. *Enfermos orgánicos y funcionales en la consulta de Medicina General del Seguro de Enfermedad. Comunicación preliminar*. *Medicina Clínica* 1974, 63(2):72-79.
- TIZÓN, J.L. *La automatización de las historias clínicas en Psiquiatria*. *La Historia Psiquiátrica Automatizable «Barcelona» (HPAB)*. Tesi Doctoral. Barcelona, Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona; Departament de Psiquiatria i Psicologia Mèdica, 1977.
- TIZÓN, J.L. *Pacientes «orgánicos» y «funcionales» en la práctica general: Una propuesta alternativa y utópica*. En: *Libro de Contribuciones Oficiales a la XVI Reunión Nacional de la Sociedad Española de Medicina Psicósomática y Psicoterapia*, Granada, S.E.M.P.P., 1978a.
- TIZÓN, J.L. *Objetivos y métodos de creación de un dossier psiquiátrico estandarizado y automatizable*. Barcelona, Publicacions de la Universitat de Barcelona, 1978b.
- TIZÓN, J.L. *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Barcelona, Hora, 1982a.
- TIZÓN, J.L. *Aproximación al análisis de la demanda en la primera línea de asistencia psiquiátrica del INSALUD*. *Comunicación a la Primera Ponencia («Metodología y Epidemiología en Psiquiatria») de las II Jornadas Catalano Croatas de Psiquiatria Social*. Barcelona, abril, 1982b.
- TIZÓN, J.L. *Relaciones sociales y salud mental: Esquemas de la aportación psicodinámica a una aproximación no empirista*. En: *Tizón, J.L., Rossell, MT (comps.) Salud Mental y Trabajo Social*. Barcelona, Laia, 1983a: 111-145.
- TIZÓN, J.L. *Nueve Tesis sobre la organización de unos dispositivos comunitarios en salud mental*. En: *Tizón, J.L., Rossell, MT (comps.) Salud Mental y Trabajo Social*. Laia, 1983b: 473-495.
- TIZÓN, J.L., BERMEJO, J., GARRE, A. *Una investigación a propósito de dos años de experiencia en consulta de neuropsiquiatria de zona del INSALUD (I)*. Descripción de las consultas. *Informaciones Psiquiátricas*, 1981a. 83:143-169.
- TIZÓN, J.L., BERMEJO, J., GARRE, A. *Una investigación a propósito de dos años de experiencia en consultas de Neuropsiquiatria de Zona del INSALUD (II)*. *Psiquiatria Psicológicamente orientada versus Neuropsiquiatria biológicamente orientada*. *Informaciones Psiquiátricas*, 1981b. 84:255-273.
- TIZÓN, J.L. DIAZ, J.M., MARCOS, M.J. *La Neuropsiquiatria de zona de la «Seguridad Social» española: algo más que una vergüenza nacional (I)*. *El País*, 2349, Madrid 2 setembre, 1983a.
- TIZÓN, J.L., DIAZ, J.M., MARCOS, M.J. *La Neuropsiquiatria de zona de la «Seguridad Social» española: algo más que una vergüenza nacional (y II)*. *El País* 2350, Madrid 3 setembre 1983b.
- VILLA, J.L. *Problèmes d'hygiène mentale du travailleur étranger en Suisse*. *Rev Societé Vaudoise d'hygiène mentale* 59, rapport, 1961.
- VILLA, J.L. *Problèmes de l'adaptation psychosociales de la main d'oeuvre étrangère en Suisse*. *Prac-*

xis 1962, 5, 14:363-371.

VILLA, J.L. *Les difficultés d'adaptation du travailleur italien*. Med Preventive, 1963, 8:393-408.

VILLA, J.L. *Problèmes de depaysement et d'assimilation des ouvriers étrangers en Suisse*. Praxis, 1965, 54(8): 1443-1449.

WEINBERG, A.A. *Psychosociology of the Immigrant*. The Israel Institute of Folklore and Ethnology. Jerusalem, 1949.

WEINBERG, A.A. *Migration and Belonging. A Study of Mental Health and Personal Adjustment in Israel*. La Haia, M. Nijhifi, 1961.

WINNICOTT, D.W. (1960). *La teoría de la relación paterno-filial*. En: El Proceso de maduración del niño. Barcelona, Laia, 1975.

WINNICOTT, D.W. (1965). *El proceso de maduración del niño*. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Barcelona, Laia, 1975.



LA «CRONIFICACIÓ MEDICALITZADA» EN LES ACTUALS CONSULTES DE NEUROPSIQUIATRIA DE ZONA: RESUM D'UNA INVESTIGACIÓ*

J.L. TIZÓN (.), E. SPAGNOLO (..) I N. PELLEGERO (...)

* Amb la col·laboració en la recollida de dades de Poly Galeota, psicòleg, i Rosa Plans, ATS.

(.) Neuropsiquiatra de Zona de l'Institut Català de la Salut.

(..) Director Tècnic de l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària de Barcelona.

(...) Assistent Social de l'Institut Català de la Salut.

Termes clau:

Cronificació medicalitzada, Medicalització, Cronificació, Neuropsiquiatria de Zona, Atenció Primària, Assistència Primària, Especialitats Mèdiques, Assistència Psiquiàtrica, Assistència Psicosocial, Salut Mental, Freqüentació, Incidència, Prevalència.

Resum:

El present treball (resum d'una investigació més àmplia) estudia la medicalització i la cronificació medicalitzada en un dispositiu assistencial concret: la Zona 2ª (Ambulatori de Sant Martí) de la distribució de l'Institut Català de la Salut (ICS) de la ciutat de Barcelona.

És un estudi «d'epidemiologia per fonts secundàries» realitzat fonamentalment a partir d'una mostra seleccionada aleatòriament a partir de l'arxiu centralitzat d'Històries Clíniques de l'Ambulatori; les dades han estat processades mitjançant ordinador, amb el programa informàtic SPSS.

En el treball s'exposen alguns dels nombrosos índexs obtinguts. Destaquem entre els resultats els que demostren que els pacients de la Neuropsiquiatria de Zona són els més crònics de totes les especialitats, els que donen taxes de freqüentació més elevades i els que sobrecarreguen més altres especialitats.

S'analitza també com la medicalització i la cronificació medicalitzada repercuteixen en l'augment dels sofriments de la població des del punt de vista mèdic, psicològic i social, i les greus conseqüències sanitàries que se'n desprenen.

1. Introducció

L'actual organització de l'anomenada «Atenció Primària» (metges i equips sanitaris de capçalera, pediatria, medicina rural...) i de l'«Assistència Primària de Salut

mental», malgrat els intents de reforma, parcials, tímids i, sovint confusos i contradictoris, ha tingut i té greus conseqüències sobre la població. Des del punt de vista psicosocial hi ha tres conseqüències que, si bé entrelaçades profundament, ens ha interessat investigar i, en algun cas, fins i tot quantificar ja fa anys (1977, 1978b; Tizón, Bermejo, Garre 1981a i b). Ens referim als perills d'iatrogènia, medicalització i sofriments psicosocials addicionals de la població. El concepte d'iatrogènia no necessita aquí de més aclariment ja que és suficientment univoc i conegut. No cal dir que la iatrogènia produïda a la nostra «assistència primària» i a la primera i segona línies d'assistència als problemes psico(pato)lògics de la població no presenta cap dubte quant a la seva amplitud i gravetat. Sense arribar a extrems manifestament delictius com els que s'han descobert per exemple en alguns hospitals privats i certes consultes privades de cirurgia d'Estats Units de l'Amèrica del Nord (Moser, 1969; Illich, 1975), hi ha dades que indiquen, més que més, l'amplitud d'aquesta iatrogènia en el nostre medi: l'amplitud del consum d'anticonvulsivants, de què ja hem parlat (Tizón, Bermejo, Garre, 1981a i b), evidentment multiplicada respecte a la necessitat real; l'amplitud del consum d'analgèsics i hipnòtics, clarament addictius, diguin el que diguin les cases comercials i els seus prospectes; l'amplitud de l'addicció als ansiolítics «més moderns i eficaços», addicció ocultada zelosament i que sols es pot conèixer quan un tècnic està disposat a atendre centenars de pacients que porten cinc, deu, quinze o vint anys ingerint-los (Owen, Tyrer, 1983); l'amplitud de les intervencions quirúrgiques supèrflues a pacients «funcionals» i, especialment, a pacients hipocondríacs i histèrics, etc. (taula 1).

Quant a la medicalització, nosaltres l'entendem com la tendència assistencial consistent a fer susceptibles de tractaments mèdics tots els tipus de sofriments humans, cosa que comporta una pèrdua d'autonomia personal dels pacients a favor de «l'aparell sanitari-industrial», a més de greus riscos d'iatrogènia i cronificació (1978a i b), «la cronificació medicalitzada» en el cas dels problemes psico(pato)lògics. És evident que; des del seu propi muntatge, els dispositius dels quals venim parlant no sols permeten sinó que afavoreixen tal tendència medicalitzadora. Des del punt de vista psicosocial parlarem de cronificació medicalitzadora per a referir-nos a la cronificació dels problemes psico(pato)lògics, psiquiàtrics i psicosocials en part aconseguida, i no cal dir-ho, mantinguda mitjançant l'ús i abús, en certa forma addictiva, del recurs a medicacions, exploracions mèdiques, consultes a especialistes i hospitals, etc.

