

Tizón, Spagnolo, Pellegrero, 1986; Tizón i col.ls., 1983, 1988). Combinant les dues dades, davant aquesta situació hom no pot deixar de pensar que, si els emigrants difícilment accedeixen al "sistema profà" del lloc d'arribada (per manca de relacions socials) i, també, usen menys els "serveis professionalitzats" de tipus psicopatològic... no hi ha més remei ~~hauríem~~^{de} pensar que, bé els immigrants són un grup especialment selecte quant a salut mental (cosa gens clara, com hem vist i veurem), bé són atesos dins el seu propi "sistema profà" (Tizón, 1982, 1984, 1987), format immediatament i sòlidament pels seus companys de migració (aspecte suficientment comprovat per al cas de les migracions massives d'assalariats dins d'Europa, o per als sino-nord-americans, tal com assenyalàvem a les variables 7 i 8).

Però han estat els ja famosos estudis d'Odegard i Astrup (1932, 1945, 1960) a propòsit de la primera i segona trasplantacions dels noruecs que emigraren al Nou Món (i més tard tornaren), els que proporcionaren les primeres proves falsatòries contra la hipòtesi del "xoc cultural", proves que més tard ampliarien i confirmarien altres estudis (Carta, Fava i Menin, 1975; Bourgeois, 1977; Parker i Kleiner, 1966, 1967; Berner, 1963; Simoes, 1986). Per resumir breument treballs dels quals ja hem parlat, diríem que aquests estudis mostren l'alta incidència de descompensacions psico(pato)lògiques en els noruecs que tornaren a la seva pàtria, fins l'extrem que es pot afirmar que la segona migració, tot i que sigui cap al lloc de partida --amb la qual cosa, almenys apriorísticament, no existiria "xoc cultural"-- resulta fins i tot més patògena que la primera. Aquests resultats dels estudis d'Odegard no fan sinó comprovar empíricament impressions clíniques molt apurades dels qui treballem entre la immigració. D'altra banda, ja hem parlat abans de la desadaptació psicosocial de l'"indià" i ara afegirem els immensos sofriments i dificultats dels membres de la generació d'exiliats espanyols que emigraren amb la Guerra Civil i

tornaren a Espanya amb la caiguda del franquisme...: les dificultats psico-somàtiques foren tantes que la majoria morí als pocs mesos o anys d'haver tornat, sense que res hagués fet pensar prèviament amb una mort propera. O, en un nivell no per més quotidià i humil menys dolorós, la situació de cada vegada més famílies a les quals l'atur i la misèria actuals, que s'estenen per amples zones de la península i, especialment, en aquelles que abans havien arribat a ser receptores d'immigracions d'"al.luvió", ha començat a fer-les tornar al seu lloc d'origen. És estrany que en aquests retorns no hi hagi algun membre de la família (si no són tots) que expressi a nivell corporal, psicofisiològic i/o relacional (psicopatològic), el cúmul i l'enormitat del sentiments i emocions que tot això suposa.

Com a conjunt, pensem que aquests elements diuen en contra de la validesa general de la hipòtesi del "xoc sociològic o cultural", i fins i tot de les idees sòcio-psiquiàtriques habituals sobre la causació de trastorns mentals en immigrants (Simoes, 1986). Però aquestes dades empíriques, tot i que són importants, han d'anar complementades i avalades per plantejaments teòrics i, segons el nostre parer, ja des del punt de vista teòric, aquesta hipòtesi resulta summament criticable i pot ser titllada o qualificada de "sociologista ingènua". En definitiva, com ja expliquen altres autors més àmpliament (Piaget, 1973 a i b; Tizón, 1978, 1982, 1986), el sociològic no pot influir directament en el comportament de les persones. No és adequat concebre les normes socials i culturals com una mena d'èmbol que ens obliga a prendre unes determinades postures i a representar-nos automàticament el món d'aquesta manera determinada. Si el sociològic posseeix influència en l'ordre de l'humà és sempre a través del processament de les nostres percepcions sobre la societat realitzat segons la nostra manera particular de representació mental, tant individualment com grupalment específica. Això vol dir que no hi ha canvi d'actitud o conducta

i, encara menys, de representació mental, sense que les nostres representacions mentals, tant a nivell conscient com inconscient, siguin afectades per les dades de la realitat externa i promoguin el canvi. En altres paraules, la realitat externa actua sobre la nostra conducta (i no oblidem que, en darrer terme, un trastorn psico(pato)lògic es defineix en tant que trastorn conductual) a través del processament que de les seves dades fem en la nostra realitat interna. En definitiva: per a les explicacions sociològiques que suposin canvis en el comportament humà cal tenir en compte el psicològic. Aquest ha estat un element sovint esquivat pels partidaris de la hipòtesi del "xoc cultural".

Es tracta en aquest cas de problemes epistemològics, d'epistemologia derivada de les ciències sòcio-culturals (Piaget, 1969; Tizón, 1978), però que, és clar, estan íntimament entrelaçades amb problemes teòrics. En definitiva, aquest tipus de problemes replanteja el paper que a la cognició, als processos cognitius (i, per tant, al món de la representació mental) li és conferit dins una teoria o hipòtesi sòcio-cultural. Les postures empiristes i/o conductistes extremes, tant les que es donen en els psicòlegs i psiquiatres com les que, més o menys inconscientment, adopten sovint els professionals del camp de les ciències socials, fan radicalment difícil poder contemplar els fets amb una altra perspectiva més complexa que la merament sociologista a la qual hem anomenat hipòtesi del "xoc cultural" (Berner i Zapotoczky, 1969; Le Guillant, 1960; Tizón, 1983). Però com que aquesta perspectiva implica una certa actitud en relació amb el problema de les relacions entre personalitat i cultura, inclòurem ara una breu aproximació a la nostra perspectiva sobre aquest tema.

Es designen amb el terme de teories cultura-personalitat un conjunt de plantejaments sobre les interrelacions entre les variables sòcio-culturals i les característiques bàsiques de la persona-

litat. Segons alguna de les teories cultura-personalitat, cada cultura posseiria un model de personalitat dominant (un tipus determinat de temors i ansietats dominants, una determinada estructuració de les defenses, una determinada interrelació dels subsistemes de l'allò-jo--superjo...). Aquestes característiques personals es trobarien en íntima connexió amb determinades característiques de la cultura i la societat.

L'antecedent d'aquestes teories es pot trobar ja en Freud. En El malestar de la civilització (1930) Freud planteja nítidament com l'ésser humà és víctima d'un conflicte permanent i irresoluble (almenys en termes absoluts) dins la pròpia ment entre l'allò --com a expressió dels aspectes pulsionals, dels desigs i necessitats més profunds-- i el jo i el superjo, més directament expressius de la societat i la cultura.

Des de la perspectiva de les teories configuracionistes, Ruth Benedict (19X) ha classificat els modes reals de funcionament de les cultures en dos grans pols cap als quals, en més o menys mesura, tendeix cada una: l'apol.lini i el dionisíac. L'ideal apol.lini valora, primer de tot, l'equilibrat, el mesurat, el clar, el lluminós... L'ideal dionisíac valora, en primer lloc, l'excitant, l'intens, el vital, el conflictiu... Per a R. Benedict, ambdós tipus d'ideals serien adequats per elaborar nombroses dificultats vitals, i entre elles les de la migració: es tracta de sistemes coherents i compactes de funcionament a nivell de la personalitat individual i col·lectiva. Per això mateix proporcionen capacitats i sistemes defensius per tolerar les circumstàncies adverses. Des del punt de vista psicoanalític, aquests models de personalitat podrien exemplificar-se in extremis pel funcionament obsessiu en el cas de l'ideal apol.lini: ^{ls} extraordinària dedicació i importància dels ritus entre els indis pobles serier un exemple d'aquest funcionament. L'extrem de l'ideal dionisíac vin-

dria exemplificat pel funcionament de tipus maníac i psicopàtic, amb intenses tendències fusionals de tipus grupal.

Malgrat de l'atractiu teòric del plantejament de Ruth Benedict, nosaltres compartiríem, almenys parcialment, les crítiques que Whiting, Hart, Wallace i Harris (cf. Harris, 1979, 1981, 1982) li han dedicat. Segons la nostra opinió, es poden resumir en tres grups:

a) Possiblement sigui ja molt reduccionista classificar el model de personalitat "cultural" des d'una perspectiva dual del tipus "apol.lini-dionisiac". Probablement seria més adequat considerar aquesta dualitat com una variable contínua entre altres (tot i que importa ja que té en compte la manera com el grup humà manipula tota una sèrie d'ansietats bàsiques).

b) Tot i que no els compartim plenament, creiem que s'han de valorar els plantejaments de Wallace Hart (1982) en el sentit que dins un grup humà, a nivell de model de personalitat, serien més rellevants les diferències que no les semblances: el grup humà estaria lluny de la uniformitat del model de personalitat que plantejà Ruth Benedict.

c) D'igual manera, compartim amb Harris (1981, 1982) la idea que no és erroni el plantejament que el suposat model de personalitat d'un grup humà romanguí inalterable i sigui poc menys que etern. Des del model del materialisme cultural, que compartim parcialment, pensem que l'evolució del model de personalitat de l'ésser humà dependrà dels canvis ecològics. Pensem que es produeix un procés evolutiu en els plantejaments col·lectius dels pobles en funció de les condicions de vida.

Però és Kardiner (1965, 1975) qui més ha contribuït al desenvolupament de la teoria cultura-personalitat utilitzant, per a això, les eines teòrico-clíniques de la psicoanàlisi. Kardiner no participà en l'intent de descriure una tipologia de personalitat, sinó que desenvolupà el seu treball en la línia de comprendre els factors de tipus

psicològic que intervenen fonamentalment en l'estructuració dels trets bàsics de la personalitat o grup humà. En el seu plantejament hi haurien unes institucions primàries (les pautes bàsiques d'atenció i educació de l'infant), així com unes institucions secundàries (l'organització supraestructural a nivell de normes, ritus, plantejaments religiosos...). Entre les dues, com a projecció de les institucions primàries i sota la influència de les institucions secundàries, es trobaria l'espai on es desenvolupa la personalitat bàsica. És a dir: per Kardiner seria el contacte social el que determinaria la personalitat bàsica. Així, descriu greus fallades del model de personalitat bàsica aiolorense en funció de les dificultats de les institucions primàries (la mare aiolorense es veu obligada a treballar lluny de la llar, atesa la distribució de terres de tipus minifundista, amb la qual cosa els infants queden força desatesos), així com característiques en les institucions secundàries en relació amb aquestes fallades característiques (els déus dels aiolorenses són impersonals i perseguïdors). La personalitat bàsica de l'aiolorense serà desconfiada, envejosa, distant... (cosa que, des de la perspectiva de la psicoanàlisi kleiniana anomenaríem "organització esquizo-paranoide").

El que ens interessa recollir ara d'aquests enfocaments és que una migració implica la posada en contacte no solament de l'immigrant amb una nova cultura entesa en la visió estreta del que Kardiner anomenà institucions secundàries, sinó també amb unes noves pautes d'institucions primàries. I tot això en una situació en la qual l'ansietat, les necessitats insatisfetes, la frustració, la nostàlgia, etc estan interferint en gran manera amb la seva acceptació i amb el desenvolupament dels seus propis elements culturals, tant superficials com profunds. Això és una realitat en la migració massiva i en cada emigrant i és aquesta perspectiva la que ens permetria una relació entre la hipòtesi del "xoc cultural" i la hipòtesi del dol, de la qual par-

larem més endavant.

Segons la nostra opinió, cada cultura oferiria a l'individu (membre de la seva societat) un model general de funcionament psíquic en relació amb l'estructura (social) i les realitats materials. L'individu que per les seves característiques constitucionals, així com per les primeres experiències relacionals (relacions d'objecte) estigués en més bones condicions d'adequar-se a aquest prototipus de personalitat socialment establert, tindria les màximes possibilitats d'adaptació al seu ecosistema social. Per exemple, en una societat estructurada entorn a la guerra, a la violència o a la competitivitat extrema, un individu amb un funcionament mental predominantment esquizo-paranoide es trobaria en millors condicions d'adaptació que no un altre individu amb una estructuració de personalitat diferent.

És a dir, no tots els individus estan en condicions d'adaptar-se satisfactòriament al model de personalitat prototípic. Segons la nostra opinió, l'emigració seria una de les eixides a aquests desajustaments d'adaptació (i en aquesta visió s'entrecreuarien les tres "hipòtesis explicatives" de què parlem). Per exemple, els intel·lectuals i els artistes tendirien més a "escapar" d'una societat excessivament paranoide, mentre que els creadors i els aventurers ho farien d'una societat massa marcada per trets obsessius...

En definitiva, l'"emmotllat" de la personalitat per les estructures socials, tant a través de les institucions primàries com secundàries, estaria limitat pels aspectes constitucionals i per la dinàmica de les relacions objectuals (particularment, per les dels primers moments de la vida, tan marcades, a la vegada, per les institucions primàries).

8.2. Les hipòtesis psiquiàtriques i psicologistes

Enfront de les hipòtesis del "xoc cultural" podríem considerar-ne una altra de diferent, també basada en la ideologia popular,

i que ens podria aproximar una mica al psicologisme (però al psicologisme d'una psicologia i una psiquiatria biològitzades, biològicament deformades: Tizón i col.ls., 1986). Es tracta de la hipòtesi de la "patologia prèvia" (Friesse^m, 1975; Cazzullo, 1963). En poques paraules, les hipòtesis que agrupem sota aquest rètol coincidirien a afirmar que són les característiques personals o fins i tot la psicopatologia de l'emigrant les que el porten a trasplantar-se i que, per tant, l'emigració selecciona persones ja psico(pato)lògicament (és a dir, psicològicament o psicopatològicament) predisposades, amb la qual cosa no ens ha d'estranyar que després ens trobem amb més proporcions de trastorns mentals entre els immigrants que no entre els autòctons (Carta, Fava, Menin, 1975; Gordon, 1965).

L'Enrique és un infant de tretze mesos que portaren a la consulta la mare i una altra dona. "A veure què hi pot fer vostè, doctor, amb aquest nen", digué la mare mentre col·locava directament l'infant damunt l'escriptori, com si es tractés d'un farcell insofrible del qual desitgés veure's lliure. Després anà explicant una tremenda situació d'eretisme infantil mentre que el nen es mantenia estranyament quiet, arraulit en l'escriptori primer i en la falda després.

L'Enrique no menja, no dorm per les nits... "I plora i plora i ja no sabem què fer..." El "sabem" ha anat acompanyat d'una ràpida mirada a l'altra dona, com si es tractés d'alguna cosa comuna... "És que és la meva germana... M'ajuda amb ell des que vinguérem d'Andalusia, de casa..." D'entrada, sembla que aquesta mare busca sempre ajuda, sempre algú que la subjecti, la sostingui, l'aguantí (potser a ella i l'infant i no solament a aquest). De totes maneres, aquesta impressió que neix en el professional és una dada més perquè continuï callat i atent a les necessitats de "dipositar" o fins "evacuar". ansietat per part de la mare.

"Es que no para, miri, no para... I des que nasqué, no ha deixat de donar-me disgustos... Fixi's que ha estat ingressat vuit vegades..." "¿Vuit vegades als tretze mesos?"

"Sí, sí. I li han hagut de fer cinc operacions, dues per la mateixa cosa, peis búbuls." "¿Vòlvuls?" "Sí, això. I una altra vegada per perforació d'oïda, que sempre la tenia malament... I què sé jo quines més... I és que de vegades queda com mort, com mort..." El professional, preocupat per la gravetat de la situació i la des-afecció amb què la mare s'expressa quan parla de l'infant, se sent molt i molt limitat en les possibilitats d'actuar i decideix continuar escoltant i dirigir l'atenció de la mare i la germana cap a alguns detalls que els puguin ajudar a comprendre una mica més el quadre i el tipus d'ansietats que es mouen en relació amb l'Enrique.

L'entrevista entra en una fase molt més comunicativa després que el professional assenyali com s'ha de sentir de desbordada davant d'aquesta situació, que descriu amb paraules... i amb fets (com el de deixar l'infant quasi físicament "en els braços del metge"). Un altre moment important és quan el professional repeteix: "Deia vostè que havia vingut d'Andalusia..." És una mera invitació perquè la mare continuï parlant-ne, però ^{que} es torna ràpidament en un punt clau de la situació. Mare i germana, amb un gran sufriment i una expressió de vegades obertament culpable, narren una situació d'emigració tremendament precipitada i difícil d'elaborar.

Les dues es casaren el mateix dia amb dos nois del poble. El pare ^{de l'} Enrique, ja d'abans acarönava la idea d'emigrar. "Li sortí una feina" en una ciutat industrial de Catalunya i tots se'n vingueren. En aquell moment les dues dones estaven embarassades. El pare venia amb feina, però el marit de la germana, l'oncle del nen, només aconseguí feines eventuals, ja que la crisi econòmica feia dos o tres anys que havia començat a deixar-se sentir en la comarca catalana. Els nens nasqueren amb una diferència de menys d'un mes. L'Enrique fou el primer. Al cap d'uns dies, l'empresa del pare tancà i la família es trobà de la nit al dia sense sou ni indemnització a causa de la suspensió de pagaments, probablement fraudulenta. En la mateixa època, l'oncle ^{de l'} Enrique es quedà sense feina. Les dues famílies, ja tan simbiòtiques anteriorment a través de les germanes, es veieren

en una situació de gran indefensió social i personal, que afectava tots i cada un dels seus membres. A més, no podien tornar, perquè tampoc en el lloc d'origen no semblava que hi haguessin mitjans de subsistència, a més de la humiliació personal que suposa retornar amb un fracàs.

Les dues germanes es posaren a treballar "fent feines" (en el servei domèstic). Però la pauta de simbiosi i/o les necessitats i dificultats socio-econòmiques afegiren un nou agreujant a la situació. Les dues mares decidiren tenir cura "conjuntament" dels seus fills: l'una treballava pel matí mentre que la germana tenia cura (alimentació al pit inclosa del ^{neu} fill i l'altra feia el mateix amb el fill de la germana per la tarda. Aquesta situació començà a repercutir ja des del primer mes en els dos infants. Possiblement, una millor capacitat expressiva per part ^{de l'} Enrique havia fet visibles les seves reaccions "des de l'inici": ja abans del mes començaren els seus trastorns psicofisiològics, d'alimentació, de son, que el feien tan "insofrible", com la situació era insofrible per a les dues mares (¿i pares?). Pel contrari, el cosí, possiblement tan trastornat com ell, havia adoptat l'aparença del nadó que no diu res, que no protesta, que no es queixa... "El nadó meravellós que mai no plorà" diria Erikson (1963). És a dir: l'altra manifestació de la dificultat de laboració dels conflictes psicòtics en la primera infantesa.

No creiem que s'hagi d'acusar el pediatre o les institucions hospitalàries que havien necessitat practicar intervencions tan urgents i dràstiques en una situació tan complexa com aquesta. És fàcil entendre com, malauradament, la pròpia situació, tot i no ser coneguda (i precisament per això), convida a fer-ho. Fins i tot hem de dir que, malgrat haver extremat les atencions i les precaucions per no estimular les ansietats i culpes persecutòries en les consultants, aquestes no acudiren a la segona visita. Potser tornaren al poble tan precipitadament i desordenadament com havien vingut, però pot ser que en algun moment de l'entrevista intuïssin massa persecutori l'apropament a la situació global: perquè no se'n sentissin amb forces, perquè el professional, inadvertidament, actuà estimulants les ansietats

paranoides... o potser perquè no actuà com elles haurien volgut: amb un nou intent màgic, urgent, omnipotent, de solucionar-ho tot...

Com ja hem apuntat, avui dia no es pot considerar certa l'asseveració bàsica d'aquesta hipòtesi i, per descomptat, són les pròpies dades empíriques les que contradiuen la possibilitat de plantejar-se aquesta hipòtesi. Si els resultats no donen un clar augment relatiu de la psicopatologia en el trasplantat, difícilment podrem postular la capacitat selectiva de l'emigració en relació amb el trastorn mental.

De tota manera, també hi ha dades i estudis que, presos ingènuament, semblaria que donarien suport a aquesta segona hipòtesi. Per exemple, s'ha pogut comprovar una major incidència de síndromes esquizofrèniques entre els immigrants centreeuropeus als EUA, a Israel i a Austràlia que en els immigrants d'una altra procedència... (Bernier 1967, 1969; Weinberg, 1949, 1961; Krupinski i Stoller, 1965; Krupinski i col.ls., 1965, 1973). En el mateix sentit, hi ha autors que parlen d'un augment dels trastorns maníaco-depressius entre els gallecs i/o els andalusos i un risc especial en aquest sentit entre els immigrants d'aquesta procedència.

Com hem vist, els Balint (1959) mantingueren que els individus es podrien agrupar en un contínuum amb dos extrems quant a la tendència migratòria: d'una banda es trobarien els que necessiten estar tot el temps amb gent i llocs coneguts. En l'altre extrem, els que gaudeixen amb els nous llocs, gent i relacions noves, els processos de recerca... A la primera tendència, Balint (1959) l'anomenà ocnofília. A la segona, filobatisme (a partir de termes grecs que signifiquen "aferrar-se" i "caminar damunt els dits, com un acròbata").

Els individus que pertanyen al primer grup difícilment abandonaran els llocs d'origen, excepte que les circumstàncies els pressio-

nin molt. En canvi, els del segon grup seran més proclius a emigrar a la recerca de nous horitzons i experiències, i més si hi ha un corrent social que els hi impulsi (com per exemple hi hagué en els darrers decennis del segle passat i els primers d'aquest cap a Amèrica des d'Europa).

Les actituds extremes, en qualsevol de les categories bàsiques, configuraran la patologia. En darrer terme, es relacionaran amb l'agorafòbia i la claustrofòbia. Com recorden els Grinberg (1984) "és possible que algunes de les víctimes de l'holocaust desencadenat pel nazisme ho hagin estat per la seva exagerada necessitat d'aferrar-se a la cosa coneguda i no atrevir-se a anar-se'n a temps. Inversament, altres es destrueixen per la recerca compulsiva i descontrolada d'experiències noves: empreses arriscades, drogues o migracions contínues i injustificades de tipus maníac..."

També hi ha altres models o trets de personalitat que tenen repercussions directes en el fet migratori. Hi ha qui sosté, per exemple, que la tendència a emigar és més gran en les personalitats esquizoides: al cap i a la fi, sembla que no tenen sentiments d'arrelament a cap lloc... Altres autors parlem de com les personalitats paranoides i insegures busquen contínuament nous llocs i relacions en fugir de les qua consideren de seguida "perilloses", buscant-ne d'altres més "segures". Contràriament, per a una personalitat obsessiva o anancàs-tica la decisió d'emigrar serà tan complicada i difícil que possiblement no arribi a prendre-la mai...

Això no obstant, el resultat de les hipòtesis psiquiàtriques i psicologistes com les que hem anat comentant pot ser (i ha estat) la determinació d'alguns "països receptors" de "vigilar psiquiàtricament" les seves fronteres per no rebre persones psiquiàtricament molt trastornades. Però aquesta mena de normes, en la mesura que s'assentaven en una sèrie de teories científiques i ideològiques molt dogmàtiques

i poc arrelades a la realitat, han portat a errors importants en molts llocs on han estat aplicades. Per exemple, tothom coneix com han estat de restrictives les lleis migratòries d'alguns països de predomini anglo-saxó en relació amb l'emigració llatina... la qual cosa els ha portat a rebre un percentatge més elevat de persones a les quals, més tard, qualificaran d'"esquizofrèniques" i, si és possible, les repatriaran. Tant els EUA com Canadà i com Austràlia s'han trobat amb problemes en el mateix sentit. En la mesura que la ideologia que subjau en aquesta hipòtesi no és una teoria "psicologista", sinó en realitat "ideologista" (i força rànica; de vegades, clarament racista), s'han tingut més en compte les dades biològiques que les psicològiques i les socials. Així s'ha pogut passar per alt que els països de Centreuropa, els habitants dels quals han resultat més afavorits per les lleis migratòries dels "nous mons"... han estat els països que amb més gravetat patiren el traumatisme psicosocial que han suposat dues guerres mundials, amb les seves seqüeles d'"esqueixament" tant de les institucions socials primàries com de les secundàries: ruptures familiars, pèrdues irreparables, orfeneses, disgregació familiar i social... Fets tots ells que semblen posseir indubtables repercussions en la gènesi de nombrosos trastorns psiquiàtrics de tipus psicòtic (Tizón, 1982).

Alguns dels estudis que intenten donar suport a la hipòtesi de la patologia prèvia són de tipus retrospectiu (Friesse^m, 1975). S'han investigat a posteriori els antecedents de les persones que es trasplantaren i, molt sovint, es troben antecedents psico(pato)lògics en ells mateixos o en els seus familiars pròxims o figures properes. Però, en no haver-hi grups control, aquests estudis tenen molt poc valor: segurament, si investiguéssim els antecedents familiars i personals de "no consultants", sempre podríem trobar crisis depressives, problemes psicosocials, antecedents de psicosis o psicopaties en la família... (Colledge i Svensson, eds., 1986) Spruit, 1986; Simoes,

1986). Simoes (1986), després dels seus estudis amb doble grup control de la migració portuguesa a Suïssa, és taxatiu quan afirma: " Els treballadors migrants no posseeixen una personalitat pre-mòrbida característica en el sentit que siguin persones amb problemes psicològics abans de l'emigració. Al contrari, semblen ser psicològicament resistent. La salut mental dels migrants portuguesos a Suïssa és significativament millor que les dels treballadors no emigrants ^{de} Lisboa."

D'altra banda, dèiem que solament d'una manera ingènua es pot intentar aplicar aquest tipus de dades al suport de la hipòtesi que estem discutint. Perquè si no som tan ingenus, admetríem les dades psicosocials sobre l'etiopatogènia de les psicosis i, si fem això, difícilment podrem pensar que les psicosis són trastorns que es presenten en un tres i no res, com a "brots", suposant "una brusca ruptura en la biografia del pacient". En realitat, com molts autors sostenen, cap trastorn psicòtic no sorgeix puntualment "ex nihilo", sinó que darrere seu hi ha sempre una sèrie de processos psico(pato)lògics profundament alterats i/o alteradors (cf., per exemple, Laing, 1964; Rosenfeld, 1964; Bion, 1963). És natural que, si s'investiguen minuciosament els antecedents dels pacients emigrants diagnosticats com a psicòtics en el país d'arribada, es troben entre els seus antecedents manifestacions "psicopatològiques".

Aplicacions "a^{ss}silvestrades" de la psicoanàlisi han semblat que afavorien aquesta hipòtesi i, més concretament, la hipòtesi del "psicòpata emigrant" o l'"emigrant alienat" (Berner, 1967; Berner i Zapotoczky, 1969). Efectivament: hom cregué descobrir en molts emigrants trets psicodinàmics "evidents" de rebel·lia contra el pare, manca de vincles amb la mare i amb la terra, tendències a l'actuació a l'acting-out de l'ansietat... Segons aquestes hipòtesis, aqueixes són les raons profundes, "psicodinàmiques", que obliguen a emigrar i és natural que, amb els canvis de la trasplantació, es descompensin

en forma de trastorn^s mentals.

Però aquesta mena d'hipòtesis "psicologistes" poden ser considerades així precisament perquè menyspreen els aspectes sociològics dels problemes. Potser aquest tipus d'hipòtesis poden ser aplicables a determinats individus de les classes altes (que, diguem-ho de passada, són la majoria dels casos estudiats per aquests psicodinamistes i per aqueixa mena de "psicoanalistes"). Però resulten difícilment aplicables als individus de les classes oprimides de la nostra societat, els individus o famílies de la classe treballadora. El personatge de la classe alta pot emigrar, traslladar-se de país a país, retornar, tornar a anar-se'n... però tot això no està a l'abast de l'"emigrant proletari", i, encara menys, si presenta trets marcats de trastorn mental, cosa que significa sempre, no ho oblidem, percepcions deformatades de la realitat circumdant i modes erronis, reiteratius i dolorosos de contactar-hi. L'emigrant proletari si, a més de proletari, pateix aquests greus trastorns psicòtics o psicopàtics... difícilment passaria en el seu acting-out dels pobles del voltant, ateses les dificultats tant socials (classe social) com psicològiques que planteja l'emigració (Bourgeois, 1977; Daumezon, 1963, 1965; Daumezon i col.ls., 1954, 1955).

De vegades, fins i tot, es pot demostrar com els que emigren no solament no són els més afectats des del punt de vista "psicopatològic", sinó els més sans, aquells que tenen més capacitats de reaccionar creativament davant la frustració. Com deia tan gràficament el cantautor J.M. Serrat:

...Si yo pudiera unirme
a un vuelo de palomas
y atravesando lomas
dejar mi pueblo atrás,
juro por lo que fui
que me iría de aquí...
Pero los muertos están en cautiverio
y no nos dejan salir del cementerio

Aquest és el cas de les migracions irlandeses del nou món a final del segle XIX... (i, potser, de les migracions andaluses, murcianes i gallegues a Catalunya). Davant les famolenguques cròniques a què Irlanda es veié sotmesa durant decennis, davant la impossibilitat de canviar la situació d'opressió i atur de les classes explotades del país, molts dels seus millors homes optaren pel difícil i costós camí de l'emigració abans de deixar-se enfonsar per l'alcoholisme, l'embrutiment individual i col·lectiu, la presó, la repressió violenta i indiscriminada...

Aquest tipus de dades podria servir, això no obstant, per sostenir la hipòtesi psicologista contrària: la idealització de l'emigrant. En aquest sentit, s'ha arribat a considerar l'emigrant com l'element més selecte de la societat o cultura de procedència, ja que "és l'únic capaç de buscar alguna cosa nova i de no suportar la situació d'injustícia interminable". És cert que, en alguns llocs o generacions determinats, els primers que són capaços d'afrontar la difícil aventura de l'emigració posseeixen uns recursos emocionals diferents als de la resta dels membres del grup. Però, d'una banda, no hi ha dades generalitzables que puguin sostenir aquesta hipòtesi i, de l'altra, dir que no es pot aplicar el complex patogen de l'emigració únicament per les dades psicopatològiques i/o psicodinàmiques no ens ha de fer oblidar que aquestes, per descomptat, existeixen. Encara que pesin amb intensitat diferent en les diverses classes socials, grups socials, migracions diverses i tipus d'aquestes.

8.3. La migració com a procés (psicosocial) de dol

En definitiva, en el camp de les hipòtesis explicatives de les relacions entre migració i trastorn mental, hi ha dades empíriques a favor de diferents explicacions psicosocials: la teoria de la selecció (que assumeix que les persones que decideixen emigrar ho fan a

causa dels seus problemes mentals) i la teoria de la causació social (que té en compte factors com el baix nivell socio-econòmic, l'aïllament, el problema de les aspiracions i assoliments, el xoc cultural i el canvi cultural en la salut mental). Tanmateix, cap de les hipòtesis considerades no presenten una estructura explicativa suficient per acollir les dades falsatòries d'aquestes i, tampoc, per a una visió global del procés (psicosocial) de la migració. Segons el nostre parer, l'única forma d'evitar els diferents reduccionismes que habitualment s'han donat en el nostre tema, consisteix a adoptar una hipòtesi de tipus psicosocial que tingui en compte el món del cognitiu, de la representació mental. Recentment Spruit (1986), en parlar de les atencions mèdiques dels immigrants, ha remarcat aquests factors com elements indefugibles de qualsevol perspectiva globalitzadora del tema que ens ocupa (esquema 24). En aquest sentit, la hipòtesi que considera la trasplantació com un procés (psicosocial) de pèrdua i canvi i, per tant com una situació que ha de posar en marxa els processos de dol, ha estat proposada repetidament per F. Calvo (1971, 1972, 1977) i, més recentment, per Tizón, Díaz-Munguira i Salamero (1981, 1983) i pels esposos Grinberg (1984).

++++
Esquema 24. Factors que influeixen les atencions mèdiques dels immigrants

++++
D'altra banda, creiem que aquesta hipòtesi de la migració com a procés psicosocial de dol és la que encaixa més bé amb la nostra perspectiva actual de la migració com a factor de risc psicopatològic i mèdic (o, més simplement, com a factor de risc per a la salut): tota trasplantació implica una sèrie de reajustaments de l'equilibri que anomenem salut, una part indivisible de la qual és la salut (mental): d'ací el parèntesi, per remarcar la indivisibilitat del concepte --i el sentiment-- de la salut (Tizón, 1982, 1987). Si aquesta situació

difícil passa sobre una base d'alta vulnerabilitat personal, familiar o social es pot crear un marc biopsicosocial que afavoreixi la descompensació o trastorn (en l'emigració que emigra i/o en les dues següents) amb una probabilitat força coneguda avui. És a dir: la unió d'una determinada vulnerabilitat personal i microsocia amb uns determinats "esdeveniments vitals" relacionats amb la migració és el que pot convertir-la en factor patogen (tot i que, en qualsevol cas, sigui sempre un fet psicològicament rellevant per a la vida de qualsevol persona). Des de la nostra perspectiva, a més, la hipòtesi de la migració com a procés psicosocial de dol té l'avantatge que manté la comunicació i les possibilitats de complementació amb la perspectiva sistèmica a què hem al·ludit abans (Sluzki, 1979), així com amb altres hipòtesis psicosocials, com la de la dissonància cognitiva de què parlarem més endavant.

Tota emigració suposa una sèrie de pèrdues a nivell psicològic i psicosocial, tant si inclou guanys a aquests mateixos nivells com no (Calvo, 1972, 1977; Carta, Fava i Menin, 1975). Amb la migració es perden o es deixen (que sempre és perdre una mica o un molt) amics, familiars, llocs estimats, costums consuetudinaris, paisatges, activitats quotidianes, relacions... A un altre nivell, com recorden Vilas i Varo (1973), es produeixen també les següents pèrdues: de grup social i d'estatus, amb la consegüent alteració de l'autoestima i l'autoconsideració, així com del sentiment de pertinença a un grup social i, possiblement, una més o menys crisi del propi "món de valors"... També es perd la situació econòmica i, sobretot, la seguretat major o menor que es posseïa en relació amb el desenvolupament personal i professional en el món de procedència. Des de Freud, Abraham i Klein sabem que l'ésser humà, davant les pèrdues que l'afecten internament, reacciona posant en marxa una sèrie complexa de sentiments, emocions, fantasies, actituds, conductes, etc, summament afectadores de l'individu com a

totalitat i molt làbils, canviant, ^{als} ~~uns~~ quals anomenem processos de dol (Klein, 1934, 1940, 1948, 1952, 1957, 1963; Klein i Rivière, 1937).

Tal com dèiem, sembla evident que en tota emigració hi ha pèrdues. Es perd, almenys, allò conegut i, possiblement, moltes coses estimades i valorades (o bé odiades, però no per això menys reasseguradores en la mesura que han pogut constituir-se en receptacles de la projecció de l'ansietat persecutòria: Tizón, 1982). En trasplantar-se, un deixa la terra coneguda, els seus paisatges, els seus racons, els seus costums, els seus llocs, el clima, les olors... Un deixa també éssers estimats (i odiats), relacions, molts coneguts, totalitats dotades de significació per anys i anys d'interacció... I davant de tot el que deixem ens espera el canvi, el desconegut, allò que encara cal construir, l'ignot. Per això en aquestes situacions parlem de pèrdues psicològiques i socials i, per tant, de processos de dol.

El dol i la pèrdua foren estudiats ja per Freud el 1917 a Dol i malenconia. Abraham, en els seus treballs sobre psicòtics maníaco-depressius, continuà a aquest respecte l'obra freudiana. Però, sobretot, Abraham influí poderosament en les concepcions de Melania Klein, que fou qui elaborà més concretament les hipòtesis psicoanalítiques dels processos de dol a partir de 1934 (Contribució a l'estudi de la psicogènesi dels estats maníaco-depressius), 1952 (Algunes consideracions teòriques sobre la vida emocional dels madons), 1957 (Enveja i gratitud), etc. Amb tot, no té res d'estrany que hagin estat psicoanalistes de casta kleiniana (F. Calvo, 1971, 1972a, 1972b, 1977; Tizón, 1982, 1983...) els qui hagin aplicat més sistemàticament aquest tipus de teories i hipòtesis psicoanalítiques als processos migratoris.