Com aquesta organització pot repercutir en un augment dels sofriments de la població —no tan sols mèdics, sinó psicològics i socials— és fàcil d'entendre: la mateixa iatrogènia o la cronificació medicalitzada impliquen per elles mateixes greus repercussions psicosocials, però a més: ¿quantes hores de treball sanitari es perden al país per causa d'aquesta desorganització de l'assistència? ¿quantes hores de treball, de relacions, de convivència dels pacients es malversen en exploracions inútils i/o perjudicials? Aquests apartats, per exemple, hem intentat quantificar-los i els resultats, malauradament, són aclaparadors... fins al nivell de mera quantificació... ¿Què direm aleshores dels sofriments psicològics que acompanyen, de les falses il·lusions proposades i fracassades continuament, de la impossibilitat consecutiva d'elaborar el dol per les limitacions, problemes o conflictes ja instaurats, de la «despsicologització» de problemes clarament psicològics, amb la cronificació consecutiva del sofriment!... (Salzberger, 1970).

En aquest marc general, hem de recordar que l'assistència sanitària de la Seguretat Social, adquireix a Catalunya un volum econòmic i assistencial d'enormes

TAULA 1. Característiques generals de les consultes de neuropsiquiatria de zona segons investigacions anteriors (dades extractades dels treballs citats).

Poblacions «assistides», per cada Neuropsiquiatre	40-90.000 persones (coef. 2,0)
Poblacions «assistides» en dues hores (freqüentació diària)	15-100
Freqüentació diària a les zones d'immigració assalariada a Catalunya:	
- Si no existeix limitació de visites	60-80
- Si existeix limitació de visites	37-45
Incidència anual per consulta	2-3 %
(Màxim computat: 4 anys i mig)	(1.000-2.000 nous pacients l'any)
Consultants en 21 anys.(Sant Martí, Barcelona)	11.473
Prevalença en 21 anys (Sant Martí, Barcelona)	16,39 %
Consultants en 4 anys (Sabadell)	4.500
Prevalença en 4 anys (Sabadell)	6,4 %
Problemes d'addicció a drogues legals	30-50 % dels consultants
Consum d'anticonvulsivants (totals)	20-50 % dels consultants
Consum d'anticonvulsivants en nens menors de 14 anys	1 % dels consultants
Pacients «realment» neurològics	6-12 % dels consultants
Pacients que consulten als 400-499 Neuropsiquiatres de l'Estat	3-6 milions
Pacients «funcionals» crònicament medicalitzats a la Medicina de Capçalera de l'INSALUD (1978)	1.076.000
EXPLORACIONS	
Malversament «antisanitari» per consulta de Neuropsiquiatria de Zona l'any (exploracions reiterades innecessàries, polimedicació, exploracions «reasseguradores»)	12 milions/any (mínim)
Malversament «antisanitari» per atenció inadequada als «pacients funcionals» de cada consulta de M. Capçalera de l'INSALUD (càlculs de 1978)	261.000 ptes/mes 3 milions/any/consulta
Conjunt de consultes de Medicina General de l'Estat	86.108 milions ptes. 1978

dimensions i importància (Belenes, Bravo i col·labs., 1980). A pesar d'aquest fet, la qualitat assistencial que es brinda i el seu aspecte purament «reparador» (en el millor dels casos) han estat àmpliament criticats i discutits des de múltiples punts de

vista. Per tot això, hem volgut en aquest treball apropar-nos a l'estudi de la cronificació medicalitzada en un dispositiu assistencial concret: la Zona 2^a (Ambulatori de Sant Martí) de la distribució de l'I.C.S. de la ciutat de Barcelona, dispositiu on, «teòricament» almenys, haurien de cobrir-se els aspectes relacionats amb l'assistència no hospitalària de la població que li correspon. En el nostre resum d'una investigació més àmplia (Tizón i Spagnolo –en premsa–) ens referim especialment a una consulta d'aquest ambulatori: la de Neuropsiquiatria de Zona, que juntament amb les 84 restants a nivell de Catalunya, han constituït els únics dispositius d'assistència psiquiàtrica ambulatoria que han existit en molts anys. Recentment, els «Centres d'Assistència Primària de Salut Mental», posats a punt per la Diputació de Barcelona, han millorat una mica la situació, però encara una gran part del pes de l'atenció psiquiàtrica ambulatoria recau sobre les consultes de Neuropsiquiatria de Zona. Per això també desitjàvem investigar-ne una.

L'esmentada consulta «atén» una Zona de Barcelona ciutat en la qual es conjuguen un nucli urbà de gran arrelament amb una forta migració de la segona onada migratòria (els anys 20: Termes 1983) i, a més, una barriada de migració massiva i «d'al·luvi» summament desprotegida (Bon Pastor). Per a «completar-la», té adscrits cinc contingents de metges d'empresa de dues empreses públiques. D'altra banda, els percentatges de desocupats són, segons estimacions pròpies, semblants als mitjans de Barcelona-capital, salvant la barriada abans dita del Bon Pastor. La consulta tenia 21 anys d'antiguitat des de la seva creació. Durant aquests anys hi havien treballat nombrosos psiquiatres diferents. Mesos abans del trasllat, la xifra de consultants, segons el comentari unànim entre el personal «auxiliar» (l'únic mínimament estable de la institució) freqüentment ascendia a 60-90 consultants/dia.

Un dels firmants d'aquest treball començà a aplicar a Sant Martí el mateix sistema de limitació de visites que ja abans, seguint a d'altres companys, havia aplicat en una altra consulta massificada de Sabadell. Tal sistema és àmpliament descrit en Tizón, Bermejo, Garre 1981a i b. Esquemàticament consisteix a citar un màxim de 10 pacients per dia de consulta (dues hores segons el nostre contracte), i, amb la col·laboració de la infermera i tot altre personal auxiliar (que adquireix una importància màxima en qualsevol transformació de l'assistència primària i per exemple en aquesta), posar a punt una organització en la qual les diverses peticions més burocràtiques (continuació de tractaments, petició d'exploracions complementàries, certificats, anàlisis, informes, etc.) poden ésser solucionades o, almenys, filtrades per l'ATS de la consulta i el servei d'acollida. Aquest sistema, que havia pogut ésser implantat sense grans problemes en un Ambulatori tan massificat com el de Sabadell (com als de Mollet, Martorell i Santa Coloma...) fins i tot sense el suport de cap Director, es trobà amb grans dificultats a Sant Martí, malgrat l'ampli suport ofert pel Director i Caps de Personal de l'Ambulatori, així com del propi «personal auxiliar».

Tals dificultats partien fonamentalment de l'enorme volum de peticions d'assistència i del volum de peticions de visita urgent (sis-vuit diàries, la majoria difícilment justificables des d'un punt de vista mèdic o psiquiàtric). Observàvem amb gran preocupació l'allargament de les llistes d'espera fins als tres mesos, la impossibilitat física d'atendre les «urgències», el perill de confondre urgències (minoria) i pseudo-urgències (majoria), els perills de suïcidi en els pacients deprimits –perills encara majors sense el canvi assistencial, però més angoixosos ara perquè coneixiem una mica els pacients–, la frustració d'haver de continuar receptant durant mesos, fins a la primera o segona visita del pacient, tractaments d'eficàcia dubtosa i en molts casos sobre una base d'addicció del pacient, la impossibilitat de revisió dels tracta-

ments a curt termini i de citar els pacients per a tornar-los a veure abans de tres mesos... i, no cal dir-ho, els freqüents i greus altercats a la sala d'espera.

Quan pensàrem que aquesta situació tenia a veure amb l'amplitud de la «cronificació medicalitzada» a la Zona, se'ns féu evident que s'imposava la recerca d'algun sistema que permetés assegurar-nos del perquè d'aquesta allau de pacients i, especialment, predir quin seria el futur. Principalment si tenim en compte que, als sis mesos d'haver pres possessió de la plaça, el nombre de primeres visites efectuades sobrepassava el miler i el nombre de visitants que havien acudit algun dia a la consulta passava ja de les sis mil visites, sense que en la majoria de caos no haguéssim pogut fer més que realitzar els seus certificats urgents, prosseguir tractaments ja en marxa o sol·licitar apressats controls encefalogràfics... Les llistes d'espera s'allargaven ja als tres mesos. I això malgrat la col·laboració desinteressada de la infermera de la consulta i d'una psicòloga i una assistent social que acudien algunes hores per setmana de forma totalment voluntària.

Emperò, per a realitzar aquest estudi i atès el desastre assistencial de la primera línia de l'INSALUD (avui Institut Català de la Salut), del qual és la consulta una bona mostra, difícilment es podria pensar en estudis d'«epidemiologia per fonts directes», almenys a curt termini, i és per això que ens decidirem per la via de l'epidemiologia «a partir de fonts secundàries» aprofitant una sèrie d'avantatges dels arxius del nostre ambulatori, el funcionament del qual és descrit en Tizón i Spagnolo (en premsa).

2. Material i mètodes

Decidirem realitzar una sèrie d'estudis sobre la freqüentació per especialitats a l'Ambulatori. Per això partirem de dos tipus diferents de fonts de dades:

– *Les Històries Clíniques*: revisàrem una mostra de 300 de seleccionades aleatòriament a partir del fitxer comú d'especialitats.

– *Les Fulles de Control de Plantes*, que donaven compte exacte del nombre de visites diàries de cada metge (tant d'especialistes com de pediatres o de capçalera) a l'Ambulatori.

En aquest treball ens referirem fonamentalment a l'estudi realitzat a partir de la primera font de dades: l'arxiu d'Històries Clíniques que, a Sant Martí, funciona de forma «centralitzada», cosa que suposa que cada pacient té «una única carpeta» en que s'engloben diversos fulls dels especialistes (els metges de capçalera i els pediatres, o no porten un sistema de registre, o bé ho fan mitjançant fitxes al seu propi consultori, per qual cosa les seves notes no consten a la història comuna). Des de fa anys l'Arxiu de la Zona funciona segons els requeriments internacionals quant al seu manteniment al dia, pas a inactius, etc.