++++
 Il.lustració sobre "Donació de sang" (de l'original anterior)

++++

En psicoanàlisi moderna es parla de processos de dol o, simplement, de dol, a la sèrie de fenòmens psicològics que comencen amb la pèrdua i acaben amb la reintrojecció de l'objecte (intern) perdut. Es parla de processos de dol i no d'estat de dol per remarcar la realitat tremendament dinàmica i canviant de la situació del qui ha perdut alguna cosa de valor o ha patit una important decepció o frustració: el qui ha patit la pèrdua pot, per exemple, passar per les fases típiques descrites per Bowlby (1961, 1968, 1969) davant la separació: protesta, desesperança i desafecció. Però, d'una banda, cal entendre que elements de protesta s'entremesclen ja d'entrada amb la nostàlgia i la pena inicials i aquestes, a la vegada, oscil·len entre la tristesa, la desesperança i la des-afecció. A més, tot això es troba interferit i afavorit per emocions tals com l'odi, la rivalitat i la gelosia l'enveja, la necessitat i els desigs de controlar l'objecte o altres objectes substitutoris per no perdre'ls igualment...

Així es conforma aquesta situació psicològica especial que anomenem dol. Naturalment, els dols o ritus de dol de tipus social no són sinó ritualitzacions del dol psicològic: la persona mostra a l'exterior, mitjançant l'apartament de les alegries i diversions o mitjançant els seus costums i robes (fosques en la nostra cultura), tant la importància de la pèrdua patida com la seva dedicació interna al treball amb aqueixa pèrdua (el treball del dol).

Els processos de dol, en el cas de la migració, començaran amb el sentiment de pèrdua d'allò conegut, estimat, segur... En aquest sentit, comencen realment quan comença a entronitzar-se la idea-sentiment-sensació que cal emigrar, cal deixar tot això... amb la sèrie complexa de sentiments, fantasies i temors que aquesta cognició implica.

"Quien hará pan de mi trigo.

Quien se pondrá mi abrigo

el próximo diciembre.

Quien será el nuevo dueño
de mi casa y mis sueños,
y mi sillón de mimbre.
Quien abrirá los cajones.
Quien leerá mis canciones
con morboso placer.

(...)

Quien pondrá fin a mi diario
al caer la última hoja de mi calendario."

J.M. Serrat (Si la muerte pisa mi huerto)

El dol acaba amb la reintrojecció de l'objecte, que se sentí definitivament perdut en els moments de tristesa-protesta i desesperança. Acaba doncs amb l'allunyament de la tristesa i l'ambivalència. En el cas de la trasplantació migratòria, la reintrojecció del perdut i la fi de l'ambivalència vénen exemplificats en l'emigrant integrat, que valora el seu nou mitjà però sense que per això hagi de negar o desvaloritzar la realitat anterior, el medi de què prové. En el llenguatge col.loquial, aquesta situació s'expressa sovint amb frases que fan referència a com "allò també tenia les seves coses bones, però la vida és així..." o fins i tot "és una pena haver d'abandonar-ho, tot i que aquí m'hi trobo bé. Si les coses funcionessin d'una altra manera, si el món estigués més ben repartit"... Tot això fa veure que la nostàlgia i la tristesa, al cap d'un temps variable, no són omnipresents, amb la qual cosa és possible la integració en el nou medi. En cas contrari, la desesperança es va instal.lant més i més profundament en l'emigrant i pot portar-lo a situacions de desafecció, de malenconia psicòtica i/o d'altres trastorns mentals del cercle psicòtic.

El dol adequadament elaborat pressuposa una posició depressiva elaborada. Com ja hem esmentat anteriorment, fou M. Klein (1952) qui posà en relació l'elaboració del dol amb la capacitat d'elaboració de la primera i subsegüents posicions "depressives". En aquest sentit, podem

afirmar que un dol ben elaborat pressuposa que el subjecte ha pogut elaborar almenys parcialment les seves primeres posicions "depressives"

PRIMER DOL

Crida en la nit l'infant son primer dol
perquè li han amargat la font de vida.
Arrenca un plor, en la nit, sense consol.
--¿Què has fet de la dolçor del teu pit, dida?--

Perquè avorrís el pit li han embrutat
amb pols del senet, tan amarganta,
i dolorosament meravellat,
el pren i el deixa, i mira, i se n'espanta.

--¿Què has fet, dida?. Què has fet?. Estic perdut!
Ai, braços que em teniu! Adéu-siau!
Ai, dolça tebior del pit suau,
que contra tot mal , eres salut!
Per què ara te'm fas avorridora?
Com ha estat això, dida? Com ha estat?...--
I es redreça l'infant desesperat...

La dida gira el rostre com traïdora.
Mes ell li pren el rostre i l'hi espia...
--Dida! Dida!... I para en sec el plor.
i una mirada d'home que es malfia
als ulls li esfulla la primera flor.

(Joan Maragall)

La posició "depressiva" s'assoleix mitjançant l'elaboració d'ansietats més precoces i desestructurants: les ansietats paranoides i confusionals primitives. Aquí prenem i usarem el terme elaboració com a contrari al d'actuació. Elaborar un conflicte significarà contenir-lo suficientment en el nostre interior com per poder experimentar en el nostre món intern les seves diverses facetes i, especialment, com ens afecta profundament i com hem participat en el desenvolupament d'aquest conflicte: com hem danyat l'objecte --en el sentit psicoana-

lític del terme "objecte"-- i com el conflicte no és solament resultat de l'atac per part de l'objecte extern, sinó que també ha estat produït pels nostres propis error, negligència, odi o atac envejós o gelós. Això genera sentiments de culpa. Si l'elaboració de les ansietats "depressives" és suficient, podrem conviure amb la nostra culpa fins que apareixen en nosaltres fantasies i desigs reparatoris, amb la qual cosa predominaran progressivament les culpes reparatòries sobre les culpes persecutòries (menys elaborades, menys interioritzades i simbolitzades). Al final de tot el procés, l'elaboració inclourà la internalització en el nostre "món de significacions" del conflicte i els seus significats profunds i de la responsabilitat que en la seva gènesi i en el seu desenvolupament hem tingut, així com de la gratitud cap a l'objecte o objectes que ens han ajudat a superar-ho o ens donaren les claus per a la seva superació, de vegades anys i anys ^{abans.} ~~després.~~ L'elaboració d'un conflicte inclourà per tant una reviviscència de les representacions mentals de vinculació i un augment de la capacitat d'insight (en el sentit de capacitat de captació emocional dels nostres propis conflictes) i amb això, probablement, de la creativitat.

Pel contrari, la manca de contenció de les ansietats provocades per un conflicte (de vegades, equivalent de l'actuació o acting out) n'impedirà l'elaboració. Per exemple, tendirem a atribuir-ne l'essencialitat a causes externes i intentarem resoldre'l en el món extern i no en els dos mons o realitats (interna i externa), adequadament relacionats a través de les nostres capacitats d'introspecció (insight) i simbolització.

La posició "depressiva" o reparatòria inclou una disminució de l'escissió o dissociació, tant de la personalitat global com dels objectes (objectes en el sentit que emprarem contínuament en aquest llibre: en el sentit psicoanalític, és a dir, com els éssers vius, humans o no, animals o no, objectes inanimats o abstractes als quals

s'adrecen les nostres pulsions, els nostres impulsos, desigs i sentiments: aquells que són objecte de les nostres pulsions). Durant aquesta posició, el nadó (i l'adult cada vegada que viu en posició "depressiva") introjecta els aspectes benèfics i persecutoris de l'objecte i els va integrant progressivament en el seu self. Amb la posició "depressiva", així mateix, augmenta gradualment la tendència del jo a identificar-se amb els objectes bons introjectats i, per tant, serà necessari protegir-los dels atacs que en la nostra fantasia (i potser en la realitat externa) els adrecem; serà necessari preservar-los del nostre odi. Tot això no es pot aconseguir sense que disminueixi la importància de la projecció en la vida mental, d'una manera tal que no es tendeixi a sentir sempre en l'exterior el perillós, ja que, juntament amb aquest objecte "persecutori" tendiríem a expulsar del nostre món de significacions també els aspectes benèfics de l'objecte, ja inextricablement units als primers, i a desposseir-nos d'elements de la nostra personalitat i el nostre món intern mitjançant aquests processos (identificació projectiva).

Per això, quan predomina la posició "depressiva" o reparatòria és quan pot resultar clara l'angoixa davant la pèrdua de l'objecte estimat, que en l'observació infantil fou anomenada per Spitz "l'angoixa del vuitè mes" (Spitz, 1965): és possible reconèixer l'objecte total, és possible reconèixer que hi predominin els aspectes benèfics sobre els persecutoris, és possible reconèixer el nostre desig de l'objecte... i, per tant, és possible reconèixer la seva pèrdua i l'odi que ens anima cap a ell per la seva retirada real o fantasiejada, o bé pels aspectes que no coincideixen amb les característiques i la cronologia del nostre desig. Per això el jo anirà començant elaborant les fantasies reparatòries, els desigs i intents de protegir l'objecte, tant en la realitat externa com en la realitat interna (davant l'amenaça del nostre propi odi). Per exemple, tot això és summament visible

en la conducta dels infants de poc menys d'un any: després de l'enrabiada furiosa davant la mare per una frustració qualsevol, pot produir-se sovint una tendra i espontània expressió de sentiments d'afecte en forma de carícies, petons, abraçades, etc. acompanyats o no d'un plor que qualsevol observador diferencia clarament del plor d'una seqüència d'ira, frustració, hostilitat...

La fantasia subjacent a aquests comportaments resulta directament expressada pels infants en la seva vida quotidiana i per infants i adults en el curs de tractaments psicoterapèutics i/o psicoanalítics: tota pèrdua de l'objecte estimat genera fantasies en el sentit que aquesta pèrdua ha estat deguda als nostres atacs, per la qual cosa moltes vegades exagerem quasi omnípotentment llur magnitud i, per tant, els nostres poders. Sobre aquestes fantasies més o menys conscients se sostenen les fantasies i les tendències reparatòries, tan clarament expressades per alguns infants després de la "rebequeria": les tendències reparatòries parteixen doncs de les fantasies d'atac, ira, rancúnia, venjança... que el nadó (o l'adult) ha dirigit contra l'objecte d'amor. Gràcies a la reparació es poden assauajar els sentiments de culpa per haver danyat més o menys voluntàriament l'objecte estimat i aqueixa culpa pot quedar imbuïda d'aquestes tendències, transformant-la en culpa reparatòria, és a dir, en aquest sentiment de malestar i auto-acusació que va acompanyat de desigs, fantasies i conductes que tendeixen a reparar el dany realitzat a l'objecte, en la realitat o en la fantasia. Per a això, naturalment, el nadó i l'adult hauran d'haver arribat a una relació d'"objecte total". Solament així podran sentir com han danyat, portats per l'odi cap als aspectes persecutoris, l'objecte total que senten ja com a fonamentalment protector, benefactor, "bo"... tot i que també posseeixi aspectes "dolents" que no donen, danyins, persecutoris...

En El dol i la seva relació amb els estats maníaco-depressius.

M. Klein (1940) aclarirà que per situació de dol entén no solament la relacionada amb la pèrdua de l'objecte estimat, sinó amb qualsevol dolor psicològic causat per experiències penoses, siguin quins siguin l'origen i les característiques. Qualsevol d'aquestes situacions reactivarà, per tant, la posició "depressiva" infantil, en el cas que les ansietats persecutòries i "depressives" hagin estat suficientment elaborades en la infantesa.

«En el dol d'un subjecte, la pena per la pèrdua real de la persona estimada es troba en gran part augmentada, segons el meu criteri, per les fantasies inconscients d'haver perdut també els objectes interns "bons". Així hom sent que dominen els objectes "dolents" i que el món intern es troba en perill d'esqueixar-se. Sabem que en el subjecte en dol, la pèrdua de la persona estimada el porta a l'impuls de reinstal.lar en el jo aquest objecte estimat perdut (Freud, Abraham). Des del meu punt de vista, no solament acull dintre seu la persona que ha perdut (la reincorpora) sinó també reinstal.la els seus objectes bons internalitzats (en darrera instància, els seus pares estimats), que es feren part del seu món intern des de les fases primerenques del seu desenvolupament en endavant. Sempre que s'experimenta una pèrdua d'una persona estimada, aquesta experiència porta a la sensació d'estar destruït. Aleshores es reactiva la posició depressiva primerenca juntament amb les seves ansietats, culpes, els seus sentiments de pèrdua i de dolor, derivats de la situació enfront del pit.» (Klein, 1940).

L'elaboració normal del dol porta a la reconstrucció del món intern, enriquit per aquesta nova experiència i per una confiança bàsica incrementada (Erikson, 1963). Gràcies a tot això, el subjecte pot recompondre els seus lligams amb el món extern, trencats temporalment de manera més o menys radical per la pèrdua: és la situació que el dol ritualitza amb l'obligada permanència del parent a casa, amb la prohibició de diversions, festes, relacions socials molt intenses, vestits

vistents... Només progressivament, des del negre (el color del dol en la nostra cultura) es passarà a altres colors, cosa que indica als ulls dels altres que la pèrdua s'allunya en el temps (...i s'interioritza en l'esperit) i que la persona ja està autoritzada per la societat i per ella mateixa a restablir les seves relacions socials.

Inclourem aquí un resum clínic aportat per F. Calvo (1972), que creiem que il·lustra molt adequadament el que hem dit:

«Cas núm. 6. Home de 40 anys, casat, té tres filles de 12, 10 i 9 anys, viu a Vic i és natural d'un poble de la província d'Almeria, d'on és la dona. Viuen en casa independent sense altres familiars. Treballa en una fàbrica de productes químics.

»Són cinc germans (quatre dones i ell), entre els quals ocupa el penúltim lloc. Una de les germanes encara viu al poble d'origen, està casada i «és molt nerviosa», segons diu el malalt. Les altres tres viuen en aquesta comarca, estan casades i dues han estat visitades per mi. Una d'elles pateix una neurosi histèrica greu. La dona del malalt pateix asma bronquial i una vegada també acudí a la meua consulta (de neuropsiquiatria).

»El pare viu aquí, amb una filla. Està jubilat i té molt bon caràcter i sempre està de broma. La mare va morir fa un any de cirrosi hepàtica. D'ella, el pacient diu que tenia molt mal geni i «era una bala», però els estimava molt i era molt bona. Quan parla de la mare s'entristeix i quasi plora, i explica que cada setmana va al cementiri a veure el nínxol, tot i que comprèn que no ho hauria de fer, ja que això li provoca una gran tristesa. A ell l'estimava molt. Malgrat les greus dificultats econòmiques que patiren de petits recorda com la seva mare procurava alimentar-los bé i a tots els donà el pit durant molt de temps: a ell, setze mesos.

»De la seva infantesa recorda que, a causa de la fam imperant en la postguerra, patiren molt i sempre foren extremament pobres. Aquest fou el motiu de la migració. De

molt menut treballà tenint cura dels porcs i, després, en diferents cases, essent per sistema "explotat". De totes maneres, sent un afecte profund per la seva terra i recorda amb nostàlgia aquells temps. Quan es reuneix aquí amb altra gent del seu poble, cosa que és fàcil ja que l'emigració del seu poble ha estat massiva, el tema més agradable de conversa és recordar com sortien al camp a menjar figues, i coses semblants.

»Allà se sentia "com un roure" i mai no estigué malalt, excepte alguns temors esporàdics i molt passatgers que "el cor se li aturés". Fou el primer de la família a emigrar. Vingué fa vint anys, a Lleida, on hi havia un oncle seu que treballava en el camp. Al començament, tot li caigué al damunt: no entenia ningú. Pensava que no aguantaria ni dos dies, però de mica en mica s'anà adaptant i el treball en el camp li agradava. Ara pensa que Lleida és molt semblant a la seva terra, ja que "el camp és estupend". Als dos anys se n'anà a treballar a la Costa Brava en la construcció i és allà on començà la seva simptomatologia actual, tot i que millorà amb un tractament.

»Per aquell temps ja havien arribat a la comarca de Vic els seus pares i germanes, on hi ha molts paisans, i ell se n'hi anà per reunir-se amb la família. Al cap de poc començà a treballar a la fàbrica on està actualment.

»De la seva feina diu que a Catalunya ha treballat "com un ruc", però que es guanya bé la vida. Hi ha sortit guanyant en diners, "però he perdut la salut, que és el més important". Ara "estic tot el dia entre àcids tòxics, i és molt perillós".

»La seva dona, que és del seu mateix poble, la va conèixer aquí i fa catorze anys que es van casar. No apareix conflictiva familiar grossera.

»La simptomatologia actual, que ja s'inicià a la Costa Brava, consisteix en unes taquicàrdies per les quals contínuament es pren el pols i que han estat diagnosticades de neurosi cardíaca. Li impedeixen dormir damunt el costat esquerre i sovint li fan témer una mort sobtada. També sent un cansament quasi continu, però que no li impedeix fer grans esforços si es cansa en córrer. Dolors d'esquena que, jun-

tament amb altres molèsties del coll, darrerament li fan témer que està malalt de la medul·la... Explica que un conegut seu morí fa poc per una malaltia semblant. També li surten blaus a les cames. D'altres vegades, té sufocacions.

»Per totes aquestes molèsties ha visitat tots els metges de la comarca i a un curandero, sense trobar cap mena d'alleujament. Un metge li féu una petita operació de cordes vocals perquè patia disfonia, i des d'aleshores ja no pot cantar flamenc, cant al qual era abans molt afeccionat; ara, si ho intenta, ~~hi~~ ^{l'hi} surt malalment perquè té una ronquera quasi contínua. Desconfia molt de les medecines i moltes de les que li han receptat no les ha preses mai.

»Del seu caràcter diu que era un home molt sociable i amic de la gresca, però que ha canviat força. «Tinc molt bons sentiments, però també tinc coses rares», diu. «M'irrito per qualsevol cosa. A la fàbrica, tot em molesta. Quan a casa m'enfado per alguna cosa, llenço les coses: un plat per la finestra o coses així... De vegades em poso com un tonto que no vol que ningú li parli. Quan em cabrejo, agafo la garrafa i bec vi, tot i que no sóc borratxo. D'altres vegades em poso molt trist i tinc ganes de plorar. No tinc ganes de fer res»...

»Malgrat la seva malaltia, no ha deixat mai de treballar. En tot aquest temps només ha tornat una vegada a la terra, per deu dies, però allò «ho vaig trobar molt canviat» i no li agradà gaire. Creu que, malalt com està, si tornés a fer les feines més rudes d'allí no li aniria bé, però que si a la seva terra hi hagués fàbriques i una feina fixa com aquí, se n'hi aniria sense pensar^{s'}ho. Moltes vegades pensa que és trist haver de viure en un lloc diferent d'on un s'ha criat.

»Aquí es troba bé, ja que hi ha molts paisans i amb tots es porta bé. Amb els catalans es porta bé, però no té autèntics amics entre ells. Entén bé el català i el parla una mica. Això li permet pertànyer a una organització ornitològica constituïda quasi exclusivament per catalans. L'afecció pels ocells és el que el distreu més i el té molt ocupat.

»El seu futur el veu com una perllongació de la seva situació actual: «continuar treballant i guarir-me», tot i que

això ho veu molt problemàtic. Algunes temporades millora i aleshores reapareix el bon humor.»

(Pel seu interès directe per al tema que tractem, inclourem aquí alguns dels comentaris que el mateix F. Calvo realitza d'aquest cas):

«Clínicament es tracta d'una neurosi hipocondríaca amb fortes tendències a la depressió malenconiosa.

»Durant la visita, passa amb summa facilitat a parlar dels seus símptomes somàtics i dels seus temors hipocondríacs que el tenen molt angoixat. Manté una actitud ^{d'acel.} ~~summa~~, disposat ^{a la submissió} ~~al sotmetiment~~ humil. Es mostra agraït per l'interès que mantenim per la seva situació, però l'esperança d'aconseguir algun alleujament amb la nostra intervenció no s'incrementa gaire. Destaca la gran necessitat d'afecte, que constantment reclama amb la seva actitud. Aquesta tendència a la recerca d'afecte, sempre insatisfeta, és el que creiem que l'ha portat a realitzar un nombre de consultes mèdiques tan gran.

»El pacient, que fou llargament alletat, ha mantingut una profunda fixació a aquest primer objecte i a la seva terra com a substitució d'aquest, i pogué conservar la salut mentre mantingué el contacte directe amb aquests objectes d'afecte. Els temors d'infant que "el cor se li aturés" els podem considerar com el germen de la seva simptomatologia actual i l'índex que no havia aconseguit una independència emocional i que existia un objecte intern perseguidor, tot i que no gaire actiu.

»A l'inici de la seva estada a Catalunya pogué mantenir l'equilibri gràcies a la identificació del camp de Lleida amb la seva terra, però en perdre aquesta relació externa o anar-se'n a treballar en la construcció, es posaren en activitat els nuclis paranoide-hipocondríacs que ara dominen el quadre (àcids, tòxics...) i reacciona d'una manera agressiva (trencar coses, somatitzar...).

»D'altra banda, la mort de la mare sembla que ha incrementat en ell les tendències depressives de tipus malenconios i ara se sent unit i dominat pels seus objectes morts, externs i interns. És significativa l'atracció que sent per visitar la tomba de la mare.

»Els intents de sortir de la seva situació, que oscil·la entre la persecució hipocondríaca i la depressió, tenen poc èxit. De tota manera, no ha arribat a la claudicació total i manté l'activitat laboral i alguna adaptació al món extern.

»Els metges i medecines resulten fàcilment convertits en objectes morts pels seus mecanismes defensius primitius, amb la qual cosa la millora que obté amb llur ajut resulta sempre molt precària i molt inconstant.»

Sovint, el pas previ a la internalització del bo de l'objecte perdut consisteix en una certa idealització d'aquest, que ens ajuda a aconseguir aquesta introjecció, en fer-nos reviure més intensament el bo que ens féu viure la persona estimada, allò que ens proporcionà, ens donà... En aquest sentit, en els dols socials és típic el període en el qual es canten les lloances del mort d'una manera tal que tots o molts dels presents sabem que s'estan accentuant o exagerant els aspectes "bons" del qui ens va deixar: potser a partir d'ací podem entendre el per què d'aquest ritus social. Solament a través del record (sempre acompanyat d'intenses emocions que en són inseparables), així com a través de la confiança progressivament creixent en què els éssers o objectes estimats ens fan costat o ens en faran, podem anar interioritzant progressivament una visió menys parcial, menys idealitzada, de l'objecte perdut. Acceptarem els seus possibles defectes i limitacions sense perdre per això allò bo que ens donà, ni la confiança en nosaltres mateixos, en la nostra pròpia personalitat, enriquida per aquest "objecte intern bo" i per les noves experiències que enriqueixen el jo. L'amor i la gratitud cap a l'ésser perdut substitueix aleshores de manera progressiva l'ambivalència, la protesta i la des-esperança per la pèrdua, fins que arribem a sentir que tant la vida interna com l'externa ^{continuaran} ~~seguiran~~ malgrat tot i que val la pena continuar vivint i treballant per la vida, per la relació, per la comunicació. Això explica com, després d'una pèrdua, sovint s'estimulen o es porten a ter-

me les creacions artístiques, polítiques, científiques, etc... de molts éssers humans; o es revelen aptituds fins aleshores ignorades fins i tot del propi subjecte: l'experiència de la pèrdua ha posat en moviment tota una sèrie de representacions mentals fins aleshores més o menys inconscients i desviades, i la nova confiança incrementada ajudarà la persona a poder expressar les seves noves vivències. D'altra banda, la mateixa expressió creativa resulta recíprocament no solament producte sinó sustentació de l'elaboració ja que aquesta, no ho oblidem, es produeix no tan solament en la relació externa o interna amb la pèrdua, sinó també en la relació simbòlica amb aquest objecte, a través de substituïts, sublimacions, símbols...

+++++

Taula 24. Quadre esquemàtic sobre l'elaboració del dol

+++++

Solament l'elaboració adequada del dol ens pot desvetllar profundament els ensenyaments de cada experiència. Si per la nostra pròpia fragilitat conscient o inconscient no podem entrar a fons en els processos de dol davant una pèrdua, un fracàs o una culpa important, mai no podrem reparar adequadament aquesta pèrdua, aquest error o fracàs. D'una banda, perquè no podrem percebre la realitat de forma totalitzadora i, consegüentment, no serem capaços d'analitzar-la creativament. ~~derament.~~ Però, sobretot, perquè en no haver experimentat a fons tots aquests processos, la nostra visió a nivell personal probablement no s'alterarà i tendirem a repetir, en circumstàncies similars, respostes també similars, ja que no hem pogut apropar-nos a la nostra culpa, "reforçador negatiu" i/o estímul aversiu fonamental per al canvi intrapersonal (i interpersonal). En aquest sentit, més que tenir noves experiències, repetirem contínuament experiències ja fracassades. Més que elaborar repetirem, com recorda Freud a Recorda. repetició., elaboració. (Freud, 1914).

Però el cas del dol migratori, com recorda Calvo (1977), és un cas especial de dol. Qualsevol persona afectada per una pèrdua important disposa, per enfrontar-la, de l'ajut del seu medi habitual: familiars, amics, llocs, objectes... Però a l'emigrant no l'acompanyen ni les persones ni, en gran mesura, els objectes (que tenen a veure amb la pèrdua). D'altra banda, una altra diferència rau en el fet que l'affligit per un dol pot suspendre normalment les seves activitats i centrar-se més o menys en l'elaboració dels seus sentiments dolorosos, i això sembla natural i comprensible a tot el món. L'immigrant, al contrari, no té aquesta opció ni aquesta possibilitat... sinó tot el contrari. Ha d'enfrontar-se immediatament amb una situació diferent, gent diferent, un treball on, si el té, ha de complir al màxim i des del primer dia... La conclusió immediata a què arriba és que no pot fer altra cosa sinó és resistir... Ha de "superar" aquella situació... Però sense poder dedicar pràcticament ni temps ni possibilitats (mentals) a l'elaboració de la migració... Això explica, almenys parcialment, per què en els immigrants assalariats l'elaboració del dol migratori no es realitzi normalment en la seva pròpia vida i hagi de postergar-se transgeneracionalment, com explicàvem abans. El dol migratori és, doncs, especialment difícil d'elaborar. Entre altres raons, perquè no hi ha companyia (o aquesta acostuma a trobar-se minvada i també afectada); tampoc no hi ha moratòria.

Si fracassa l'elaboració del dol migratori els resultats acostumen a ser visibles i tremendament ostensibles i fins i tot típics en països com Catalunya, sotmesos durant decennis a intenses onades migratòries (Termes, 1983).

Com en tot dol inadecuadament vivenciat, una possible sortida és la utilització de les defenses maníagues més enllà del que és necessari per a les primeres fases de l'elaboració del dol, o amb una intensitat excessiva (Klein, 1940, 1948, 1957). Els sentiments de control,

trionf i menyspreu sobre l'objecte --terra, persones, cultura, costums de partida-- fonamenten una reacció hiperfòrica de l'emigrant, negadora de la realitat de les seves pèrdues i de l'afectació que aquestes pèrdues li produeixen. L'emigrant pot començar així una autèntica fugida cap endavant: tot el passat, tot el seu passat, el seu punt d'origen, la seva subcultura, els seus sentiments, etc, són aspectes a oblidar, a rebutjar... Aquest emigrant acostuma aleshores a lluitar desesperadament per una pseudo-integració ràpida, forçada. Però en la mesura que aquesta "integració" es realitza amb una negació (sobretot inconscient, però fins i tot de vegades ^{co}eficient) dels processos psicològics subjacents a tota integració, no resulta una integració, sinó una acomodació, una forma de pseudo-integració en la qual l'emigrant haurà de negar o ~~acallar~~ ^{immudir} més i més sovint els seus sentiments de tristesa, nostàlgia, gelosia, enveja... I ho farà menyspreant "les coses d'aquí" o "les d'allà", o bé lluitant abrevadament per controlar les emocions que un i/o un altre li desperten. D'altra banda, les realitats sociològiques i econòmiques són immisericordes cap a aquesta reacció maníaca de l'immigrat, especialment si aquest és un assalariat i, tard o d'hora, el capolaran amb la seva realitat evident: no és un privilegiat, no té obertes "totes les possibilitats del món"... Aleshores és possible que aquesta reacció maníaca deixi pas a una situació depressiva greu, difícil de solucionar a més per la llarga evolució anterior dels processos no adaptatius...

Un altre cas aportat per Calvo (1972) ens servirà per il.lustrar el que diem:

«Cas B. Home de 37 anys. Solter. Natural d'un poble de la província de Girona. Resident a Alemanya des de fa 10 anys i a Berlín des de fa cinc. És el tercer de sis germans.

»Sembla que una vegada més ha acudit a Caritas perquè l'ajudin a reprendre la seva relació amb els pares, ja

que els va deixar d'escriure fa nou anys, un després de l'arribada a Alemanya, i des d'aleshores no sap res d'ells ni tampoc de la resta de la família.

»Inicia l'entrevista amb mi d'una forma verborreica, una mica inquiet i amb estat d'ànim hipomaniac, actitud que manté mentre aquesta dura. Explica d'una forma en alguns moments quasi incoherent la història de la seva emigració, el seu ressentiment profund contra tot el que és alemany i la seva idealització d'Espanya i de la família.

»Anà a la RFA fa més de deu anys empès pels consells de gent coneguda sense que tingués una necessitat real de tipus econòmic o similar per emprendre el camí de l'emigració. Segons que explica, volgué demostrar-se i demostrar als altres que era capaç de sortir del poble i de viure a l'estranger. Ara maleeix els consellers. Al principi, i esporàdicament també després, es trobà amb greus dificultats, sense diners, sense casa, sense feina... Ha canviat moltes vegades de lloc de treball, sempre com a peó, sense que hagi après cap ofici. Des de fa cinc anys resideix a Berlín, on hi anà pels desigs de canvi continu de feina i de residència. Allà treballa de manobre i viu sol. Es relaciona poc tant amb espanyols com amb alemanys, tot i que assegura que parla bé l'alemany i que ha tingut amics alemanys. Parla de la possibilitat, d'altra banda pràcticament irrealitzable, de nacionalitzar-se alemany.

»En el seu país treballà en el camp i en una fàbrica. Parla molt bé d'aquest període de la seva vida: tot era magnífic, el treball era còmode, mai no estigué malalt, els seus pares eren fantàstics, etc. En realitat, pel que explica més tard, es dedueix que patia un ulcus gàstric, la simptomatologia del qual ha desaparegut, encara que a l'inici de la seva estada a Alemanya tingué algunes gastràlgies. Diu que aquí no ha estat mai malalt, ni mai no ha anat al metge, excepte una vegada que hi anà per consultar unes molèsties digestives. Creu que no està malalt ni li passa res; si de cas, està una mica "nerviós".

»Parla vagament de la possibilitat de tornar a Espanya, on no ha anat des que arribà a Alemanya i on continuaria vi-

vint sense problemes, diu, ja que tenia alguns diners als bancs si encara vivien, i no explica més explicacions pel seu silenci de tants anys, ja que ell ja sap que és així..

»Durant tot el temps parla ininterrompudament. Predomina les crítiques a les coses alemanyes i als alemanys, juntament a un evident desig d'impressionar-me amb el seu coneixement de l'alemany, idioma en el qual de tant en tant diu frases. No demana res. No pregunta res. Però és molt difícil donar per acabada l'entrevista, atesa la seva actitud invasora...

»Les crítiques més repetides als alemanys són: que són racistes, que neyspiren els espanyols, que no ajuden ningú, que no tenen cor, que són dolents... Per confirmar la seva tesi explica apassionadament diversos actes delictius que publicuen els diaris: violació i mort d'infants en un bosc, notícies de perversions, de crims, etc.

»Comentari: El que predomina en aquest cas és la seva actitud maníaca, cosa amb la qual intenta, evidentment, defensar-se d'ansietats primitives de tipus paranoide i "depressiu" de caràcter psicòtic. De tota manera, no es tracta d'un psicòtic clínic, ni fins ara no li ha calgut ajuda psiquiàtrica.

»Contínuament utilitza mecanismes de defensa primitius, com són els de projecció massiva i idealització, amb la qual cosa distorsiona la realitat i manté una greu dissociació psíquica.

»La projecció de totes les coses dolentes d'Alemanya i els alemanys li fa sentir contínuament temors persecutoris, que entre altres coses determinen els seus canvis continus de residència i de lloc de treball, a la vegada que la idealització de la família i d'Espanya l'obliga a mantenir-se allunyat, ja que contactar amb la realitat seria exposar-se a haver d'elaborar totes les seves ansietats primitives. Probablement per això porta nou anys sense escriure a casa. Ara sembla més aviat un intent aparent que no real de buscar ajuda per contactar amb la família. Ens inclinariem a creure que ha acudit a nosaltres per poder donar sortida a la seva ansietat i per tenir un auditori per a les seves fantasies omnipotents, amb la qual cosa pot reforçar la negació i man-

venir la dissociació.

»(...) En tot cas, i ateses les causes poc realistes de la seva emigració, que es noixeixen de fantasies de rivalitat i de triomf, no cal pensar que el seu equilibri mental i emocional era molt deficient i que les actituds maliqueses ja hi eren presents. L'emigració, per tant, sembla que més aviat fou una conseqüència de la seva psicopatologia descoberta, la qual ha arribat a ser manifesta i a patir un canvi notable en relació amb aquesta.»

Una altra possibilitat són les defenses obsessives enfront el dol o enfront la pèrdua (Tizón, 1982). En aquest cas, la pèrdua és viscuda com a tal, però amb el sentiment íntim que la pèrdua està profundament lligada al dany que nosaltres hem fet a l'objecte, al nostre sadisme, a la nostra maldat... En aquest cas l'emigrant es troba dominat pel dubte patològic, pel temor que la seva marxa "cap al pitjor" no ha estat ben pensada o ha estat motivada pel menyspreu de l'objecte, pel menyspreu de la seva situació o pel poc que volia, estimava o l'afinitat per la seva terra, la seva situació anterior. De vegades aquest tipus d'estat intrapsíquic es tradueix en conductes reiterades, enganyoses, del tipus de la necessitat repetitiva de valorar la terra deixada, els llocs i relacions d'origen, i de recrear davant els altres les seves característiques, sovint fortament idealitzades... (Calvo, 1977; 1972 a i b, 1977; Tizón, 1982). I aquesta reiteració en la valoració del punt de partida de vegades porta a intents de recrear-lo aquí, però sense les adaptacions i integracions necessàries, amb la qual cosa la recreació queda convertida en una mera caricatura o còpia desprovista de valor afectiu profund. Malauradament, d'aquesta manera les fantasies i els desigs de reparació de l'emigrant no arriben a satisfer-se i a desenvolupar-se en una reintrojecció de l'objecte a través dels seus símbols, amb la qual cosa la pseudo-reparació s'ha de repetir una vegada i una altra... (Segal, 1964; Tizón, 1982). Alguns immigrants arri-

ben així a intentar crear petites imitacions individuals o col·lectives del seu lloc d'origen, imitacions que progressivament es van buidant més i més de contingut afectiu i acaben sent sòrdids pedagos del que, en els seus desigs d'idealització, intentava l'emigrant: ens referim a habitacions i llars decorades "com a la terra, com allà", a costums imitatius i reiterats del que s'ha deixat, a algunes característiques i orientació de les anomenades "cases regionals", especialment les més "anticatalanistes", etc.