A partir de les dades que esperàvem trobar a les Històries Clíniques decidirem fer un estudi basat en les variables següents: Data de la primera visita; Edat a l'efectuar-la; Sexe; Lloc de naixement; Professió; Nombre de visites a Neuropsiquiatria; Data de la primera visita a Neuropsiquiatria i Nombre de visites a les restants especialitats (12 en total puix que a la «Història d'especialitats» no constaven les dades d'Odontologia –la número 13–, Radiologia i Laboratori).

Aquest conjunt de dades es processà mitjançant ordinador amb el programa informàtic SPSS («Statistical Package for the Social Sciences») (Nie 1975). El resultat ha estat un conjunt de taules descriptives i taules encreuades de 554 pàgines, de les quals sols comentarem en aquest treball les que tenen una relació directa amb el nostre tema.

Tot just iniciada la recerca poguérem fer dues comprovacions: *Primera*, que el contingut de la majoria de les Històries es limitava a un tampó indicant el nom del metge i una col·lecció de dates posades també amb tampó; corresponents als dies que el pacient havia estat visitat. En nombroses Històries no constaven dades tan importants com l'edat del pacient, l'estat civil, la professió, el diagnòstic ni tan sols aproximats, la medicació receptada, etc.

Segona comprovació: Segons *xifres oficials*, el nombre de persones assegurades a la zona era de 69.406 al principi del 1984. No obstant això, el nombre d'històries dels arxius superava les 80.000, cosa que, tenint en compte l'escàs moviment de població que es dona a la zona per canvis geogràfics recents, suposa que quasi tots els assegurats de la zona havien visitat algun dels 12 o 13 especialistes ressenyats als arxius i al nostre estudi. Això és una dada epidemiològica i sanitària que, si es comprova, per ella mateixa resulta ja aclaparadora i indica clarament el desastre assistencial que durant anys ha regnat en l'assistència primària del nostre país: la gran majoria dels usuaris no solament han visitat alguna vegada el metge de capçalera o pediatra sinó que, i això és, al nostre entendre, el més greu, el metge d'assistència primària els ha remès *quasi tots*, a alguna de les especialitats ressenyades (tingui's en compte, a més, que a la nostra estadística no estan considerades les especialitats de radiologia o anàlisi i laboratori perquè d'elles no es fa anotació clínica a la història).

Les hipòtesis amb què començarem el treball eren les següents:

1. La Neuropsiquiatria de Zona de l'INSALUD és una de les consultes que sofreix una major freqüentació dins el conjunt de consultes d'especialitats de l'INSALUD.

1.1. Hi acut més nombre de pacients de qualsevol població assegurada. (Prevalència).

1.2. Hi acut més vegades cadascun d'ells. (Freqüentació i Taxa de Freqüentació).

2. La submostra de pacients de tal consulta compon un dels grups assistencials més cronificats de la població assistida:

2.1. Per la pròpia tendència a la cronificació del trastorn psiquiàtric, agreujada per la cronificació sobreafeçada atès el desastre del dispositiu global i psiquiàtric en particular.

2.2. Però també el grup més cronificat dins el conjunt de la visita global a especialistes, la qual cosa ens donaria un índex del que un de nosaltres ha anomenat la «cronificació medicalitzada». I hem de recordar que, al llarg de tot el treball, definirem per «medicalització» la tendència a fer susceptibles de tractaments mèdico-biològics tots els tipus de sofriment humans, cosa que comporta una pèrdua de l'autonomia personal dels pacients en favor de l'aparèll sanitari-industrial).

3. La mala atenció a aquests pacients repercuteix en una mala assistència a la resta de les especialitats, a l'Ambulatori globalment, al conjunt de dispositius sanitaris de la Zona i d'altres institucions sanitàries de la ciutat –en especial, als serveis d'urgències d'Hospitals Generals–.

3. Resultats comentats

3.1. Indicadors psicossocials en la recerca aleatòria en els fitxers

Només veurem aquells que hem pogut rastrejar en les històries, degut a l'ampli grau d'incompliment:

– *Edat de la primera visita:* No constava en el 68 % de les històries escollides. Entre les que tenien aquesta dada, el 28,1 % correspon a nens menors de 14 anys i el 50,2 % a persones de 29 o menys anys. Si tenim en compte que de la població general de la zona el 25 % té menys de 14 anys i el 48,3 % menys de 29, això ens fa pensar que la majoria dels joves dels nostres barris han visitat ja algun especialista del «seguro», i en el desastre assistencial que això suposa.

– *Any de la primera visita:* La corba d'assistència de les primeres visites assegeix deix sobretot a partir de 1972: 3 % el 1972, 4 % el 73, 4,7 % el 74, 4,3 % el 75, 9,4 % el 76, 9m7 % el 78, 11 % el 79... amb un acme el 1980(17,7 %) (vegeu gràfic 1). Els percentatges es refereixen a les primeres visites repartides al llarg dels anys. A partir del 1980, el nostre ambulatori d'especialitats deixà de rebre tal invasió de *primeres visites* i la seva aflluència descendi ràpidament.

– *Sexe:* En la nostra mostra el 44,6 % són homes i el 55,4 % dones, enfront d'una població general en la qual el 49,3 % són homes i el 50,7 % dones. Més endavant veurem com la distribució d'edats de la primera consulta varia entre homes i dones de forma cridanera.

– *Província de naixement:* Malgrat que està prou demostrat, fins i tot al nostre país i en l'assistència pública, que la migració assalariada no protegida psicossocialment dona lloc a més consultes a serveis mèdics i a un major nombre d'afeccions psicològiques i somàtiques (Friessen, 1975; Tizón, 1974a i b; Tizón, San José, Salmeron i cols., 1983), resulta que la dada de la província o el lloc de naixement del consultant no figura en el 84,6 % de les històries clíniques. Quan figura, el 34 % correspon a autòctons i el 66 % a immigrants. D'aquests immigrants, però, el repartiment coincideix bastant amb el repartiment segons els padrons estadístics (taula 2).

– *Professió:* Tampoc apareixia en el 72,2 % de les Històries Clíniques. En alguns casos en els quals figura, ha hagut d'ésser deduïda per nosaltres a partir de l'edat dels consultants: és el que ha succeït amb els 45 estudiants. Dels 38 individus repartits en què consta, 17 es dediquen a «sus labores», 8 són pensionistes i 13 reparteixen en diverses ocupacions laborals.

3.2. Freqüentació en les diverses especialitats («neuropsiquiatria» inclosa)

És ressenyada, amb diversos graus d'aproximació, a les taules 3 i 4. Per descriure amb alguna dada més la consulta de «Neuropsiquiatria de Zona» direm que per a l'any de la primera visita, el mode se situa en el 76 i 79, després d'un augment gradual des del 75: el 8,2 % del total dels consultants va venir per primera vegada a aquesta especialitat el 1975, el 10,2 % el 76, el 8,2 % el 77, el 8,2 % el 78, el 10,2 % el 79, etc. Aquesta «distribució» fa pensar que el final del desenvolupament i l'inici de la crisi econòmica han d'haver tingut un paper decisiu en tal distribució de les primeres consultes, malgrat no puguin descartar-se factors personals (de l'equip tractant) i d'organització assistencial.

Quant als índexs d'assistència globals, diferents taules proporcionades per l'ordinador –i que per manca d'espai no figuren en el present article– ens parlen de la cronicitat de la consulta i de la mostra: el 48,5 % de la mostra consulta 6 vegades més el conjunt d'especialistes; el 24,4 % (gairebé la quarta part) consulta 16 o més vegades i l'11,4 % consulta 30! o més vegades diversos especialistes. El problema és que resulta difícil determinar fins on la cronificació i fins on la medicalització són els factors fonamentals de tal resultat. Però el resultat és, per ell mateix, força preocupant: significa que són pacients crònics (o crònicament medicalitzats) el 24,4

TAULA 2. Resum de dades sobre la població de la «zona» estudiada: Sant Martí de Provençals-Verneda, Bon Pastor, La Pau.*

	N	%	ALTRES
Població			
Total	88.476	100	
Homes	43.596	49,3	
Dones	44.880	50,7	
Procedència			
Catalunya	40.006	55,4	(88,1 % de Barna.capit.)
Immigrants	30.470	44,6	
Andalusos	14.737	16,7	
Castella-Lleó i Extremenys	10.872	12,3	
Any d'arribada dels immigrants			
Abans del 41....	4.279	4,8	
Del 41-50	5.368	6,1	
Del 51-60	10.262	11,6	
Del 61-65	9.216	10,4	20% vingueren 12-22 anys abans de l'estudi
Del 66-70	8.515	9,6	
Del 71-75	4.310	4,9	
Després 1975....	2.836	3,2	
Edats (criteri psicosocial)			
0-14 anys	21.942	24,8	
15-24 anys	15.462	17,5	
25-44 anys	22.386	25,3	
45-54 anys	12.961	14,6	
55-64 anys	9.044	10,2	
65 i més anys	6.618	7,5	
No consta	63	0,1	
Professions declarades			
Directius	1.155	3,3	
Professions liberals	221	0,6	
Tècnics superiors i similars	1.589	4,5	
Administratius i venedors	6.962	19,8	
Obrers	12.989	36,9	
No consten en el padró	10.855	30,8	

* Elaborades a partir del Padró Municipal 1980. Institut Municipal d'Estadística.

dels de la Zona, és a dir 16.435 persones i, d'aquestes, «crònics greus», l'11,4 % de la Zona, és a dir, 7.912 persones.

3.3. Taxes de freqüentació i nombre de visites segons l'edat, el sexe i l'any de la primera visita

En el cas de la consulta de Neuropsiquiatria, els que consultaren per primera vegada entre l'any 1974 i el 79 tenen més tendència a consultar en el futur, malgrat que aquesta diferència no sigui significativa estadísticament. Podria pensar-se en la influència de complexos factors dependents dels Neuropsiquiatres (o substituïts) concrets encarregats de la plaça, però s'ha de pensar també en la influència del final del «desenvolupament econòmic-social» i en el començament de la crisi econòmica en la consulta d'aquesta especialitat (taula 5).

A la resta d'especialitats es dona una tendència similar: major freqüentació, major tendència a la «cronicitat», en els pacients que consultaren entre el 66 i el 74 (inclusius). Aquesta tendència és estadísticament molt significativa, amb P que oscil·len entre 0,000 i 0,002, en les especialitats de dermatologia, digestiu, endocrinologia, oftalmologia, ORL i traumatologia. Aquesta tendència no assoleix la significació de 0,05 a la resta d'especialitats (neuropsiquiatria, cirurgia, ginecologia, pulmó i cor-tocologia i urologia). Això fa pensar que les primeres especialitats són més directament influenciades per factors socials: resultats de la migració, problemes i influències laborals, influències de la insalubritat ambiental al llarg dels anys...

Com es podia esperar, les taxes de freqüentació anuals del total de visites també són afectades per aquells factors socials de manera intensa: (P = 0,000), de forma tal que els que consultaren per primera vegada durant aquells anys (i, particularment, el 1969) esdevindran consultants amb molta més tendència a la cronicitat i/o medicalització que la resta (taula 5).

Una altra dada descriptiva, en la qual insistirem després: *el nombre total de visites al conjunt d'especialistes està molt estretament relacionat amb el nombre total de consultes a neuropsiquiatria* (P = 0,000); això, a més de donar un índex de la tendència a la somatització de l'ansietat en la nostra mostra, de les repercussions negatives d'una mala assistència psicosocial sobre la resta de l'assistència, de la importància de la somatització i medicalització consecutiva com a defenses contra les ansietats inelaborables, fa pensar en curiosíssims índexs «sanitaris», que comentarem posteriorment.

La cronicitat de la mostra neuropsiquiàtrica resta ben clara només en consultar les taules 3 i 4, referents al nombre de visites l'any i especialitat dels pacients de la mostra (i comprovada en «l'estudi del decenni» 1970-79, realitzat amb l'ordinador). Ja aquí, fins sense aplicar el factor de correcció consistent a fer la mitjana no dels 21 anys sinó des que el pacient acudí per primera vegada a un especialista (taula 4) es pot observar, emperò, la cronicitat dels pacients neuropsiquiàtrics del nostre ambulatori, que consulten fins i tot més a psiquiatria que a traumatologia. Aplicant la correcció citada, el resultat és encara més aclaparador a favor d'una major cronicitat o consulta per cronicitat i medicalització de la mostra neuropsiquiàtrica: la mitjana és de 3,316 visites l'any des de la primera. És aquesta una dada fonamental per a la intencionalitat amb què comencem la nostra recerca: fer un pronòstic sobre el futur de la consulta i la pressió assistencial a la mateixa.

Intentem també investigar l'existència d'alguna tendència significativa en les visites per anys segons l'edat de la primera visita i el sexe en el conjunt d'especiali-

TAULA 3. Distribució de la freqüentació per especialitats (Mostra: 299; Període 1962-1963).

Especialitat	Pacients		Visites		Visites per pacients (21 anys)	
	n	%	n	%	Mitjana	Desv. estàndard
NPQ	49	16,39	450	11,21	9,18	13,43
CIR	88	29,43	372	9,26	4,23	4,79
DER	123	41,14	398	9,91	3,24	5,58
DIG	72	24,08	317	7,89	4,40	5,45
END	41	13,71	246	6,12	6,00	7,93
GIN	38	12,71	98	2,44	2,58	2,34
OFT	138	46,15	345	8,69	2,50	2,26
ORL	113	37,79	397	9,89	3,51	5,63
P-C	90	30,10	337	8,39	3,82	8,65
TOC	5	1,67	30	0,75	6,00	4,00
TRA	135	45,15	922	22,96	6,83	11,50
URO	43	14,38	96	2,39	2,23	3,40
TOTAL	299	(935)	4008		13,43	21,29

TAULA 4. Característiques de la freqüentació en les especialitats

Dades «brutes»	NPQ	CIR	DER	DIG	END	GIN
N.º Pacients	49	88	123	72	41	38
% Pacients	16,39	29,43	41,14	24,08	13,41	12,71
N.º Visites	450	372	398	317	246	98
% Visites tot.	11,21	9,26	9,91	7,89	6,12	2,44
x Visites/pac.	9,18	4,23	3,24	4,40	6,00	2,58
D.S. Visites/pac.	13,43	4,79	5,58	5,45	7,93	2,34
% 1 o 2 visites no més	44,9	51	64,2	50	46,3	68,4
N.º Màxim visites	62	21	57	37	34	13
Visites l'any des de la 1 ^a						
X	3,13	1,25	1,31	1,35	1,52	1,00
D.S.	3,42	0,74	0,89	0,60	0,80	0,00
% 1 o 2 vis/any només	54,50	95	92,80	93,60	82,30	100
N.º Màxim	16	5	5	3	3	1

tats. Es tractava d'intentar aproximar-nos a la tendència a la cronicitat segons l'edat i el sexe de la mostra i en les diferents especialitats. Aquestes taules no mostren tendències significatives en les especialitats de neuropsiquiatria, dermatologia, digestologia, endocrinologia, ginecologia i tocologia (tenint en compte el sexe habitual de les consultants en aquestes dues especialitats), oftalmologia, urologia i les visites totals. A traumatologia (com apuntàvem abans), malgrat no existir una tendència clara a una major cronificació en relació a l'edat de la primera consulta, existia una clara tendència a la cronificació de les dones respecte als homes consultants.

A la resta d'especialitats hem trobat tendències estadísticament significatives dignes de ressaltar. En el cas de la cirurgia i en els subjectes de sexe masculí és estadísticament significativa la taxa de freqüentació si la primera consulta s'esdevé als 41-55 anys, cosa que fa pensar en controls post-quirúrgics. Aquesta tendència no es repeteix en el cas dels subjectes femenins, cosa que faria pensar que aquests repeteixen consulta portant queixes diverses. A ORL és clara la tendència a realitzar els homes una única visita i a l'edat mitjana de la vida (i bastant clara en les dones). A pulmó i cor esdevé aquesta mateixa tendència a realitzar més visites els pacients de mitja edat que hi acudeixen novament més en el cas dels homes, però no en el de les dones, cosa que fa pensar que la població femenina que consulta i repeteix consulta, com en cirurgia i possiblement en ORL, és portada a tal consulta per problemes diferents als estrictament cardiopulmonars (problemes «funcionals?», problemes psicofisiològics o «psicosomàtics»? En aquest cas es tractaria probablement de

considerades en dos dels estudis realitzats a partir de la mostra de fitxers.

	OFT	ORL	P-C	TOC	TRA	URO	Totales
	138	113	90	5	135	43	299
	46,15	37,79	30,10	1,67	45,15	14,38	100
	345	397	337	30	922	96	4008
	8,69	9,89	8,39	0,75	22,96	2,39	100
	2,50	3,51	3,82	6,00	6,83	2,23	13,43
	2,26	5,63	8,65	4,00	11,50	3,40	21,29
	66,00	61,9	65,5	40	45,9	86,0	27,1
	10	49	78	11	74	22	170
	1,09	1,37	1,66	1,25	1,78	1,09	2,57
	0,29	0,98	1,51	0,50	2,27	0,302	3,23
	100	89,20	81,50	100	85,60	100	69,80
	2	5	8	2	19	2	40

TAULA 5. *Freqüentació per especialitats segons l'any de la primera consulta i el sexe.*

Especialitat	Període modal 1ª visita	Any Moda	%	Signif.	Període modal amb més freqüentació	Mitjana cons/pac. dels que foren 1ª en aquells anys	Signif.
Neuropsiquiat.	76-79	1976	10,2	0,9364	1974	26,00	0,2798
		1979	10,2				
Cirurgia	73-80	1975	11,4	0,7358	1970	11,33	0,4937
Dermatologia**	76-80	1980	15,4	0,0000	1969**	31,50	0,0000
Digestologia**	76-80	1976	19,4	0,0002	1969**	37,00	0,0000
Endocrinolog.**	77-80	1977	14,6	0,0022	1966**	31,00	0,0540
Ginecologia	76-80	1977	18,4	0,8627	1973	5,00	0,7188
Oftamologia**	76-80	1976	11,6	0,0000	1966**	7,00	0,0017
ORL**	76-80	1976	13,3	0,0000	1966	9,00	0,4960
					1973	8,11	
Pulmó i Cor.	75-80	1976	13,3	0,6588	1973	12,57	0,9549
Tocologia	76	1976	40,0	0,2414	1974	9,00	0,7341
Traumatologia**	76-80	1976	13,3	0,0000	1966**	29,50	0,0296
Urologia	76-80	1980	16,3	0,9861	1967	8,33	0,7567
Conjunt d'especialitats**	76-80	1980	17,7	0,0000	1969**	104,00	0,0000

** = significatives

diverses expressions de la somatització d'ansietats persecutòries i depressives inelaborables al nivell «mental»).