Aquesta situació no està gaire llunyana de la reacció malenconiosa, de la reacció depressiva psicòtica davant la migració: l'immigrant se sent culpable, persecutòriament culpable pel dany que, en la seva fantasia i/o la seva realitat, ha ocasionat als objectes (interns); per com els ha atacats, criticats, desvaloritzats en la seva ment. En aquesta situació, la trasplantació, ja en ella mateixa complicada i forçada, ~~li~~ reaviva a més tots els atacs dirigits contra els objectes d'afecció, de vinculació dels moments crucials de la seva vida (Bowlby, 1968, 1969) i, especialment, contra la mare o figures maternes de la infantesa. El malenconiós ha de conviure, doncs, amb l'odi cap a ell mateix, amb els propis autoreprotxes i acusacions... precisament perquè odia i desvaloritza molt o va odiar i desvaloritzà l'objecte. La situació interna és tal que la des-afecció en relació amb el nou i l'antic s'hi instal·la progressivament. Les il·lusions de l'immigrant sobre el fet que tornant temporalment es recuperarà del "desànim" acostumen a fracassar una vegada i una altra en la mesura que aquest retorn no fa sinó enfrontar-lo novament amb els excessos de la seva idealització de l'objecte (precisament motivats pel temor als danys que li ha inflingit en la seva fantasia i, sovint, en la realitat...). El retorn pot obligar el depressiu a enfrontar-se amb relacions ja molt trencades o deteriorades abans de la partida, a situacions i objectes dels quals se separà odiant-los, atacant-los o menyspreant-los, a separacions no ben ela

borades... ^DDe vegades, si la situació econòmica li ho permet, aquest tipus d'emigrant comença un autèntic vaivè que, sovint, solament acabarà amb l'inici d'un tractament psiquiàtric, amb les complicacions mèdiques subsegüents a la depressió crònica --més o menys medicalitzada--, o bé després de l'exhauriment de les possibilitats econòmiques i materials (Tizón, 1973; Tizón, Bernaldo, Garre, 1981 a i b; Tizón, 1984, etc).

La Sra. T. havia consultat, obligada pels seus familiars, per un quadre depressiu greu (malenconiós), amb idees de suïcidi. El quadre havia començat al cap d'un temps de venir a Barcelona, als 44 anys, després d'haver assistit la mare en la seva darrera i llarga malaltia en un poble castellià d'on prové tota la família. Tot havia començat amb unes "sensacions d'espessiment en el cap", de desorientació, de resistència a sortir de casa... Després, s'hi havia afegit una "sensació de mareig" tan freqüent que encara l'havia inhibida més i l'havia portada a consultar diversos hospitals, especialistes i serveis d'urgències...

Només al cap d'un temps s'ha fet clar (i ha pogut parlar) del seu quadre malenconiós. El seu estat depressiu i el seu malhumor feien que es barallés contínuament amb tothom tot i que després se n'acusava reiteradament, amb el resultat d'augmentar els seus autoreprotxes i la seva depressió.

Tractada amb psicofàrmacs i una psicoteràpia de suport d'orientació analítica a càrrec d'un terapeuta experimentat, el seu estat d'ànim millorà enormement, així com les seves relacions amb els altres. Pogué tornar a tenir cura dels fills i néts amb plaer i satisfacció, a sortir de casa, recuperà el seu interès incert per conèixer Barcelona, que durant anys havia postposat en no moure's de casa o, a tot estirar, de les illes pròximes: just fins l'escola dels néts.

Un cop s'hagué trobat millor, al cap de dos anys, pogué plantejar-se el retorn al poble, amb ocasió d'unes vacances del marit. Abans no hi havien pogut anar mai, malgrat els desigs insistents de tota la família, perquè la pacient

"es marejava d'una manera tal en el cotxe que havia de tornar". I això, malgrat l'obertura i realització de la noietat en relació amb la seva terra i el seu noble d'origen: "allà sí que es trobava bé", "allà la vida sí que és sana", "aquí la joventut es fa malbé", etc. El fet de tornar a contactar amb la seva terra, la casa dels pares, els llocs de la infantesa, la gent del poble, etc, li provocà intenses emocions que, tanmateix, pogué contenir sense sentir-se a bordada, almenys en aquesta primera visita. Això no obstant, patí una important recaiguda en la seva depressió quan, en la visita següent, també de vacances d'estiu, amb ocasió d'una reunió familiar, els seus germans començaren a discutir a propòsit de les obres que podrien fer a la casa dels pares i el possible repartiment d'aquesta entre tots. La seva idealització de "la meua família", basada en la negació dels aspectes conflictius i de les picabaralles familiars, no pogué continuar sostenint-se... i recaigué. Recaigué a més amb les característiques típiques del depressiu greu, del malenconiós: no solament se li esfondrà la idealització de la família, dels germans, de la terra, sinó també la confiança en moltes altres persones que l'atenien: el marit, el terapeuta... Aleshores començà un llarg deambular d'especialista en especialista i de sanador en sanador perquè l'atenguessin de diverses molèsties obscures i, especialment, els seus "mareigs" i l'"obscuriment del cap"... Solament acceptà de tornar al terapeuta que l'havia ajudada quan aquests mitjans i sistemes mostraren la seva inutilitat al llarg de dos anys i mig... I hagué de començar de nou una llarga tasca de reconstrucció...

D'altra banda, processos de dol en personalitats predisposades poden desencadenar autèntiques regressions a la posició esquizo-paranoide, apareixent trastorns psicòtics del cercle del delirant... Així, reaccions enfront del dol molt basades en projeccions poden donar lloc a quadres persecutoris: deliris persecutoris per perseguïdors externs (paranoia, parafrènia, deliris crònics paranoides...) o per perseguïdors interns al propi cos (hipocondria). Reaccions enfront el

dol basades en la negació portarien a psicosis més greus, del espectre de l'esquizofrènia, els delíris arbitraris al·lucinatoris, els delíris a ut^{o-o}s... Si l'ansietat paranoica és molt intensa i s'ha unit amb la defensa de confusió, i l'individu pot entrar en profundament confusional o confusional, un accés a un delírium confusional o bé enfonsar-se en l'esquizofrènia de tipus catatònic o hebefrènic (Cordero, 1975; Tizón, 1982). En aquest cas es tracta, en definitiva, de les típiques reaccions enfront el dol no elaborat, dominat per ansietats persecutòries, tal com ha estat descrit per nombrosos autors (Klein, 1934, 1940, 1946, 1952, 1957, 1963; Calvo, 1972; Grinberg i Grinberg, 1971; Tizón, 1982).

Una altra forma típica de reaccionar davant les pèrdues en general i davant el dol migratori en particular, és amb el dol histèric l'histèric o la personalitat histèrica oscil·la, en les seves reaccions enfront el dol, "entre la catàstrofe i la negació" (Bremann, 1979). I així, tan aviat dramatitzarà la importància de la pèrdua, els sentiments que ~~li~~^{l'hi} provoca... com reaccionarà amb allò d'"aquí no passa res", fins i tot amb indiferència aparent... Les seves possibilitats d'elaborar la migració, en la nostra experiència, estan molt disminuïdes i els camins a què acaben recorrent aquestes personalitats són els de la somatització i la conversió, amb la consegüent "carera ~~cursa~~ de malalts funcionals" (Tizón, 1973, 1984, 1987), o bé els de la regressió, amb una evident inhibició social, laboral, familiar, amb una exacerbació de la seva dependència infantil i de la seva vinculació ansiosa a persones i coses ambivalentment estimades...

Al cap i a la fi, com qualsevol altre canvi important, l'emigració suposa una pèrdua interna, i aquesta pèrdua interna és acompanyada d'una sensació més o menys conscient de desmembrament, de ruptura del món intern, dels sediments que les bones i males experiències anteriors (amb les seves separacions corresponents) han deixat en nosaltres. Per això la importància dels processos de dol. Per això també

que allò que a nivell psicològic posa en marxa el procés inicialment sociològic de trasllantar-se, és no solament la pèrdua concreta i les separacions que suposa per ella mateixa, sinó la reviviscència de totes i cadascuna de les separacions anteriors del subjecte i dels passos de la seva més o menys aconseguida elaboració.

En aquest sentit, ja Freud (1917) i, especialment, M. Klein, insistiren en com el dol del que s'ha perdut eternament (la pàtria i les relacions perdudes en el cas de la migració) porta, si és adequadament elaborat, a tota una reconstrucció del món intern, enriquit d'aquesta manera per una nova experiència que s'ha pogut elaborar creativament. I això a través del fet que el dol per allò perdut eternament suposa dolor per la pèrdua, percepció dels sentiments que ens unien al que hem perdut i una sensació, més o menys inconscient (reviviscència de les fantasies inconscients) que malgrat tot la vida continuarà. Per això deïem al principi que l'emigració, al final del procés elaboratiu del dol, pot no solament suposar un enriquiment social, cultural, econòmic... sinó també psicològic: el món intern del subjecte queda enfortit per nous "objectes bons" interns i per la nova experiència que un mateix, en relació amb els seus propis objectes interns i la solidaritat dels que l'envolten, ha pogut superar una altra situació difícil. Solament així podem explicar-nos, per exemple, la perseverança amb què una part important dels immigrants a Catalunya pogueren contribuir a defensar, durant els anys del franquisme, els drets nacionals del poble d'arribada, fins l'extrem que, possiblement sense el seu suport, no existiria una bona part d'aquesta recuperació de la consciència nacional i popular catalana.

En definitiva, la hipòtesi psicosocial i "psicodinàmica" de la migració com a "procés de dol", apunta al fet que la mobilitat social en ella mateixa (horitzontal i, potser, vertical) no és sinó un factor de risc en relació amb la salut mental dels individus. Però un

risc pot fins i tot donar lloc a enriquiments: com és prou sabut, tot canvi i tot risc estimulen en nosaltres ansietats persecutòries i "depressives"; però això no significa que tot risc o canvi sigui perjudicial (Tizón, 1982). Si queixes ansietats són adequadament elaborades des del punt de vista psicològic i social, el risc pot ser un element d'enriquiment, de desenvolupament individual i social.

Quan el procés de dol per la migració no és adequadament elaborat dona lloc a descompensacions en la unitat bio-psico-social de l'ésser humà que ha emigrat. Cal tenir en compte que una no-elaboració d'un procés psicosocial com és la migració no sempre es manifestarà a aquest mateix nivell. Tot el contrari; una expressió típica del dol migratori insuficientment elaborat és, com ja hem vist en diverses ocasions, la via de la somatització, la via de les molèsties ^qcorporals múltiples sense base orgànica que les demostra... Des del punt de vista psicoanalític això és fàcilment explicable: si les dificultats elaboratives són grans i recauen sobre un individu amb importants dificultats d'estructuració personal, serà difícil que ansietats tan importants se simbolitzin, es mentalitzin... Per això una expressió d'aquests temors, tensions i ansietats que ^qaquella persona passa siguin obscures i difuses sensacions corporals sentides com una persecució... per això es posa en marxa la somatització. La nostra hipòtesi, manllevada de Calvo (1973), predirà doncs un augment de la somatització, de les queixes per la via somàtica, en els grups d'immigrants assalariats com els que estudiem en aquest llibre: aquest tipus d'immigrants a Catalunya normalment han patit importants mancances en les seves primeres i segones infanteses; abans d'immigrar i, després, la migració ha estat molt poc protegida des del punt de vista psicosocial. L'augment de llur somatització sembla, doncs, quasi segur, tal com apuntaven estudis anteriors del nostre equip (Tizón, 1974, 1984, 1986, 1987; Tizón i col.ls., 1978, 1981, 1983, 1984, 1986) i han confirmat els darrers (Salamero i col.ls.,

1987; Tizón i col.ls., 1980...) i la bibliografia internacional al respecte (Bernier, 1967; Friessen, 1975; Rodríguez, 1976, 1977, 1978; Bourgeois, 1977; Ajuria-Asturra, 1982; Colledge i Svensson, 1986; Oztek, 1986; Simoes, 1986, etc). Ja el 1972, Calvo, en els seus estudis de la immigració interna i de la migració exterior (a Alemanya), havia trobat

...«un increment notable de la morbiditat general en les consultes de ginecologia, psiquiatria i pulmó i cor, un augment de les malalties funcionals en ginecologia i en pulmó i cor, una disminució de la mitjana d'anys de residència entre les malaltes de ginecologia i, també, tot i que ~~l'anys~~ notable, *de* pulmó i cor, i una edat mitjana dels malalts no catalans menor a la dels pacients catalans». Les ansietats que produeix la migració «busquen invariablement una forma d'expressió, la qual de vegades es palesa en forma de rebuig social i d'actituds reivindicatives, però moltes altres vegades en forma de sofriments psicofísics. Això darrer és el que creiem que es posa de manifest en els resultats de la nostra estadística, en els quals hem vist un increment de la morbiditat general i psiquiàtrica, un augment de les somatitzacions a nivell cardíac i respiratori, ambdues vies comunes d'expressió de l'angoixa, i en les dones una afectació profunda dels seus aspectes més evolutius, el ser mare, expressada en forma de queixes freqüents a nivell genital i més precoçment que els pacients d'altres consultes. En resum, sembla que amb l'emigració, vista globalment, hi ha una disminució dels rendiments humans en els seus nivells més evolucionats i madurs, psíquics i sexuals».

Des d'aquesta perspectiva, el procés migratori és un factor de risc bio psico social perquè posa a prova totes les capacitats elaboratives dels individus: si aquestes són disminuïdes, la descompensació és probable. Si aquestes són àmplies o la transplantació es troba ben protegida a nivell psicosocial, el resultat pot ser aquest desenvolupament individual i social.

El Sr. Manuel A., de 57 anys, acudí a la consulta del "esquidastre del seguro" perquè es trobava molt malament: "Tinc uns tremolors i una tristesa que no sé què em passa. Qualsevol cosa m'altera i noto que em poso a tre^molar com una fulla." És pensionista: té una invalidesa provisional i cobra prop de 40.000 pessetes mensuals. La mateixa dada --ser pensionista fa dos anys-- apunta ja a una altra característica de la seva presentació i el seu estat, sumament perceptible en la transferència: la dependència passiva.

En la primera entrevista amb l'assistenta social del servei, ell i la seva dona expliquen que no podia suportar la feina de la fàbrica; que treballar a preu fet el bloquejava i no podia fer res. El cronometrador i l'encarre at li deien que havia d'intentar-ho una altra vegada, "i jo ho intentava, però era superior a mi". En el poble sempre havia treballat en el camp i mai no havia aconseguit d'adaptar-se als ritmes de la fàbrica. Els dos deien que la impossibilitat del pare per treballar havia afectat molt el seu únic fill (un noi de 19 anys "que davant les dificultats del pare s'havia deprimat").

L'assistenta social, en intentar construir la seva història psicosocial, es troba el següent quadre: el senyor Manuel i la seva esposa són d'un poblet de la província de Jaén. Fa 18 anys arribaren a Catalunya, amb el noi que havia nascut feia poc, perquè al poble no hi havia feina i hi costava de viure. A la segona entrevista narren una història de pèrdues i dols primerencs: el seu germà gran morí als nou mesos i ell nasqué un mes després. Quan ja tenia 4 anys, mor el pare després de 18 mesos de malaltia que el tingueren al llit tot aquest temps. Al cap de pocs mesos mor una altra germana més petita que ell. "Als cinc anys anava al camp amb la mare; més que no ajudar-la, hi anava per fer-li companyia, perquè no se sentís tan sola..." "El meu avi li donà un tros de terra i amb això anàvem tirant". Amb l'esposa (la setena filla de deu germans) "sempre ens hem portat bé" i s'estimen: "Ens casàrem perquè ens estimàvem i, tot i les dificultats, ens estimem i tenim cura l'un de l'altra."

Quan arribaren a Barcelona el senyor Manuel començà a trobar-se malalment: "Me'n recordava de la neva terra i de la mare, que s'havia quedat allà... Ara ja és morta."

Per a l'equip ja fa temps que ha quedat clar com tantes pèrdues encadenades, tants dolis insuficientment elaborats, han disminuït de forma important les possibilitats elaboratives del consultant. En aquest context, la trasplantació psicosocial, mirada en la seva globalitat --com els canvis laborals adjunts-- era difícil que, a la veu, fos adequadament elaborada si no s'hi posaven molts mitjans socials, microsocials i, potser, professionals. Com que no anà així, el resultat és la dependència passiva com a pauta relacional bàsica, indubtablement sostinguda per característiques personals i vitals anteriors a la trasplantació.

A la següent entrevista amb l'assistent social, el Sr. Manuel es mostra abal^{lit}lit i preocupat: ja li han concedit la invalidesa permanent, però el canvi de qualificació li suposa passar a cobrar 28.000 pessetes en lloc de les 40.000 que rebia fins ara. Explica que ha pensat anar-se'n una temporadeta al poble, que allà es troba bé i molt més relaxat que a Barcelona. Li agradaria "apanyar-se" una caseta (tot i que ara pot anar a la de la germana) per quedar-s'hi a viure; podria treballar en unes oliveres que li queden... Però la dona s'hi resisteix, no vol deixar el fill mentre no es casi... "Què l'hi sembla? ¿No creu que al poble les coses podrien anar millor? Allà podria passar amb la pensió que em queda i estaria més tranquil i relaxat."

En aquestes i altres descompensacions per la migració, sovint es tracta de persones que mai no aconseguiren realment arribar a tenir una diferenciació adequada dels seus pares i d'altres objectes primaris, la qual cosa sol tenir a veure amb dificultats de diferenciació i introjecció en la primera infantesa. Això dona lloc al fet que necessitin contínuament i real la presència física d'aquests objectes o dels seus substituïts directes: necessiten la presència real dels seus pares, germans, la "mare-terra", el lloc d'origen... Sola-

ment així poden mitigar les seves intenses ansietats persecutòries i confusions primitives, els seus sentiments de buit i el seu sentiment de solitud... És a dir, mantenen una afecció excessiva cap a la mare i els seus equivalents, o cap a la terra i la família... A més, acostuma a tractar-se d'una afecció en el fons molt ambivalent, sovint ansiosa, la qual cosa, tal com ha descrit Bowlby (1969), dificulta més que facilita el creixement i la maduració. Calvo (1972) recorda com, en altres ocasions, "la incapacitat de separació, per la dependència bàsica, comporta actituds hostils cap a la mare, que sovint hem vist projectades en la pròpia terra --imatge clara de la mare--, de manera que la seva terra apareix menyspreada i inculpada d'estèril, cruel i frustrant".

El paper de la realitat externa en tot aquest procés és de gran importància. En reactivar-se les ansietats primitives amb la migració, tota la personalitat es posa en crisi. Com més grans siguin les dificultats externes, més gran serà la resolució de la crisi, l'elaboració de les ansietats despertades. I quins són els elements que afavoreixen o dificulten el dol migratori, el dol per la trasplantació? Heus ací la importància de l'esquema de Morrisson (1973) que hem utilitzat abans (capítol 6) i que ara tornem a reproduir: la consideració, ^{almenys,} (d'aquest conjunt de variables ~~XXXXXXXXXXXX~~, és la que ens permetrà predir amb una certa probabilitat d'èxit quin podrà ser el resultat d'una migració concreta d'una persona concreta.

+++++

Taula-resum 26: Variables que intervenen en la relació migració - trastorn mental

+++++

Queda clar que aquest intent serà per tant complex, ja que complex és el quadre descrit, el nombre i la qualitat de les variables

assenyalades i el tipus d'interrelacions entre elles. Però és que precisament aquests n'és una de les dades que creiem que es pot considerar com una de les conclusions del nostre treball: la relació entre la salut (mental) i la migració és una relació complexa entre dos elements psicosocials complexos... I aqueixa relació es dona a través dels anomenats processos de dol, estudiats per nombrosos autors i sistematitzats entre nosaltres per Calvo, per exemple (1972, 1977) o per Tizón (1982).

Per alguns pot ser decepcionant que de les investigacions en aquest cas no sorgeixin resultats diàfans, senzills i reveladors, però és que aquest no és el tipus de resultats que la ciència produeix. Des de la nostra perspectiva (Bunge, 1969; Tizón, 1978), el coneixement científic a l'únic que es compromet és a proporcionar dades verificables, contrastables, no contradictòries amb la resta dels coneixements científics i que comportin una certa capacitat de predicció. No res més... (i no res menys, per descomptat).

Per acabar aquesta exposició de la hipòtesi que, segons el nostre parer, resulta més útil per a la comprensió dels complexos fenòmens psico(pato)lògics lligats a la migració, repetirem parcialment les paraules amb què iniciàvem aquest apartat: tota trasllantació implica una sèrie de reajustaments de l'equilibri que anomenem salut, una part indivisible de la qual és la salut (mental): per això el parèntesi, per remarcar la indivisibilitat del concepte --i el sentiment-- de la salut. Si aquesta situació difícil té lloc sobre una base d'alta vulnerabilitat personal, familiar o social, els difícils processos del dol migratori poden resultar entorpidits i, com a resultat, crear-se un marc bio psico social que afavoreixi la descompensació o trastorn (en la generació que emigra i/o en les dues següents) amb una probabilitat força coneguda avui. És a dir: la unió d'una determinada

vulnerabilitat personal i microsòcial --que comporten sempre dificultats en l'elaboració dels dolis-- amb uns determinats "esdeveniments vitals" relacionats amb la migració, és el que pot convertir-la en un factor patògen per a una persona o microgrup concret (tot i que, en qualsevol cas, sigui sempre un fet psicològicament rellevant per a la vida de qualsevol persona).

9. MOBENTS PSICODIÀMICS DE LA EMIGRACIÓ

+++++
 (Nota per a l'editor i el tecista: aquest capítol pot anar en lletra més menuda, potser com la dels exemples)
 +++++

"I Kan-ma-Kan, veient aquells camps es recordava del seu país patern i va recitar aquests versos:

"--Vaig partir d'allà amb la intenció resolta de tornar-hi algun dia. Però, ¿quan? Això ho ignoro. I aqueixa és la meva dissort. Que abans he de vèncer el fat advers, que allà em perseguia."

Nit 122 --H. del Rei Omaser-N-Noman i dels seus fills.
Llibre de les Mil-i-una nits

En definitiva, emigrar significa perdre; potser per guanyar alguna cosa, però al cap i a la fi perdre. Com ja hem assenyalat, es perd el tracte quotidià i permanent amb tots aquells elements amb els quals, sense adonar-nos-en gaire, ens trobem cada dia: casa, barri, amics, cares conegudes, família... Deixar tot això, tot el petit món de cadascú, no és ni fàcil ni ràpid, encara que ho sigui el viatge a la nova terra... Emocionalment, aquestes pèrdues sempre són molt més lentes del que puguin semblar externament. Hi ha una separació interna que és més lenta i dolorosa. El poble, el lloc d'origen "continua" en la ment de l'emigrant amb una força i una presència que solament l'elaboració al llarg del temps pot anar afeblint per poder donar pas al món nou del país receptor. En resum, tot i que els assoliments de l'emigrant en la seva nova situació siguin molt positius, sempre ha de partir d'unes pèrdues importants. I, per tant, de processos de dol que seran elaborats més bé o més malament.

9.1. Èta a preparatòria

Anem per parts. L'emigrant comença a ser-ho molt abans que es posi a fer les maletes. Hi ha un període més o menys llarg al llarg del qual gesta la idea, tant l'emigrant com la família (segons els casos). En aquesta etapa preparatòria (Sluzki, 1979) es fa una valoració d'allò que es té i del que s'aconseguirà en el futur. L'emigrant i/o la família van prenent consciència de les circumstàncies en què viuen. Poden anar valorant les energies que haurien d'emprar per "malviure ací" i com podrien emprar-les en un altre lloc. Potser la informació que van rebent d'altres els fa pensar en moltes altres possibilitats que desaprofitarien si es quedaven en el lloc d'origen...

Com cal suposar, en la valoració de la seva situació abans d'emigrar poden aparèixer ja les primeres dificultats que obstaculitzin el procés de trasplantació. Una valoració poc mesurada pot ocasionar un menyspreu molt exagerat de les circumstàncies en què viu abans d'emigrar. Aquesta visió pot portar l'emigrant a una idealització d'allò que ha d'aconseguir en el futur, un cop realitzada la trasplantació... Més tard, en trobar-se lluny d'arribar a aquell ideal, la inadaptació o la frustració permanent resultarà afavorida o reforçada.

Però hi ha altres maneres d'encarar la migració i la seva preparació: el futur emigrant pot viure la situació com que es veu obligat a deixar "la terra més meravellosa del món, que no n'hi ha altra que s'hi ^bassembli o l'iguali". Si l'immigrant roman sempre amb aquesta idea, ¿com podrà arribar a sentir-se satisfet en cap altre país?. La terra, el país idealitzat es converteix en el "paradís perdut" la nostàlgia del qual és font d'una constant insatisfacció. I quan parlem de "terra", com en gran part de la literatura sobre el tema --tant la popular com la científica--, volem significar el complex conjunt de relacions, llocs, cultura, etc en el qual l'emigrant es veurà "tras-

plantat".

La tristesa que normalment implica haver de prendre la decisió d'abandonar la pròpia terra pot anar acompanyada, substituïda o superada per altres sentiments hostils. Per exemple, la protesta en veure que altres viuen bé en aqueixa mateixa terra, sense necessitat d'emigrar. Així sorpeix la gelosia: cap als altres, cap allò que els altres tenen, cap a una terra-societat que és tan generosa amb uns i tan roïna amb altres... Aquesta hostilitat potser sigui fins i tot inconscient per al propi subjecte en recórrer a la idealització, tal com deïem més amunt (el "paradís perdut").

Però la pena i la tristesa per deixar el propi país poden recobrir-se, negar-se amb actituds maníacques. L'emigrant es pot dir a ell mateix que fora aconseguirà allò que aquella terra o país menyspreable no li pot donar, que triomfarà damunt seu, mentre que els que s'hi queden romanen en un lloc absolutament estèril i immobilitzat per la penúria. A la llarga, aquestes actituds poden --i solen-- fracassar, desembocant sovint cap a estats depressius, els sentiments conscients i inconscients dels quals podrien resumir-se verbalment més o menys així: "Ni aquesta terra ni cap d'altra em pot donar res. Tot m'és negat."

Una seqüència del film Padre Padrone, situat en la dècada dels seixanta, il·lustra aquesta actitud. Un camió s'allunya d'un poble de la Sardenya per una carretera sense asfaltar. En el poble ha recollit un grup de joves que volen anar a treballar a l'Europa central. Alguns d'ells, entre crits i riures, orinen des del camió al terra, jurant que mai més no tornaran a aquella terra inhòspita, en una clara expressió del dol maníac, amb menyspreu de l'objecte perdut o deixat... Però no tots poden passar la frontera. Alguns d'ells no són considerats aptes per treballar en les fàbriques alemanyes, a causa de les seves condicions físiques o culturals, i han de tornar a la Sardenya...

Molt sovint l'emigrant, mentre pensa ~~en~~^{en} la decisió d'anar-se'n, pensa també en el retorn. Tot i que no acostumeava a ser el cas de la immigració assalariada a Catalunya, de vegades l'emigrant concebia la translació com un període de temps. Així, pensa que seran uns anys els que necessitarà per millorar la seva situació, la seva economia, i podrà tornar "com si no hagués passat res" (!). La realitat és molt diferent, almenys en les migracions interiors en què ens hem centrat: l'emigrant acostuma a quedar-se ja definitivament a Catalunya, tot i que durant molts anys persisteixi la idea del retorn, idea que es ~~venia~~^{revifa} amb la jubilació, la malaltia, el deteriorament físic o social, l'atur... Tanmateix, aquesta convicció que algun dia recobrarà el país perdut té una funció molt important, ja que facilita la presa de decisió de partir. A més, significa que s'ha fet una valoració positiva del lloc d'origen, que alguna cosa bona s'hi ha incorporat ja que no es vol perdre. Això no obstant, si l'hostilitat és molt intensa, poden aparèixer actituds de rivalitat que converteixin aquesta possibilitat de retorn en un vehicle d'aquella rivalitat: "quan torni tindrè més diners que ningú. Ja ho veuran, aquests!"

De vegades, els problemes econòmics que l'emigrant ha d'afrontar en el canvi el porten a un "jugar-s'hi el tot pel tot". És un preu molt alt que de vegades es paga, necessàriament o innecessàriament, pel canvi. Però així es perden per sempre cases, terres, objectes estimats que possiblement havien pertangut als seus parents i que constituïen veritables arrels del seu passat personal i familiar. Aquestes coses permetien que l'emigrant tornés, per exemple, de vacances, aconseguint així no perdre del tot el contacte amb els veïns i coneguts d'abans, fer més suportable la separació (ja que aquesta no és tan total ni tan brusca). *Jugar-s'hi el tot pel tot*, si no és estrictament necessari (i fins i tot encara que ho sigui), no fa sinó afegir desarrelament i, per tant, dificultats addicionals, als primers períodes

de la translocació.

Com anem veient, la decisió d'emigrar es va prenent progressivament, a mesura que es van considerant els diversos problemes interns i externs que aquesta implica. El futur emigrant es va informant, parlant amb els seus familiars i amics, recollint opinions, fins que arriba el dia que decideix fer el pas. Potser prengui la decisió quan tingui un contracte de treball, o unes seguretats mínimes en el país receptor. Fins i tot ha pogut fer-hi algun viatge per conèixer sobre el terreny què es trobarà, situació molt més adequada ja que ajuda a elaborar les idealitzacions o els temors excessius sobre la naturalesa de la terra i la societat d'adopció.

Quan en la migració està inclosa la família, cas molt freqüent en els immigrants assalariats a Catalunya, la durada d'aquesta etapa preparatòria, i consegüentment la decisió d'emigrar, depèn del que els investigadors de línia sistèmica anomenen l'estil familiar. D'aquesta manera, la migració pot revestir característiques diferenciades, típiques en cada família: famílies que acostumen a prendre les decisions de forma explosiva o impulsiva, prendran aquesta decisió d'una manera similar, mentre que també hi ha famílies que aconsegueixen arribar a la decisió i a l'acte d'emigrar de manera lenta i gradual... O famílies que passen anys, lustres, dècades meditant una decisió que més endavant no prendran o que solament el membre més decidit (o més psicopàtic) arriba a realitzar...

Sluzki (1979) parla d'activacions positives i negatives davant la decisió d'emigrar: hi ha, per exemple, l'expectativa d'emigrar per viure millor (motivació "positiva"), o bé per fugir d'una situació de penúria (motivació "negativa"). En el cas de les motivacions positives, aquells membres que es lamenten de la migració podran resultar designats pels altres com enemics i "bocs expiatoris". Contràriament, si les motivacions dominants són les "negatives", aquell mem-

bre que es deslliga del col·lectiu familiar serà tractat com el traïdor; però al mateix temps omotirà una realitat col·lectiva: posar a prova la nova realitat o, dit d'una altra manera, obligar a la comparació contínua entre el nucli original i el nou medi i, amb això, que en la migració no puguin predominar fàcilment aspectes idealitzadors, vaníacs, despectius en relació amb la terra de partida.

Per això no hem d'oblidar que en molts casos les motivacions de la migració ^mtranscendeixen la cosa personal i, tot i sense deixar de tenir el caràcter de decisions individuals més o menys "lliures", estan sotmeses cada vegada més al control dels governs (Vilas, Varo, 1973). Tal com esmentàvem, en un estudi de Poucher (1964), en analitzar els motius de les darreres immigracions a París, es trobà que el 35,4% dels trasplantats a la regió parisenca adduïa motius de treball a París, i el 20,5% motius de treball a províncies. El 15% es referia a la família, la casa o la salut; l'11,7% a matrimoni i altres motius, i solament el 8,3% al desig de canvi. Aquestes dades poden fer-nos qüestionar el grau de llibertat de decisió que té l'emigrant.

Altres elements que ha de preveure i preparar el futur emigrant són les condicions de vida que trobarà en canviar. Ha de pensar en la casa, que pot ser temporal o, més sovint, definitiva; per a ell sol, o també pels familiars que l'acompanyen o l'acompanyaran (cònjuge, fills, pares...). Ha de pensar també la situació econòmica i social pròpia i de la família, així com en el seu futur laboral (i el dels seus).

El futur emigrant també dedica molt de temps i moltes energies per decidir què s'ha d'emportar a la nova residència, a la nova terra... Sobretot, quines persones l'acompanyaran. Com vèiem en un altre lloc d'aquest treball, l'emigració en solitari és molt més dura; el desarrelament, més gran. Tampoc no hem d'oblidar l'efecte protector que sobre la psicologia del trasplantat juguen els objectes materials

i els efectes personals que provenen de la terra d'origen.

Jesús i jo vam veure com els fills i les filles van aparellant-se per fer el viatge a continents desconeguts, a nous càrrecs i de descorament. Els membres de la família, sovint es van veure l'emigració suposa, propera en noves regnes i nous països que seran assumits les més de fer migratori.

En aquestes direccions familiars, i com a forma projectiva d'elaborar la decisió, ja he vist que molt sovint la família qualifica un dels seus membres com a responsable de la migració; el pare per qüestions de lloc de treball, un fill la salut del qual els obliga a traslladar-se a la gran ciutat, la carrera o estudis d'un altre fill... D'aquesta manera poden sentir que algú carrega clarament amb la part de la decisió més difícil de prendre i ajuda a resoldre l'ambivalència (mortal) que durant un temps hi ha en la família.

Pensar i repensar tots aquests problemes permet no solament resoldre'ls (o posar-se en vies de fer-ho), sinó també catectitzar el nou lloc, és a dir il·lusionar-s'hi, convertir-lo en terra d'esperances i futur. El nou país va deiant de ser la solució no desitjada, però a la qual cal sotmetre's per subsistir, i comença a convertir-se en un lloc que promou esperances de futur. És evident que aquestes esperances facilitaran fer front al dolor de la pèrdua del país d'origen.

En definitiva, per decidir i preparar adequadament la migració resulta fonamental haver elaborat almenys mínimament les ansietats "depressives" que implica la necessitat d'emigrar, en la mesura que el lloc d'origen és un objecte estimat i desitjat i, tanmateix, no ens proporciona es suficient per viure-hi. Però també, en aquests moments previs a la migració, cal fer front a nombrosos elements (potencialment) persecutoris, tant del passat com del present; tant d'aquesta terra, d'aquests amics, família, com de la terra que ens espera. Cal, per tant, elaborar un bon cúmul d'ansietats persecutòries i, per a

això, haver elaborat adequadament les primeres posicions esquizoparanoïdes.

9.2. Una perspectiva cognitiva de les migracions

En aquest llibre hem escollit la perspectiva psicodinàmica per estudiar les repercussions de les migracions sobre la salut mental, però això no implica que desconeixem o postpensem altres possibles explicacions d'aquests successos. Per exemple, com la migració implica un difícil procés de decisió, podríem analitzar-ho en termes de dissonància cognitiva (Festinger, 1957-1964). El que implica haver de decidir altres possibilitats d'elecció. Tant les unes com les altres posseeixen, per a qui escull, certes característiques positives i negatives a la vegada. Un cop feta l'elecció cal reduir la incomoditat que comporta acceptar els aspectes positius de l'alternativa rebutjada i enfrontar-se amb els possibles aspectes negatius de l'escollida. L'individu tractarà de reduir la dissonància postdecisional que se'n deriva.

Es previsible que després de la important decisió d'emigrar es produeixi una forta dissonància. L'elecció d'emigrar suposa enfrontar-se a un canvi vivencial de gran transcendència per a l'emigrant i/o la seva família, cosa per la qual el risc en qüestió és sumament elevat. Per poder-se apropar de manera positiva al nou lloc, cal disminuir la dissonància reduint la presència cognitiva de l'alternativa rebutjada (el no haver emigrat) i augmentant la força de l'alternativa escollida (emigrar): cal introduir innovacions o modificacions en les pròpies cognicions. Es requereix, per tant, una implicació de compromís amb l'opció realitzada, com suggereix Brehm-Cohem (segons Blanch, 1983). Tot això porta a buscar noves referències evitant situacions que puguin incrementar la dissonància, intervenint activament sobre els mateixos elements psicològics dis-

sonants o sobre certs components de l'entorn cognitiu la transformació amb un objectiu de facilitar la consonància (Blanch, 1983). És molt curiós, doncs, veure com la persona o persones que ha pres la decisió decisiva d'emigrar acceptar que aquesta ha estat totalment equivocada, sobretot quan, en molts casos, és ja impossible el retorn perquè en el lloc d'origen ja no queda res. Expressions com "Estic bé aquí, és on treballa", "allà on em donen el pa, és la meva terra" o "perquè haig de desitjar anar-me'n si és aquí on tinc feina" indiquen aquest treball per augmentar la consonància. Voler anar-se'n no seria consonant amb la realitat, cosa que no invalida que el desig persisteixi.