Els totals mostren una clara predominança de les dones i una tendència significativa ($P=0,01$): les dones amb més tendència a cronificar-se visitant especialistes de l'INSALUD són les que acudeixen per primera vegada a ells en «l'edat adulta» de la vida (Erikson, 1963). A més a més com ja hem dit les dones tendeixen a cronificar-se o medicalitzar-se en un percentatge –estadísticament significatiu– major que els homes. Tot això fa pensar en dades similars recollides en altres consultes de Neuropsiquiatria de Catalunya i Astúries (Tizón, Bermejo, Garre, 1981a i b; Rendueles, 1982), així com en la mostra de pacients «funcionals» estudiada per un de nosaltres (Tizón, 1975) en una consulta de Medicina de Capçalera del desaparegut Instituto Nacional de Previsión (antecessor de l'INSALUD) i ens orienta de nou vers la consideració dels importants problemes de tipus psicosocial que la dona ha de suportar en el nostre tipus de societats i com la seva repercussió inelaborable s'agreuja precisament a partir de l'edat en la qual es fa més evident la dificultat de reorientar la vida (¿i també a partir de l'edat en la qual la creativitat no podrà expressar-se a través de la criança de nous fills?).

Com dèiem sembla molt clar que el final del desenvolupament i l'inici de la influència de la crisi del sistema econòmic-social mundial al nivell català es tradueix ben directament: el mode de major freqüentació se centra dels anys 76 o 77 a 80 en gran part de les especialitats i això de forma estadísticament significativa en el cas

de la dermatologia, digestologia, endocrinologia, ORL, traumatologia i, no cal dir-ho, en les visites totals realitzades al conjunt dels especialistes per tota la població assegurada. Consecutivament, això significa que la concentració del major nombre de primeres visites en aquests anys no es deu a l'atzar. En opinió nostra, hi hauria tres hipòtesis per a explicar-la: 1) Canvis assistencials. 2) Començament de la crisi econòmic-social del sistema. 3) La influència de la migració.

Hem buscat dades sobre les hipòtesis 1 i 3: la primera no es pot sostenir perquè no es donaren canvis assistencials específics al nostre Ambulatori els anys anteriors. La ràpida davallada en la freqüentació a partir de l'any 80, potser sí que tingui relació amb certes racionalitzacions assistencials, a més de tenir-la amb la segona hipòtesi. La hipòtesi que relacionaria aquesta taxa de freqüentació i les migracions,³ tampoc sembla sostenir-se si posem en relació els nostres resultats amb els resultats dels estudis nacionals i internacionals sobre el tema (Berner, 1967; Friessen, 1975; Tizón, San José i cols. 1983): el major índex d'arribada d'immigrants en aquests barris correspon als anys 51-60 (11,6 % dels immigrants), 61-65 (10,4 %) i 66-70 (9,6 %) (Font: Padró Municipal, 1980), de forma tal que no existeix ni una aglomeració quant a la data de la migració que pugui determinar efectes retardats ni una coincidència temporal posterior en l'expressió de l'elaboració insuficient i medicalitzada del «dol migratori» en cap de les tres fases temporals típiques descrites pels estudis internacionals (Daumezon, 1965; Berner, 1967; Berner, Zapotoczy, 1969, per exemple) i nacionals (Tizón i cols., 1983). D'altra banda, els immigrants de la primera generació, durant la Dictadura de Primo de Rivera i la República, són escassos en la mostra de freqüentació a especialistes (malgrat que el 7,4 % dels habitants de la nostra piràmide tenen edats superiors als 65 anys, consulta en proporcions de 4,6 % per primera vegada en aquesta edat i proporciona el 6,7 % de les visites totals de les dones i el 7,1 % de les consultes dels homes). Com a conseqüència sembla que en aquest mode de freqüentació dels anys 76 al 80 hi tingui influència la crisi econòmic-social. Altres dades són també importants ja que mostren diferències en la tendència a la cronicitat (mesurada a través de la freqüentació més alta als especialistes) segons l'any de la primera visita: en aquest cas, els pacients més crònics tendeixen a trobar-se entre els que consultaren per primera vegada els anys 1966 a 1969, i aquesta dada és significativa en les consultes de dermatologia, digestologia, endocrinologia, oftalmologia, traumatologia i en les consultes a tots els especialistes.

Això sembla indicar que haver consultat en el nostre Ambulatori durant els vuits primers anys de la seva existència suposa, possiblement pel tipus de l'esmentada assistència, importants perills de cronificació. Potser en aquest cas, el pes del factor «any d'immigració» pot tenir un cert paper, en especial a través d'una medicalització del *dol migratori insuficientment elaborat*, si recordem els anys d'arribada màxima –1951/1970– i les tres corbes típiques de descompensació psicopatològica de tal dot: podria tractar-se de manifestacions de les «crisis secundàries» i «terciàries» del dol pel trasplantament insuficientment elaborat (Calvo, 1972; Tizón i cols., 1983, Achard, Galeano, 1983). L'assumpte és important: per això n'hi ha prou observant la taula 5: en les 6 especialitats en les quals la distribució es estadísticament significativa, la tendència consisteix en el fet que els pacients que consultaren en aquests grups concrets solen fer després més de 30 (trenta) visites al conjunt dels especialistes. I aquesta dada adquireix la màxima claredat si recordem que la majoria dels consultants (92,4 %), «només» consulten el conjunt dels especialistes menys de 5 vegades l'any.

TAULA 6. Relacions dels pacients amb major freqüentació al conjunt de les especialitats i a neuropsiquiatria.

Consultes i especialistes	N.º pacients de la mostra aleatòria	% Respecte al total	% d'aquests pacients que consulten NPQ respecte al total
Més de 2 consultes en 2 o més especialistes	143	47,8	29,4
Han consultat més de 5 especialistes	42	14,0	59,5
Més de 6 consultes	145	48,5	42
Més de 16 consultes	73	24,4	46,6
Més de 30 consultes	34	11,4	67,6

3.4. Recerques especials

Hauriem d'incloure, finalment, una sèrie de recerques especials que realitzem tractant de trobar índexs numèrics de cronicitat, somatització i cronificació medicalitzada. Algunes d'elles vénen resumides a la taula 6.

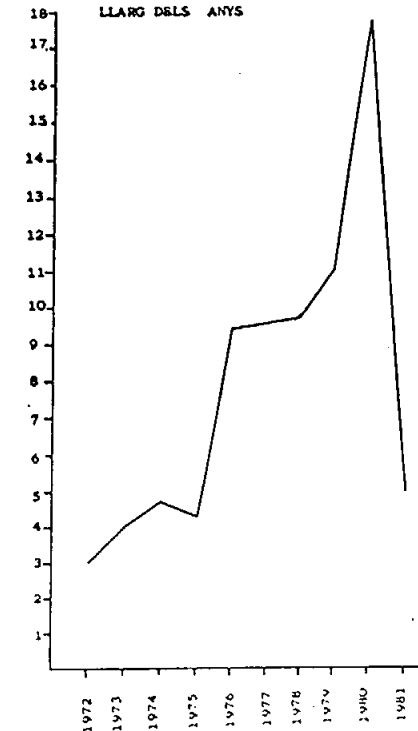
Comprovarem, a més, que cada pacient neuropsiquiàtric ha consultat, per terme mitjà, més de 5,49 especialistes. I una dada curiosa: en la mostra neuropsiquiàtrica hi ha un pacient que consulta habitualment 9 o 10 especialistes, tan enderiat està a objectivar el «perseguidor intern» de l'hipocondríac (Rosenfeld, 1966). Aquestes dades no concorden amb l'experiència clínica de cap de nosaltres com a metge de capçalera (i de les ATS de l'ambulatori) que han pogut observar la resistència tançada, bàsica, d'algun d'aquests pacients, ja no solament al *insigth* psicològic i a la presa de contacte amb els conflictes i emocions, sinó fins i tot a la mera remissió a la consulta de «nervis», malgrat siguin uns «nervis» tan poc psicològics i tan medicalitzats també com els de la consulta de Neuropsiquiatria de Zona de l'INSALUD.

En un altre terreny, els pacients de la mostra que haurien consultat en neuropsiquiatria han realitzat un conjunt de 1.828 visites al conjunt dels especialistes, cosa que representa el 45 % de la freqüentació global de tots els pacients de la mostra en aquests 21 anys als 21 equips d'especialistes (4.008 consultes comptabilitzades). Per terme mitjà, tals pacients han realitzat 37,306 consultes a especialistes, cosa que fa pensar en les enormes repercussions sobre l'assistència que té aquest tipus de pacients. En concret, pràcticament tots els pacients que han consultat més de 38 vegades els especialistes (i quantes hauran anat als metges de capçalera?) són, a més, pacients de neuropsiquiatria. I, sens dubte, els pacients que han realitzat 92, 99, 136, 158 i fins i tot 170 consultes als especialistes són també pacients de la consulta de neuropsiquiatria. Les dades parlen per elles mateixes i no necessiten comentaris.

4. Discussió sobre les dades de la nostra mostra

El problema més important d'estudis com el que ens ocupa, basat en fonts secundàries, és que són sensibles a la introducció de *jaients* (errors sistemàtics) derivats de les diferents actituds variables dels pacients en la demanda d'atenció sani-

GRAFIC 1
% PRIMERES VISITES REPARTIDES AL LLARG DELS ANYS



tària, dels facultatius o personal sanitari en el registre de dades i, fins i tot, de les orientacions de la institució on es recullen les dades (Jenicek, Cleroux, 1982). Hem intentat disminuir tals inconvenients introduint i tenint en compte una sèrie de factors de correcció que per limitació de temps i d'espai no exposarem en aquest treball. Malgrat això considerem que la nostra recerca en fitxers, amb les desviacions naturals d'aquesta (malgrat sigui aleatòria) i amb les derivades d'utilitzar sobre d'ella càlculs i recerques secundàries i terciàries, presenta uns resultats que, a grans trets, són vàlids per al període estudiat, com hem comprovat comparant-los amb les dades precedents dels «controls de planta».

Després de la breu presentació de les dades realitzada als punts anteriors, en l'anàlisi detallada de les quals no podem entrar, creiem que és el moment de considerar la validesa o no de les hipòtesis inicials:

4.1. Verificació de les hipòtesis

Amb les dades exposades fins al moment podem considerar provada la hipòtesi 1 en els seus dos apartats:

4.1.1. La Consulta de Especialitats situat en un barri format per treballadors i

classe mitja-baixa d'una ciutat industrial, en una època d'atur, i amb un 44,6 % d'immigrants de primera generació, i possiblement, un 70 % d'immigrants i fills d'immigrants. Únicament l'especialitat de traumatologia, amb més mitjans i personal que la nostra, la supera en nombre de visites totals.

4.1.2. No obstant això, és molt clar que els pacients de Neuropsiquiatria són els que repeteixen més vegades la consulta (i de forma notablement superior a la resta d'especialitats): mitjana anual 3,13 (1,91 en «l'estudi del decenni» 70-79).

Tot això apunta ja al grau de confirmació de la segona hipòtesi, tant en el seu apartat 2.1 (la submostra més cronificada és la neuropsiquiàtrica) com també la següent, 2.2. També aquesta població és la que més consulta d'altres especialistes, fins al punt que, en alguns casos, la població de la nostra consulta explica més del 80 % de la consulta d'especialitats com Oftalmologia i Traumatologia, i tendeix a produir el 45 % de la freqüentació global als 21 equips d'especialistes de l'ambulatori. Heus ací la situació que hem anomenat de «cronificació medicalitzada».

Això prova la primera part de la hipòtesi 3 (3.1.). La segona part (3.2) es dedueix també d'aquestes dades. A més creiem que és una realitat molt coneguda tant per part del personal assistencial dels serveis d'urgència i d'assistència primària com dels propis psiquiatres, psicòlegs i assistents socials, i doncs no hem d'insistir en aquest camp. La realitat clínica de la nostra assistència quotidiana ens mostra que un pacient psiquiàtric o psicosocial no *contingut* (Bion, 1963; Winnicott, 1965) en les seves ansietats tendirà a consultar un i altre dispositiu sanitari de forma més cridadora que una persona sense trastorn o malaltia i fins que una persona amb malalties (ens referim a «malalties somàtiques») cròniques i invalidants (Tizón, 1974a, Anguera, 1982, Anguera i cols., 1976).

4.2. Resum dels índexs epidemiològics i assistencials neuropsiquiàtrics

a) En una població com la considerada, la majoria dels membres, inclosos els nens menors de cinc anys, han consultat, durant els últims cinc anys, alguna vegada un dels especialistes citats (si no fos així, la seva història clínica hauria passat al sector «inactiu» dels fitxers).

b) D'ells, el 16,39 % han consultat Neuropsiquiatria alguna vegada durant els últims cinc anys, la qual cosa dona com a resultat que el juny de 1983, 11.473 persones tenien història neuropsiquiàtrica actualitzada durant els cinc anys anteriors.

c) Al llarg d'aquests 21 anys d'existència de l'ambulatori, s'ha de considerar que el neuropsiquiatre realitza l'11,21 % dels actes mèdics del conjunt d'especialistes de l'ambulatori,²⁴ amb un total de 107.550 visites.

d) Des que acudeixen per primera vegada, aquests pacients (11.473) tendeixen a venir 3,13 vegades l'any. Això significa que l'«expectativa de freqüentació» actual és de 36.644,43 visites l'any si tots acudissin una vegada (assegurats de gener 1983).

e) Tot i que el 45 % dels pacients abandona la consulta, el 55 % restant insisteix i vol veure de nou el psiquiatre. Això significa que, si la població que actualment consulta no augmentés (i sabem que la incidència neuropsiquiàtrica a la Zona és de 1.095 nous consultants/any -1,56 %-) continuarien venint cada any 6.441 persones: la pressió assistencial seria de 20.160 visites l'any.

f) Resumint: en un any qualsevol, consultaran una o dues vegades (i tal vegada per a no tornar) 6.382 pacients, mentre que 5.329 consultaran més de dues vegades l'any.

g) Un últim apartat dels índexs epidemiològics el formarien el que hem anomenat «índexs de cronicitat» de la nostra consulta. Resumint-los serien els següents:

- Els pacients de Neuropsiquiatria són els que en més ocasions han consultat al llarg de 20 anys.

- Són, a més, els que acudeixen a la consulta més vegades l'any, duplicant quasi la mitjana de qualsevol especialitat i superant ells sols la mitjana de visites/any al conjunt dels 12 especialistes i els 21 equips considerats.

- Són els que tendeixen a repetir la consulta més sovint.

- A aquesta consulta s'acumulen els màxims somatitzadors de la mostra i de l'ambulatori.

- La freqüentació anual en Neuropsiquiatria i la freqüentació total als especialistes es troben relacionades molt estretament i aquesta relació té una alta significació estadística ($P = 0,000$). Això significa que la consulta de neuropsiquiatria explica una bona part del total de les visites al conjunt dels especialistes de la Zona. És una dada sobre la qual haurien de meditar tots els «reformadors sanitaris» i els «economistes de la salut» quan dubten, en plantejar-se la reforma de l'assistència, si deixar per a una «fase posterior» la reforma de l'assistència psiquiàtrica: ¿per a la segona, tercera o quarta fase de la reforma sanitària? Dades com aquesta, que tanmateix no es la primera vegada que s'apunten, haurien de fer el dubte ben diferent: ¿com escometre urgentment la reforma de l'assistència psiquiàtrica ambulatoria com una de les primeres mesures per a millorar la resta de l'assistència?

No obstant això, i valgui com a exemple de la situació contrària, davant les dades anteriors, un de nosaltres sol·licità el novembre de 1982 a la Conselleria de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, la creació d'un Equip Psicosocial a aquesta Zona o, almenys, canviar a 6 hores el temps dedicat pel Neuropsiquiatre. El juny de 1984 no havia rebut encara cap tipus de comunicació oficial al respecte.

5. Alguns comentaris finals

Dels resultats presentats fins al moment es desprenen una sèrie d'interrogants sobre la validesa de les dades i les alternatives de futur a curt i llarg termini. Ens podem preguntar:

¿Són generalitzables aquestes dades a d'altres zones...? De moment creiem que falten estudis que ens ho demostrin. ¿Fins a quin punt situacions com les presentades es deuen al «desastre assistencial» de l'INSALUD i els seus homòlegs autonòmics o bé són l'expressió de problemes assistencials més generals i poc coneguts...? Fins a quin punt els problemes psicosocials agreugen l'actual situació i es de preveure que els continuïn agreujant?

Per a iniciar la discussió d'aquests tipus de problemàtica sobre quantes i quines de les nostres troballes es deuen al desastre assistencial i quantes i quines a realitats que, a pesar d'una millora d'assistència continuaran apareixent (a qui vulgui investigar-les, és clar...) hem realitzat una sèrie de comentaris que relativitzen les dades anteriors.

a) Creiem que una millora de la situació assistencial, especialment a la primera línia d'assistència, faria canviar ràpidament la dada que entre el 76 i el 100 % de la població consulti els especialistes citats, ja que una gran part d'aquestes consultes serien absorbides en el futur pels propis metges de capçalera o pels pediatres (Balling, 1968; Goldberg, 1966; Tizón, 1978b., 1983).

b) Així i tot, no podem ésser massa optimistes pensant que unes possibles millores en l'assistència disminuïssin la taxa de prevalència psiquiàtrica del 16,39 % dels últims cinc anys; els estudis internacionals al respecte així ens ho confirmen. I fins i tot els estudis nacionals (Shepherd i col·labs., 1972; Crespo i col·labs., 1980; Vázquez i col·labs., 1981). Les diferències es basarien més aviat en un canvi de qualitat de l'assistència i en l'evitació d'una part de la *cronificació medicalitzada actual*.

c) Si l'assistència millorés baixaria potser l'índex d'«abandons» dels consultants, però no en massa punts. És important tenir en compte que a la primera línia d'assistència, molts problemes es poden encarrilar adequadament amb una o dues consultes ben orientades. D'altra banda, els problemes greus, crònics, especialment els problemes psicossocials basats en trastorns de personalitat, tendències relacionals basades en la manipulació, etc., per llurs característiques pròpies, tenen un alt índex d'abandó de la consulta. En una assistència psicossocial correctament orientada, sí és d'*atenció primària* (Vuori, 1983), moltes de les persones no acceptaran les recomanacions de l'equip perquè no encaixen amb els seus desigs, imposicions, manipulacions, etc.

d) Tampoc no canviaria molt la mitjana de visites l'any de cada consultant. Fins i tot podria augmentar si es fes una assistència més adequada, la qual no podria evitar, almenys en bastant de temps, les ja sabudes demandes burocràtiques de «receptes», «partes», i «certificats» propis de la seguretat social. Això significaria, en una zona com la nostra, almenys en una primera època, més de 80 consultants al dia.