Segons el nostre parer, aquesta interpretació de la dissonància postdecisional forma part d'una teoria que encara continua premsiant en excés els aspectes conscients de les nostres decisions i accions. Com en el cas dels life events es tracta, en aquest sentit, d'una teoria científicament pre-psicoanalítica i, per tant, segons la nostra opinió almenys parcialment pre-científica. Al llarg del nostre estudi hem insistit en com era de complexa la decisió (i l'acció d'emigrar), una decisió i una acció en les quals, com en cada acte humà, s'entrellacen aspectes intel·lectius i conatius, aspectes conscients i aspectes inconscients. Aqueixa raó, a més dels nostres coneixements i especialització, han influït de manera decisiva en la nostra orientació en el tema que ens ocupa, tot i que hàgim valorat i considerat aqueixes altres explicacions que ens aporten la psicologia social i la psicologia cognitiva.

9.3. El trasllat, el viatge, l'acte de la migració

És habitual que l'immigrant no arribi a adonar-se del tot del que ha estat la separació del seu país fins un cert temps després d'haver arribat al nou destí. I poques vegades durant el període que va des del moment de partida fins que es produeix el primer contacte amb el nou medi, al qual anomenarem l'acte de la migració (Sluzki, 1979).

La durada de l'acte d'emigrar varia considerablement segons el medi i les condicions de transport: aquell pot ser molt ràpid i bruscat (per exemple, l'avió) o, al contrari, lent (vaixell, migracions per etapes, migracions complexes...). En aquest cas, les vicissituds psicològiques d'aquesta etapa augmenten, sobretot en circumstàncies especials com la fugida en el cas dels jueus perseguits o dels emigrants vietnam^{ites}~~esos~~ o cambodjans actuals, o, parcialment, dels treballadors temporers: durant el viatge es produeix un fort fenomen de solidaritat que fomenta la cohesió grupal, d'una manera tal que entre els emigrants s'estableix una ^axarxa primària tan forta com la que es deixà en el lloc d'origen, amb els avantatges i inconvenients consegüents (són els "companys de vaixell"). Sens dubte aquest tipus de solidaritat ajuda emocionalment els seus membres: aquest grup és viscut com un segon grup de pertinença, amb el qual en alguns casos es tornarà a reproduir una altra nova situació de dol, si en arribar al lloc de destí cada un pren camins diferents.

Si hi ha una cohesió estreta entre els grups de pertinença, aquesta solidaritat ajuda emocionalment els seus membres, però d'algun manera pot dificultar el camí d'integració en el nou lloc i la possibilitat d'establir noves relacions amb els autòctons. Hi pot haver un conflicte entre el grup de pertinença i el grup de referència, grup que l'individu elegeix com a base de comparació per a la seva autoestima. El grup autòcton ^dpotria jugar el paper de grup de referència, tal com ha estat descrit per psicòlegs socials com Newcomb o Merton i Kitt (cf. Doise, 1980).

Merton i Kitt afirmaven que els individus que adopten normes exteriors al seu grup de pertinença, però pròpies del grup en el qual aspiren ingressar, són assimilats més ràpidament per aquest grup i s'hi adapten més fàcilment. Però l'individu no acceptat pel grup de referència corre el risc de veure's rebutjat pel grup de pertinen-

ça. Això es veu clarament en films com l'esmentat Padre Padronⁿe... Les persones que no són acceptades pel que podem anomenar grup de referència ni tampoc pel grup de pertinença es converteixen en els individus marginals. Que s'hi pugui arribar a integrar dependrà de les capacitats de l'individu, i també de les característiques obertes o tancades del grup.

En la majoria de cultures i societats es deixa els emigrants força desemparats durant aquest període; generalment no hi ha programes d'acollida que contemplin específicament llurs necessitats. Tanmateix, hi ha excepcions, com en els casos d'Israel i Suècia, països en els quals es porta a terme ^uun programa de protecció dels nous immigrants. A Israel s'ha creat l'anomenat Ulpén, un programa inicial de residència i d'ensenyament intensiu de l'hebreu. A un altre nivell, els americans de classe mitjana, com correspon a un país amb grans i fins avui quasi permanents migracions, posseeixen una sèrie de costums i hàbits com el de la "carreta de benvinguda" oferta pels veïns a les famílies que acaben d'arribar.

Atesos els importants canvis d'hàbitat, de costums, de mitjans de transport, etc, és natural que en aquest moment del trasllat, del viatge, tendeixin a aflorar en l'emigrant ansietats confusionals, fins i tot primitives (de diferenciació-indiferenciació) que es troben més o menys entremesclades amb ansietats persecutòries i "depressives" o reparatòries (visibles, per exemple, en els intensos i freqüents moments de pena, nostàlgia i dubte que, per curt que sigui el període del trasllat, inunden l'emigrant en més d'una ocasió).

9.4. Període d'assentament: sobrecompensació i descompensació

En els primers moments de l'arribada continuen predominant les ansietats "confusionals", més o menys infiltrades ja d'ansietats persecutòries. Tanmateix, en els primers moments queda poc "espai i

temps" (mentals) per a l'elaboració. La necessitat de resoldre les necessitats immediates, pròpia de tota migració no (socialment) preparada, pot impedir que el recent trasplantat tingui prou present la transcendència d'aquest pas en la seva vida. La desorientació i la confusió (el predomini de les ansietats confusionals) en aquest període que anomenem d'assentament potser arribi a extrems que desencadenen de vegades quadres psicopatològics molt aparatosos. Aquests quadres poden provocar la repatriació del subjecte, a la qual sovint aquests quadres psicopatològics desapareixen de forma immediata.

"La depressió em sobrevingué ja quan pensava venir a Barcelona. En arribar-hi, el món em caigué damunt; m'ofegava, em sentia molt sola, sense ajuda. De mica en mica m'anava morint... Sentia una gran necessitat d'anar a veure la veïna i parlar una mica amb ella, però després aquestes ganes se me n'anaren i em passava el dia a casa, sense sortir per res, o fins i tot al llit. Ara ja no ho aguanto més i, tant el meu marit com jo, esperem tornar al poble tan aviat com sigui possible." (Fragments d'una primera entrevista d'una consultant depressiva amb un psicòleg de l'Institut Català de la Salut.)

Per Sluzki, en els primers moments d'aquest període es produeix el que anomena una sobrecompensació dels aspectes psicopatològics. Com dèiem, aquesta possible "sobrecompensació" és deguda sobretot a la urgència de satisfer les primeres necessitats bàsiques; la resolució d'aquestes necessitats impedeix la descompensació psicològica. Aquesta, en tot cas, romandria latent en espera de poder-se manifestar. En aquest moment el que prima seria acomodar-se a un medi cultural i social distint.

Es produeix una dissociació entre l'instrumental (augment en l'eficiència en la feina) i l'afectiu. Sovint, durant aquest període

les vicissituds familiars es viuen com si fossin més greus; els antics costums adquireixen importàncies exagerades... Tot això fa pensar que la identificació en el nou ambient és encara difícil, que predomina encara un cert grau de confusió, almenys de vegades, en l'experiència del subjecte.

L'immigrant observa els costums dels autòctons i els compara amb els seus i amb les expectatives que s'havia fet... Estudia si d'alguna manera són consonants amb la seva realitat. Això no obstant, en aquest període les possibles dissonàncies queden disminuïdes perquè l'atenció està centrada ^{en} amb les necessitats bàsiques.

Sluzki (1979) parla d'un altre subperíode de descompensació o crisi. La realitat externa es fa cada vegada més patent; l'immigrant (i la seva família) han d'anar ajustant el seu estil familiar a l'estil del medi social actual, tot i que caldrà conservar alguns hàbits propis, encara que difereixin del nou context. Però, a través d'aquests canvis, l'etapa anterior de calma aparent pot donar pas a la crisi i la descompensació.

Com ja hem vist, en algunes famílies els papers en relació amb l'elaboració de la migració es reparteixen d'una manera molt específica. Acostuma a passar que el pare (el marit), si s'ocupa d'anar a treballar (paper instrumental) serà qui d'alguna manera estigui vinculat amb el medi actual (tot i que només sigui a través de la qüestió laboral); per tant, la seva activitat s'orienta cap al present i el futur.

La mare (l'esposa), si roman a casa ocupa el paper que podríem anomenar rol afectiu: la seva activitat està orientada cap al present, però també cap al passat. Com que les seves possibilitats de relació amb el medi exterior són més limitades, sembla que tendeix a encarregar-se de les relacions amb els records, els afectes, la fa-

mília i els amics deixats, el lligam entre el passat i el present... Les descompensacions de moltes dones, causades per la soledat i els sentiments sovint depressius, són molt habituals en aquesta etapa. Expressions com: "Em queia el món damunt", "Sentia que no tenia ningú, no coneixia les veïnes, no hi tenia confiança..." són sumament freqüents. Aquesta situació conflictiva es veu augmentada sobretot quan l'emigrant no té cap familiar o amic en el nou medi.

Aquesta diferenciació dissociativa dels rols enunciada produeix un desajustament en el qual sovint es veu implicada tota la família. En aquest moment, les descompensacions poden ser manifestes, i més perquè l'assentament és un període difícil i tempestuós, sobretot des del punt de vista psicològic. Difícilment el trasplantat ha pogut fer coincidir plenament les fantasies i expectatives prèvies al canvi amb la realitat que es troba. La nostàlgia i l'enyor són molt més durs de suportar del que s'havia imaginat. Se sent molt sol, fins i tot en el cas que els amics i comparses amb els quals comença a relacionar-se tractin d'ajudar-lo; les dificultats en la feina, amb la casa o amb els companys són més importants del que podia preveure, o almenys ho sent així en aquests primers moments d'assentament. El que ha deixat enrere augmenta de magnitud davant els seus ulls i el camí que li queda per recórrer se li fa dur i feixuc.

Recorda que hi ha altres persones (amics, coneguts, gent del seu mateix poble...) que s'han quedat "allà", que no han hagut de partir aquests tràngols tan difícils, ni perdre el que ell ha perdut... Algun conegut o potser un estrany conrearà la seva terra o viurà a casa seva. ¿Amb qui estaran els seus éssers estimats? ¿Es preocuparan d'ell? ¿El recordaran com ell els recorda, o s'interessaran per altra gent, per altres ocupacions?... La gelosia i l'enveja excessives, en provocar tanta desconfiança, entorpiran l'elaboració del dol fins el punt de fer-la^a, en alguns casos, impossible. Els desigs de venjança

(retaliació) poden donar una "sortida" paranoide a aquestes ansietats. La desconfiança i les autoacusacions poden originar un esfondrament malenconiós.

"(...) consultan su billetero de badana reunido con una gomita
manoseando retratos y cartas de presentación
se sientan sobre la cama cuyas sábanas envolvieron
oficinistas albañiles desempleados se sientan y meditan
recuerdan épocas de siembra el paseo del domingo
la boda antigua del primo carnal la yegua muerta
gasi hacen bueno lo que no fuera sórdido --se apoyan
un poco más en la almohada alquilada fumando
y memoran los súbitos abrazos la asustada mujer
los pechos que en su entrega parecían decir haz fortuna
la boca que se precipitó en la suya susurrando
encuentra trabajo No tienes razón
en eso que dices llo paso los Domingos
en la Pensión escribiendote cartas
(...)
junto al papel de cartas el reloj el vaso de agua
miran la mesita de noche se lavan despacio
interrumpiéndose entre el jabón y la provincia
toman la medicina más económica del mercado
y se masturban solitarios al borde del pañuelo de la nariz
para que la vieja patrona no se entere de su miseria

Félix Grande. Blanco Spirituals

Com hem vist, en altres ocasions l'actitud adoptada és de menyspreu cap a tot, com si es volgués fer tabula rasa del passat, derivant cap a la mania, l'elació, en la qual no se sentin deutes ni pèrdues o, més ben dit, no es puguin sentir ni, per tant, enfrontar...

Però si aquesta situació difícil es va resolent, el procés de trasplantació pot acabar sent un camí d'integració i desenvolupament personal. Per això cal que concorrin dos tipus de factors. D'una banda, les tendències destructives (envejoses) del subjecte han de ser tan

acusades com perquè no pugui derivar-les cap a actituds creatives, com per exemple d'emulació, tractant d'aconseguir el que altres han aconseguit amb esforç i treball. L'altre factor és també fonamental: la realitat externa ha de ser prou favorable. Si no l'és, si, per exemple, la integració en el món laboral no és possible, o no pot trobar una casa digna, al trasplantat se li confirmen els temors, segons els quals la nova terra no és gens acollidora, és una muralla pètria que frustra les seves esperances i que, a més, li ha privat d'allò que ha deixat en el seu país. Les actituds rancunioses poden quedar molt facilitades amb aquestes vivències. Contràriament, si pot anar realitzant els seus plans, l'obtenció de satisfaccions successives possibilita l'aparició de sentiments de reconeixement i gratitud cap a aquesta nova terra.

Ocasionalment, el nou trasplantat troba en el lloc d'acollida alguna organització que li fa costat. Lamentablement, aquestes acostumen a ser molt escasses, tant a Europa com a l'estat espanyol. Això no obstant, si no hi ha aquestes organitzacions, és freqüent que sorgeixin espontàniament i solidària determinades formes d'ajut als que acaben d'arribar. De vegades hi ha algun bar freqüentat pels que són de la mateixa terra i això els aglutina. O bé el domicili d'un d'ells, o un club que de vegades no té res a veure amb la migració (per exemple esportiu o recreatiu). En aquestes ocasions, alguns autòctons o emigrants anteriors es dediquen a ensenyar l'idioma i els costums als qui acaben d'arribar, cosa que els facilita no solament aquest aprenentatge, sinó també el contacte amb altres trasplantats com ells.

9.5. "Acomodació", ^{ment} ~~ació~~, ^s Somatització: La "carrera del malalt funcional" i de la "cronificació medicalitzada"

De vegades les esperances inicials no es poden complir. En realitat, la cosa més comuna és que, d'entrada, n'hi hagi un bon tros per complir-les. Això representa un primer cop important; i més encara per als trasplantats amb baixa tolerància a la frustració: hauran

d'enfrontar-se a una situació que foren incapaços de preveure, i això els pot fer enfonsar en una decepció profunda, amb la depreciació del propi self que porta aparellada una situació com aquesta. Els trastorns inicials de l'"adaptació", si s'ha superat el període de l'assentament, es manifestaran sobretot per l'aparició, més o menys brusca segons els casos, de sentiments d'inseguretat i d'inquietud. O bé poden quedar amagats per una "sobrecompensació" o pel que abans hem anomenat acomodació: una aparent adaptació sense tendències positives o desigs profunds d'integrar-se. De tota manera, tot això pot descompensar-se després d'un traumatisme o frustració addicional no específic: conflictes laborals, professionals, afectius, una malaltia, un accident laboral, la mort d'un familiar (i, especialment, del pare o la mare), un embaràs no desitjat... La inseguretat i la inquietud provoquen ràpidament una descompensació psicològica i donen lloc a estats d'ansietat i depressió en els quals potser s'expressi^m una nostàlgia aguda del país natal, una impressió d'aïllament, un sentiment d'abandó... Més endavant apareixeran en l'immigrant una intolerància progressiva en relació amb determinats aspectes de la vida en el país d'adopció: el menjar, l'idioma, el clima, els costums...

Podem observar reaccions d'aquesta mena fins i tot en molts dels immigrants assalariats a Catalunya després d'un primer període d'"adaptació" i, per descomptat, després d'un assentament que no deixava preveure aquesta continuació --possiblement perquè es tractava d'un assentament dominat per allò que Sluzki (1979) anomenà sobrecompensació.

Molt sovint, l'evolució ansioso-depressiva dona lloc a trastorns "funcionals" i a somatitzacions diverses, amb la qual cosa la sensació de sofriment s'intensifica i, consegüentment, augmenta l'estat ansioso-depressiu: les molèsties d'una espondiloartrosi fins aleshores no percebudes amb tant de dramatisme es fan intolerables, apa-

reixen cefalees freqüents de tipus clarament tensional (o d'altres tipus), es reactiven ulcus gàstrics, "còlons irritables" i fan la seva aparició o s'agreugen "hipertensions essencials"...

Es tracta d'un consultant d'adult. Des de fa 18 anys pateix una faringitis crònica. És natural de la província de Salamanca. Als 18 anys emigrà a Alemanya: "M'hi vaig veure forçat per motius econòmics. Allà (a Alemanya) pensava massa i em comunicava poc. Durant la meua estada allà m'avisaren que la mare havia mort." En aquest moment de l'entrevista es mostra visiblement afectat.

Mentre estava a Alemanya començà a tenir una faringitis que ara ja és crònica: "No podia empassar res; ara tampoc no puc." "Vaig estar tres anys a Alemanya... En tornar al poble em parlaven i jo estava com absent, potser perquè no estava acostumat a la comunicació i a la conversa de la gent del poble."

Més tard emigrà a Guipúscoa, on estigué un any i mig i, finalment, vingué a Barcelona. Actualment treballa en una cadena de muntatge en una empresa de motors; des de fa un mes l'han canviat a una altra secció: just quan ha nascut el seu fill. També des de fa temps sent uns mareigs i vertígens, acompanyats de forts dolors musculars. Tampoc ara no pot empassar.

És relativament freqüent que l'immigrant comenci a queixar-se de la cuina, l'idioma o d'altres particularitats catalanes que els qui l'envolten no consideren de tanta importància o relleu... L'acusació de "mals amics", "no te'n pots fiar", "per tractar-los, bé; però per amics, no", així com les al·lusions a un suposat "caràcter català", tan esteses entre els pobles peninsulars, poden adquirir una intensitat tal que es fan notables per la seva esterotípia, i més en una persona que, fins aleshores, havia semblat "adaptada". Comencen a aparèixer resistències clares a parlar la llengua catalana, a conversar o assistir en converses catalanes, fins i tot en el cas que abans l'immigrant hagués aconseguit una bona comprensió o una iniciació a aquest idioma...