e) Si els índexs de morbiditat, prevalència i demanda psicossocial no es modifiquen de forma radical, es necessitaran per a assistir una població com l'estudiada entre 5 i 8 professionals treballant 6 hores diàries, sempre que, a més de les tècniques farmacològiques, apliquessin tècniques psicològiques i psicossocials basades en el suport a l'autonomia dels consultants i dels seus nuclis vivencials naturals (és a dir, donant suport i desenvolupant el «sistema profà» o la psiquiatria comunitària: Tizón, 1984). Contràriament, es pot esperar un augment espectacular i ininterromput de la demanda i del consum, tal com ja fa anys es produï amb ocasió de l'extensió del model d'assistència «de sector» en alguns districtes de París (Jervis, 1975). Es pot arribar a aquest resultat desfavorable per les vies, aparentment oposades, de la psicologització o de la medicalització, que coincideixen en una *professionalització* de la vida quotidiana i dels problemes psicossocials (Gorz, 1980).

f) Tot això ens porta a revalorar les *tècniques d'entrevista que tendeixen a evitar la cronificació medicalitzada* dels consultants. Es planteja el dilema d'aconseguir una assistència psicoterapèuticament influïda o bé aconseguir, tot i no voler-ho, la medicalització i la cronificació per a milers de pacients (Balint i col·labs., 1966; Balint, 1968; Balint, Norell, 1973).

g) Respecte als índexs de cronicitat, tant la nostra experiència com la consulta de la bibliografia internacional sobre el tema (Lewis 1975; Bayés, 1979) ens fa pensar que és la incorporació de tècniques psicossocials l'únic sistema conegut per a fer baixar més aquests índexs de cronicitat, tal com ens ho ha demostrat per exemple Goldberg i Neil (1973). El problema és que aquest model assistencial, que parteix de la inclusió de l'assistència i prevenció psicossocial i psiquiàtrica dins els dispositius d'assistència primària, no ha estat encara experimentat de forma àmplia en cap país conegut.

Contràriament, si que s'ha experimentat l'apropament de l'assistència psiquiàtrica a la comunitat mitjançant dispositius com els *Community Mental Health Centers*.

Les raons actuals dels seus incerts resultats (cfr. per exemple, Bayés, 1982), independentment de les decisions polítiques que els estan portant a la desaparició als USA (més missils i menys salut mental), s'han de buscar, al nostre entendre, en un dèficit doble: d'una banda, en llur separació de l'assistència primària (privada i privatitzadora als USA); d'altra banda, en el polimorfisme de la seva assistència, que feia que en molts casos els anomenats «Community Mental Health Centers» apliquessin com a tècniques «comunitàries»... tècniques psiquiàtriques clàssiques, biològiques, acompanyades d'intents més o menys voluntaristes de tall sociològicista.

Al contrari, una bona assistència psicossocial ha d'anar estretament lligada a l'assistència sanitària primària, com ens mostra novament el nostre estudi i com algú de nosaltres porta anys defensant (1974a i b, 1978a i b).

És l'única forma d'assolir que no existeixi una dissociació més entre els pacients que visiten el centre psiquiàtric o psicossocial i els equips sanitaris de primera línia i, per tant, és l'única possibilitat real d'*intentar* disminuir els índexs de somatització i conversió tant en un com en altre tipus de serveis. El resultat, en una primera època, serà possiblement un augment del nombre de serveis i de treballadors psiquiàtrics i psicossocials (actuant directament amb els pacients) i proporcionant ajut psicossocial a la resta del personal sanitari. Això implica també que un Servei d'Ajuda Psicossocial i Psiquiàtrica serà el lloc de confluència dels pacients més crònics de les diverses especialitats, dels pacients més difícils i menys volguts pels seus metges, dels pacients que més tendeixen a repetir les seves consultes...

Aquests fets impliquen així mateix que un equip psicossocial no ha de caure en l'absurda, anacrònica i omnipotent fantasia que el seu treball, ni tan sols el seu principal treball, ha de referir-se al tractament individual de pacients concrets: és impossible a qualsevol servei d'aquest tipus suportar les mil o dues mil noves consultes anuals, més les 3,13 visites anuals de mitjana dels pacients antics, sense que el servei es col·lapsi a curt o mitjà termini: la nostra consulta va rebre més de 1.095 primeres visites al llarg de 1983 i 2.998 entre l'1 de juliol del 82 i l'1 de juliol del 84. Si hi sumem els 11.473 pacients «antics» i ho multipliquem per 3,13, ens donaria entre 36 i 39.000 visites l'any, que ja actualment superarien les possibilitats d'atenció d'un equip dotat de 8 professionals i el personal no tècnic adequat. Per raons d'aquest tipus, basades fins ara en experiències clínic-assistencials (i a partir d'aquesta investigació, també en dades assistencials i epidemiològiques), hem mantingut (1978b., 1983) que el treball fonamental dels equips psicossocials lligats a la primera línia d'assistència consisteix sobretot a ajudar la resta del personal d'aquesta «línia» sanitària, la resta dels equips sanitaris, a poder ajudar a *contenir* (Bion, 1963, Winnicott, 1965) i elaborar els problemes psicossocials que es presenten a les seves consultes: problemes de *dols* mal elaborats, problemes de *dols* davant malalties somàtiques, problemes psicossocials lleus, *contenció* en el sentit psicodinàmic (Winnicott, 1965, Bion, 1963, Freud, 1917, Klein, 1940) de pacients «psicosomàtics», contenció de persones amb trastorns de personalitat no molt marcats, etc. D'aquí la importància de tècniques psicossocials ja estudiades anteriorment com són la *tècnica del «flash»* (Balint i Norell, 1973), la *psicoteràpia d'orientació psicoanalítica en la pràctica mèdica* (Balint, 1961; Balint i col·labs., 1972), les «entrevistes de contenció», etc. La possibilitat que els equips sanitaris es formin i apliquin aquestes tècniques psicossocials junt amb les seves tècniques específiques, és quelcom que tot equip psicossocial tècnicament format i assistencialment no omnipotent ha d'intentar afavorir com a primer criteri assistencial. No cal dir-ho, no és un treball fàcil, ni curt, ni senzill. Entre d'altres moltes raons perquè, fins i tot entre els professionals de la psicologia i la

psiquiatria actuals, hem de dir-ho clarament, són més aviat escasses les persones que posseeixen tal formació i que, a més, poguessin contribuir a estendre-la. Però també perquè encara que hi hagués suficients persones capacitades tècnicament i amb la sensibilitat per a la relació interpersonal que exigeix l'aplicació sistemàtica de tals tècniques, la somatització, la conversió i altres formes de defensa contra les ansietats persecutòries i depressives continuaran essent un problema i un assumpte fonamental del treball quotidià de qualsevol equip de salut. En definitiva, encara que profundes reformes de l'assistència primària són necessàries i fins i tot urgents, no ens ha de fer pensar que amb elles es pugui eliminar de l'assistència o de la prevenció tendències psicològiques humanes tan universals com la somatització o la disociació, maniobres psicològiques inconscients. Per tant, la *cronificació medicalitzada* serà una realitat institucional almenys durant llarg temps. Tanmateix, resultaria sumament important aconseguir disminuir-ne l'amplitud i profunditat, que avui comporta tan greus resultats als usuaris i als equips sanitaris de qualsevol tipus.

Bibliografia

1. ACHARD, L., GALEANO, J. *Vicisitudes del immigrant*. Comunicació presentada al 33º Congrés Internacional de Psicoanàlisi. Madrid, 1983.
2. ANGUERA, I. *Influència de l'Hospital General en la salut comunitària*. En: Jornades de Treball Salut Mental i Comunitat a Catalunya. Barcelona: Secció Col·legial de Psiquiatre, Col·legi Oficial de Psicòlegs, 1982; 101-111.
3. ANGUERA, I., SERRA, J., SEDÓ, R., CABEZAS, R., DÍAZ, D., REBES, V., NOLLA, J., WULFF, J. *Valoración de la demanda asistencial en un dispensario de medicina interna en un Hospital General*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, 1976, 36(1):51-64.
4. GALINT, M. (1968). *El médico, el paciente y la enfermedad*. (Dos tomos). Buenos Aires, Editorial Libros Básicos, 1971.
5. BALINT, M., BALINT, E. (1961). *Techniques Psychotherapeutiques en médecine*. Paris, Payot, 1966.
6. BALINT, M., BALINT, E., GOSLING, R., HILDEBRAND, P. *A study of Doctors*. Londres, Tavistock Publications, 1966.
7. BALINT, E., NORELL, J.S. (comp.) (1973). *Seis minutos para el paciente*. Buenos Aires, Paidós, 1979.
8. BALINT, M., ORNSTEIN, P.H., BALINT, E. (1972). *Focal Psychotherapy*. Londres, Tavistock Publications, 1972.
9. BASSOLS, R., HERNÁNDEZ, V., JIMÉNEZ-MARTÍN, E. Aportacions del Psicoanàlisi a la Salut Mental Comunitària. En: Jornades de Treball Salut Mental i Comunitat a Catalunya. Barcelona: Secció Col·legial de Psiquiatres, Col·legi Oficial de Psicòlegs, 1982: 31-38.
10. BAYÉS, R. *Psicología y Medicina*. Barcelona, Fontanella, 1979.
11. BAYÉS, R. *El médico, un placebo de lujo para una sociedad pobre*. Análisis y Modificación de conducta, 1982, 8(18): 259-280.
12. BELENES, R., CASAS, M., MÉNDEZ, E., SÉCULI, E., SEGURA, A. *L'Assistència extrahospitalària de la Seguretat Social a la ciutat de Barcelona*. Barcelona, C.A.P.S., Col·legi de Metges de Barcelona, 1978 (Exemplar mimeografiat).
13. BELENES, R., BRAVO, F., CUERVO, J., GUTIERREZ, R., REVENTÓS, J. *Anàlisi orgànic i funcional de l'INSALUD a Catalunya*. Barcelona, C.A.P.S. Col·legi de Metges de Barcelona, 1980 (exemplar mimeografiat).
14. BERNER, P. *Psychopathologie-des migrations*. Encicl Méd Chir. Psychiatrie 1967: 37880 A 10.
15. BERNER, P., ZAPOTOCZKY, H.G. *Psychopathologie des transplantés*. Confrontations Psychiatriques 1969, 4:135-154.
16. BION, W.R. (1963). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires, Paidós, 1966.
17. BOSCH, M., BRISÉ, E., DIAZ-MUNGUIRA, J.M., FABREGAS, J.L., MACHO, J.L., PÉREZ, R., PI, J., TORRA, M. *Estudi i proposta per a la reconversió i desenvolupament de l'assistència municipal en salut mental a Barcelona-ciutat*. Barcelona, Ajuntament de Barcelona, 1980 (polic.).
18. BRAVO, F., DE MIGUEL, J., POLO, R., REVENTÓS, J., RODRÍGUEZ, J.A. *Sociología de los Ambulatorios*. Barcelona, Ariel-Demos, 1979.
19. CALVO, F. *Emigración y elaboración del duelo*. Tesis Doctoral. Barcelona, Universitat Autònoma, Facultat de Medicina, 1972.
20. COCHRANE, A.L. *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services*. Washington: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972.
21. CODERCH, J. *Psiquiatria dinámica*. Barcelona, Herder, 1975.
22. COOPER, B., HARWIN, B.G., DEPLA, C., SHPHERD, M. *Mental Health Care in the Community: an evaluative study*. Psychological Medicine, 1975, 5, 372-380.
23. CORSER, CH., PHILIP, A. *Emotional Disturbance in Newly Registered General Practice Patients*. Brit J Psychiat, 1978, 132: 172-176.
24. CRESPO, M.D., RODRÍGUEZ, F., DEL AMO, F., MUERZA, P., PASTRANA, E. *Salud Mental y Epidemiología: un estudio de la prevalencia de neurosis en el medio rural y urbano*. Boletín de la Asociación Española de Neuropsiquiatria, 1980, 3(6): 5-30.
25. DAUMEZON, G. *Transplantation et maladie mentale*. Rev Practicien, 1965, 15:119-137.
26. DIAZ-MUNGUIRA, J.M., BERMEJO, J., MARCOS, M.J., TIZÓN, J.L. *Per a una reconversió de les consultes de Neuropsiquiatria dels Ambulatoris de l'INSALUD*. En: Jornades de Treball Salut Mental i Comunitat a Catalunya. Barcelona: Secció Col·legial de Psiquiatres, Col·legi Oficial de Psicòlegs, 1982: 133-138.
27. DROBNIC, L., CANELA, J., BENI, C., EZPELETA, A., CASTELLS, E. *Estudi de l'ús de les consultes i de les prescripcions farmacològiques a l'Assistència Primària de Barcelona*. Gaceta Sanitària, 1963, 8(2): 58-61.
28. ERIKSON, E.H. (1963). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires, Hormé, 1970.
29. FREUD, S. (1917). *Duelo y melancolía* («La allicción y la melancolía»). En: Metapsicología (O.C.I.), Madrid, Biblioteca Nueva, 1967.
30. FRIESSEM, D.H. *Travailleurs étrangers en République Fédérale Allemande. Quelques résultats et réflexions dans une optique médico-sociale et Psychiatrique*. Informations Psychiatriques, 1975, 51:283-291.
31. GOLDBERG, D.P. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Londres, Maudsley Monographs, Oxford University Press, 1966.
32. GOLDBERG, E.M., NEIL, J.E. *Social Work in General Practice*. Londres, Allen & Unwin, 1973.
33. GORZ, A. *Ecología y Política*. Barcelona, El Viejo Topo, 1980.
34. HOUP, J.L., ORLEANS, C.S., GEORGE, L., BRODIE, K.H. *The importance of Mental Health Services to General Health Care*. Cambridge, Massachusetts, Ballinger Publishing Co, 1979.
35. ILLICH, I. *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona, Barral, 1975.
36. INSALUD. *Necesidades Sanitarias y Recursos Asistenciales*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1980.
37. JENICEK, M., CLEROUX, M. *Epidemiologie: principes, techniques, application*. Edisem, 1982.
38. JERVIS, G. (1975). *Manual crítico de Psiquiatria*. Barcelona, Anagrama, 1977.
39. KLEIN, M. (1940). *El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos*. En: Contribuciones al psicoanálisis (Obras Completas 2). Buenos Aires, Paidós, 1975.
40. LEACH, G. *The biocrats: implications of medical progress*. Nova York, Mac Graw-Hill, 1970.
41. MOSER, R.H. *Diseases of medical progress: a study of iatrogenic disease*. Nova York, Springfield, 1969.
42. NIE, N., HADLAIHULL, C., STEINBRENNER, K., BENT, D. S.P.S.S.: *Statistical Package for the Social Sciences* (second ed.). Nova York, McGraw-Hill Book Company, 1975.

43. OWEN, R.T., TYRER, P. *Benzodiazepine dependence. A review of the evidence.* *Drugs* 1983, 25: 385-398.
44. RENDUELES, G., MENÉNDEZ, M.J., FERNÁNDEZ, C., BERMEJO, M. *Psiquiatría ambulatoria de la Seguridad Social en Asturias.* *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1982, 2(4): 49-55.
45. ROSENFELD, H. (ed.). *Psychotic States.* Nova York, International Universities Press, 1966.
46. SALAMERO, M. *El imperialismo intelectual del modelo estadístico muestral.* En: *El Biologismo: implicaciones teóricas, repercusiones en la Asistencia Sanitaria.* Tizón, J.L. y el CIPP (comp.) (En prensa).
47. SALZBERGER-WITTENBERG, I. (1970). *La relación asistencial. Aportes del psicoanálisis kleiniano.* Buenos Aires, Amorrortu, 1973.
48. SHEPHERD, M., COOPER, S., BROWN, A., KALTON, G. *Psychiatric Illness in General Practice.* Londres, Oxford University Press, 1972.
49. TERMES, J. *La immigració a Catalunya: Política i Cultura. Reflexions crítiques sobre la cultura catalana.* Barcelona, Departament de Cultura de la Generalitat de Catalunya, 1983.
50. TIZÓN, J.L. *Enfermos orgánicos y funcionales en la consulta de Medicina General del Seguro de Enfermedad.* Comunicación Preliminar. *Med Clín* 1974, a. 63(1): 72-79.
51. TIZÓN, J.L. *Medicina General, Psiquiatría, Medicina Psicosomática: Enfermos orgánicos y funcionales en la consulta de Medicina General del Seguro de Enfermedad.* *Informaciones Psiquiátricas*, 1974b., 58: 6-40.
52. TIZÓN, J.L. *La medicalización de los «pacientes funcionales»: magnitud de un despilfarro.* En: *Libro de Contribuciones Oficiales a la XVI Reunión de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.* Granada, SEMPP, 1978a, 55-71.
53. TIZÓN, J.L. *Pacientes «orgánicos» y «funcionales» en la práctica general: una propuesta alternativa y utópica.* En: *Libro de Contribuciones Oficiales a la XVI Reunión de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.* Granada, SEMPP 1978b: 89-108.
54. TIZÓN, J.L. *Apuntes para una Psicología basada en la Relación.* Barcelona, Hora 1982.
55. TIZÓN, J.L. *Nueve Tesis sobre la organización de unos dispositivos comunitarios en salud mental.* En: Tizón, J.L., Rossell, M.T. (comps.). *Salud Mental y Trabajo Social.* Barcelona, Laia, 1983: 473-495.
56. TIZÓN, J.L. *Aproximación al análisis de la demanda en las consultas de Neuropsiquiatría de Zona del INSALUD: La Psiquiatría para inmigrantes asalariados en las zonas industrializadas del Estado español.* *Psiquis*, 1984 (en prensa).
57. TIZÓN, J.L., BERMEJO, J., GARRE, A. *Una investigación a propósito de dos años de experiencia en consultas de Neuropsiquiatría de Zona del INSALUD (I).* Descripción de las consultas. *Informaciones Psiquiátricas*, 1981a., 83(2): 143-169.
58. TIZÓN, J.L., BERMEJO, J., GARRE, A. *Una investigación a propósito de dos años de experiencia en consultas de Neuropsiquiatría de Zona del INSALUD (y II).* Psiquiatría psicológicamente orientada versus Neuropsiquiatría biológicamente orientada. *Informaciones Psiquiátricas*, 1981b., 84(3): 255-272.
59. TIZÓN, J.L., SAN JOSÉ, J., SALAMERO, M., PELLEGERO, N., DÍAZ-MUNGUIRA, J.M., ATXOTEGI, J. *Migraciones y Salud Mental: Un análisis psicopatológico de la población asalariada trasplantada a Catalunya durant el siglo XX.* Barcelona, Fundació Vidal Barraquer, 1983 (polic.).
60. TIZÓN, J.L., SPAGNOLO, E. *La Neuropsiquiatría de Zona dentro de la Asistencia Primaria actual: Una investigación con resultados críticos.* 1984 (en prensa).
61. VÁZQUEZ, J.L., MUÑOZ, P.E., MADRIZ, V., RODRÍGUEZ, F., PASTRANA, E., VARO, J., DEL AMO, F.J. *Influencias de los factores personales sobre la prevalencia neurótica.* *Actas Luso-españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 1981, 9(4): 267-283.
62. VUORI, H.V. *¿Qué es la Atención Primaria de Salud?* *Atención Primaria*, 1983, 0:3-4.
63. WINNICOTT, D.W. (1965). *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional.* Barcelona, Laia, 1975.