Són senyals de la projecció massiva i la regressió que opera a nivells de les fantasies conscients i inconscients bàsiques del trasplantat, a la recerca de l'únic segur en el seu món intern: la cosa pròpia, el "seu" món, la mare, la "mare-terra"... És fàcil que en aquesta evolució s'entremesclin idees de persecució per part dels nadius o autòctons, idees o deliris estimulades per determinats nacionalistes classistes, no populars, o per propagandes de tipus lerrouxista. El medi esdevé hostil perquè persegueix o perquè no dóna prou, no cobreix les necessitats immenses del depressiu: solament les persones que l'envolten "són bones i es porten meravellosament".

Les somatitzacions, la depressió, els conflictes amb companys o caps porten els primers problemes laborals, que fàcilment el trasplantat enfoca des del punt de vista de la passivitat, la dependència i/o la reivindicació. Les seves "incapacitats laborals" ("baixes") per malaltia s'allarguen o es repeteixen, i tard o d'hora comença a ser marginat o a marginar-se: bé se sent marginat, bé és marginat pel medi, o bé se'n retira per fugir de la seva culpa. El seu sentiment de soledat i el seu estat "pseudo-depressiu" s'agreugen: ja és cert que hi ha una determinada persecució contra ell o ella. Si el seu metge de capçalera o qualsevol especialista no saben entendre el tipus d'ansietat que hi ha darrere les seves queixes; si s'angüixa massa davant l'angüniós situació del pacient; si s'espanta davant les seves dissimulades amenaces i reivindicacions o, simplement, si creu fer un favor al pacient concedint-li una baixa no estrictament necessària des del punt de vista mèdic, aleshores se sorprendrà de veure com, cada setmana que passa, el trasplantat no solament no es troba més bé sinó pitjor: ja està en marxa el que hem anomenat la "carrera del malalt funcional" (Tizón, 1978, 1984, 1987...).

Aleshores comença (si ja no va començar abans) la seva peregrinació sovintejada de metge en metge, d'especialista en especialis-

ta, d'hospital en hospital, buscant "títols" per encobrir les seves ansietats, per classificar-les i presentar-les d'una forma "socialment acceptable"... I sempre hi ha professionals que omplen la seva necessitat d'"etiquetes diagnòstiques" (heus ací la cronificació medicalitzada: Tizón i col.ls., 1984, 1987). I sempre hi ha professionals qui, per la mateixa situació inadequada de l'"assistència", estimulen les seves necessitats persecutòries... Això sense obviar el perill, possible i potser probable, que alguna de les exploracions, cada vegada més "incisives", cada vegada més perilloses (cada vegada més retaliatives davant les acusacions cada cop menys dissimulades del trasplantat), acabin produint iatrogènia... Això si no l'han produïda ja els nombrosos analgèsics, ansiolítics, antidepressius i/o antiinflamatoris que ja haurà ingerit fins aleshores.

Al Sr. X, que vingué d'Extremadura fa set anys, quan en tenia 44, se li acaba l'assegurança d'atur d'ací a sis mesos. Amb aquesta perspectiva, ha aconseguit que el seu metge de capçalera de l'Institut Nacional de la Salut li estengui la "baixa laboral", amb la qual cosa perllonga una mica més el temps que podrà percebre un subsidi estatal. Als 51 anys no té possibilitats de trobar una nova feina, en una zona de gran atur com és el Vallès. Quan l'empresa va tancar, de la nit al dia, ni tan sols havien acabat de pagar el pis on vivia la família, l'entrada del qual abonà amb els estalvis i amb els diners procedents de la venda de les seves darreres pertinences a Extremadura.

A nivell econòmic, és evident que la "baixa laboral" representa un cert respir de cara al futur pròxim. Però el Sr. X. no ha pogut plantejar-lo ni plantejar-se'l clarament així. L'única queixa que transmet, l'únic que sembla sentir ara, són els dolors d'una "artrosi" cèrvico-dorsal (espondiloartrosi cèrvico-dorsal no gaire marcada i que, possiblement, anava augmentant, com en tantes altres persones de la seva edat, de feia anys). És molt difícil que el Sr. X. ens parli d'una altra cosa que no sigui el mal de cap o els dolors "per aquí i per aquí". El to reivindicatiu amb què ho fa és molt

evident: "M'han vist molts metges, m'han fet moltes coses i fins ara ningú no ha sabut dir-me què tinc." Ben segurament, més d'un metge o equip sanitari s'haurà de convertir, si no ho ha fet ja, en el receptacle de les seves reivindicacions, en el "boc-emissari" de la injustícia social a la qual sense cap mena de dubte, és sotmès, però que no ha pogut elaborar ni afrontar suficientment i que, per tant, està actuant des del seu món intern sense que ell no en tingui consciència

El camí porta a un hortizó estret i obscur: la declaració d'invalidesa, que és la fita per la qual audeix a l'assistenta social. Desitja saber què cal fer per sol·licitar-la. En aquest moment, l'assistenta social està ja preocupada per l'actitud quasi querulant del consultant, tancat en l'estret món dels seus dolors i queixes, sense que es pugui establir una relació de col·laboració amb ell: roman ja quasi contínuament en l'actitud passiva, dependent (i a la vegada acusadora) del nen petit que té fam i set i acusa l'adult cruel de no satisfer les seves necessitats urgents.

Possiblement aquesta situació té una base social d'injustícia i explotació abassegadores. Però possiblement també el Sr. X. no ha adoptat, davant la seva situació difícil, la sortida millor. No ha pogut elaborar aquesta nova pèrdua de situació econòmica, laboral, social, etc. Mentre que alguns companys, en no tenir cap altra sortida per a la família, han pogut ^{cu}frontar directament el problema i anar-lo a explicar directament al metge, per demanar-li "la baixa" (actuant amb els seus aspectes més adults posats en contacte amb els aspectes més adults del metge), el Sr. X. ha regressat a una situació, a una forma de relació prèvia, que podríem qualificar com oral-passiva, la permanència amb la qual no assegura ni promet un feliç desenvolupament dels darrers anys de la seva vida, especialment per les seves tendències a la generalització. Efectivament, l'esposa, en un a part, pot explicar a l'assistenta social, com demanant disculpes, que "sempre està així, com amargat... Qualsevol cosa l'irrita... Tots hem d'estar pendents d'ell, dels seus dolors, de les seves coses perquè, si no, s'enfada... La filla gran hi discuteix molt i diu que això no es pot aguantar... Crec que se n'anirà de casa... I no sé com reaccionarà ell davant d'això..."

Tard o d'hora, aquests subjectes cauen en el "Neuropsiquiatre de Zona" de l'INSALUD o en un servei hospitalari de psiquiatria. En el primer cas són enviats, sovint després de mesos o anys de medicalització cronificada, de vegades declarats "incapaços laborals" o "pensionistes" fins i tot en la tercera o quarta dècada de la vida. Les peticions de tramesa són múltiples... però comunes. Poques vegades van al "neuropsiquiatre" amb una indicació psiquiàtrica: l'assistència sanitària actua afavorint els mecanismes de negació, dissociació i somatització del pacient. No és la causant de la crònificació, però sí de la crònificació medicalitzada i, potser, de iatrogènia. I així, no solament se'ls envia a serveis tan insuficients i iatrogènics com són la majoria de la nostra psiquiatria pública, en una mena de "dissociació definitiva" ("com que ja no podem fer res, l'enviarem al psiquiatre no té res..."), sinó que, a més, la negació (Tizón, 1982) actua fins en aquests darrers moments de l'intent projectiu de l'assistència: les peticions no són de consulta, sinó que "el psiquiatre el tracti de les seves molèsties"... que, tanmateix, vénen indicades en el 90-98% de vegades com "cefalees", en el 60% com "síndromes vertiginoses", etc. Ni tan sols aleshores les seves emocions són importants per a ell o el metge: la cosa important continua sent el seu cos. L'actitud desconfiada, si no obertament querellant, sovint s'ha instal·lat ja en el consultant, juntament amb altres mostres de crònificació i medicalització diverses... Les defenses del tipus de la projecció i la identificació projectiva massiva, la negació, la dissociació, la somatització, dominen la seva relació amb el professional... I creiem que aquestes són les defenses psicòtiques bàsiques, amb la qual cosa és fàcil deduir que la relació que tendeixen a establir amb qualsevol professional sanitari serà una relació estructuralment psicòtica (Tizón, 1982).

^{D'aquí la}
~~Per això una~~ dificultat addicional per ajudar per qualsevol mitjà (biològic, psicològic o social) aquests pacients, atesos els tipus de

transferència i contratransferència que s'estableix^e en la consulta, agreujats encara més per la transferència i la contratransferència prèvies establertes entre els diferents professionals, de les quals sovint el consultant no és sinó un "emissari innocent" (Tizón, 1986, 1987).

Per això aquest fenomen de querulància tan típic en les descompensacions psicopatològiques de molts migrants, com ja deia Villa (1961, 1962, 1965). Aquest fenomen ha estat confirmat per Kino (esmentat per Villa, 1965) en els polonesos immigrants a la Gran Bretanya, per Tanfani (Villa, 1965) en els italians repatriats, per Sivadon (1954) i Daumazon i col.ls. (1954-1955) en els algerians repatriats a França, per Tyurst (1951) en els bàltics emigrats al Canadà, per Villa (1960, 1961, 1962, 1963, 1965 i 1968) en els italians immigrants a Suïssa, per Tizón, Bermejo, Garre (1982 a i b) en els immigrants interiors a Catalunya...

Però amb querulància o sense, el que diferencia aquests quatre crònics en els immigrants és la seva medicalització extensa i abusiva, la seva cronificació en part lligada a ella, la tríade de depressió (atípica) - hipocondria - paranoia, la intensitat i la cronificació de les seves queixes somàtiques, moltes vegades per lesions o "síndromes funcionals" d'origen psico-somàtic o iatrogènic, etc... I així la situació es va tancant més i més. Aqueixa és la gènesi de les descompensacions, generalment cròniques, que són tan freqüents com "inesperades" en allò que abans anomenàvem la "tercera corba temporal" després de la trasplantació (diversos anys després que el viatge i l'assentament s'han produït).

9.6. Influències transgeneracionals

Com ja explicitàvem a través de reflexions i dades, considerem que el difícil procés d'integració en la nova cultura i, consegüentment, l'elaboració del dol migratori, no es porten a terme en la primera ge-

neració. Així, els fills dels emigrants, nascuts o no en el lloc d'arribada, poden continuar de forma satisfactòria (o no) el procés d'elaboració del dol iniciat pels seus pares. Caldrà més d'una generació per poder parlar d'una veritable integració, com ja explicitàvem en el capítol corresponent.

Hi ha famílies que s'han organitzat en forma de ghettos, mantenint un contacte estret i excloent amb la seva cultura d'origen, fins i tot organitzant una certa impermeabilitat amb la nova cultura. Tard o d'hora els fills, que acostumen a jugar el paper d'intermediaris entre les dues cultures, es troben amb l'impacte psicològic que representa la relació amb la societat autòctona.

"...Molts que som del mateix poble vivim ara a Barcelona. Encara que no ens veiem en tot l'any, quan arriben les festes del poble ens reunim i ho celebrem. Allà érem una família, amb enveges, alegries, rancúnies, però quan passava una desgràcia la rancúnia quedava arraconada i ens ajudàvem. Trobo a faltar tot això. Ara, aquí, si passa alguna desgràcia de seguida ens ho comuniquem..."

Tal com assenyala Sluzki (1979), allò que s'ha evitat en una primera generació apareixerà en la segona, i expressat sovint com a xoc entre generacions o entremesclant-s'hi... Si la primera generació demora el canvi adaptatiu, aquesta demora pot aparèixer en la segona generació com a conflicte intergeneracional, complexificant-se en aquests casos l'elaboració del dol i el procés d'integració migratoris... així com el creixement i la integració (externa i interna) dels fills de l'immigrant. El xoc entre l'estil familiar, la cultura d'origen (familiar) i les regles definides per la societat autòctona, pot comportar aleshores importants repercussions psicosocials com per exemple l'anomia, les actituds marginals i semimarginals, la delinqüència...

Tot això no fa sinó avalar la nostra idea inicial que el canvi migratori implica pèrdues i esforços adaptatius d'índole molt diversa: és un factor de risc psico patològic i psicosocial durant dues o tres generacions. Amb ell es posen a prova les capacitats emocionals de la persona o, dit en un llenguatge més exacte, la seva capacitat d'elaborar el dol, que en aquest cas és un dol complex perquè s'entremesclen diverses pèrdues (i d'importància diversa per al subjecte al llarg del seu desenvolupament). Per això insistim que la trasplantació psicosocial és un factor de risc psico patològic, i especialment en el cas dels trasplantats assalariats de baix escalafó, de class social treballadora o proletària en el país d'arribada. Penseu a més en la ingent quantitat d'individus i famílies que, a l'estat espanyol, han hagut de realitzar aquests processos en el que va de segle, aspecte sobre el qual proporcionàvem algunes dades a la introducció. Recordeu també que, en molts casos, una família ja afectada per una primera trasplantació (posem, per exemple, del medi rural a un poble o ciutat més gran de la pròpia província) sovint ella mateixa ha de patir, o en els seus descendents directes (els fills), una segona trasplantació psicosocial... I que moltes vegades entre un succés i l'altre hi ha traumatismes psicosocials tan greus com foren la contrarevolució i la guerra civil. Segons la nostra opinió, el "sistema sanitari" espanyol no ha estat prou conscient d'aquesta mena d'ansietats i, menys encara, dels mitjans per ajudar aquests pacients o consultants (mitjans que, és prou conegut, no són fonamentalment mèdics sinó socials i/o psicològics).

Però, com hem vist, en el risc està també la possibilitat de progrés. La trasplantació pot ser, i en molts casos és de fet, un factor de desenvolupament emocional de gran magnitud. Resulta un autèntic "canvi de pell" que permet ampliar els límits mentals, en haver hagut d'utilitzar recursos i capacitats que, sense aquest canvi, pot-

ser no s'haurien posat mai en marxa. Mes la "nova pell", els nous horitzons de desenvolupament, no impliquen rebutjar plenament els anteriors. Més aviat impliquen intentar integrar les dues experiències: la de la terra d'origen i la del nou medi. La valoració de les dues en la seva mesura justa pot ser una cosa extraordinàriament útil de cara a altres problemes que el trasplantat ha d'encarar al llarg de la vida. A més, el desenvolupament de la seva capacitat de solidaritat amb els companys de situació igual, de la seva pròpia terra o d'altres, o amb els familiars i amics que quedaren a la terra d'origen, permet augmentar la comprensió dels qui l'envolten en qualsevol altra àrea de la seva vida (família, treball, relacions socials...).

El procés de dol implica, per tant, la reconstrucció del món intern a partir d'una pèrdua ^(inicial) d'objectes interns. Perquè pugui establir-se un equilibri emocional, en aquesta elaboració han de superar-se tant l'hostilitat que sorgeix inevitablement com la idealització del que s'ha perdut. Aquest establiment-restabliment implicarà no una mera recuperació de la situació anterior, sinó tot un procés maduratiu. Efectivament, elaborar el dol significa replantejar-se moltes coses: el que s'ha perdut se sent com una cosa bona, potser abans no valorat ^{da} prou, i a través d'això es revaloritzen altres objectes interns més primitius (i, en darrera instància, els pares). Això estimula que la gratitud pugui tenir més vivesa i que l'hostilitat perdi força davant les pulsions amoroses que broten del self.

En el trasplantat, una bona elaboració del dol, que implica un canvi cap a la maduració, passa pel reconeixement de la nova terra, de la nova forma de vida, fins que aquesta arriba a fer-se seva (arriba a convertir-se en un objecte intern valorat positivament). A la vegada, la terra d'origen es pot anar valorant en la seva mesura justa, amb la progressiva acceptació que mai no es podrà recuperar totalment la terra deixada perquè també ha canviat. A aquest respecte és il·lustrativa

la imatge de l'"indià", doblement immigrant i doblement inadaptat. Sovint, l'indià desitja, al final de la seva vida, força omnipotent, que la terra que deixà en la joventut continuï tal com era: així nega el seu envelliment i el seu desarrelament. L'argument de la famosa sarsuela Los gavilanes expressa clarament aquesta problemàtica, en narra^{ar} la necessitat d'elaborar el dol en la segona migració, que és la de retorn a la terra d'origen. I expressions sobre el tema són comunes en tots els pobles, les llengües i les arts peninsulars. Un poeta gallec ho va expressar així:

Verdes outeiros da nativa terra
durmino nun azur de fumes quedos.
Rente de min estades, doces cumes
pero eu estou moi lonxe, lonxe, lonxe.
 (...)
 Un dia voltarei, nativa terra
a descansar en tí dos meus camiños,
mais non te alcontrarei. En min te levo,
pero eu estou moi lonxe, lonxe, lonxe.

Celso Emilio Ferreiro: Moi lonxe

(Verds pujols de la terra mare
 dormint en un atzur de fums quiets.
 Prop de mi esteu, seus cims,
 però jo estic molt lluny, lluny, lluny.
 (...)
 Un dia tornaré, terra nativa,
 a descansar en tu dels meus camins,
 mes no et trobaré. Et porto en mi,
 però jo estic molt lluny, lluny, lluny.)

10. ESBÓS D'ALGUNES CONCLUSIONS ASSISTENCIALS

Naturalment, tot l'anterior hauria de posseir unes repercussions assistencials. Però diem hauria... Si el tema és poc conegut, és fàcil d'endevinar que, almenys en el nostre país, són escassíssimes, per no dir inexistents, les pràctiques assistencials que tenen en compte la migració com a factor de risc (psicopatològic i, més generalment, sanitari). Excepte algunes experiències internacionals, entre les quals comptaríem tant les fracassades (l'Hospital "franco-musulmà" de París, per exemple: Daumezon, 1965), com les més o menys exitoses (l'assistència psicosocial que l'estat hebreu proporciona als qui immigren a Israel: Berner, 1967; Morrison, 1973; Villa, 1962; Weinberg, 1949, 1961...), els nostres esbossos han de basar-se únicament en aquestes dades bibliogràfiques sobre migracions interestatals i en la nostra pròpia experiència clínica en mitjans d'immigrants (la qual en algun de nosaltres comprèn prop de vint anys treballant enmig de la immigració: com a metges de l'INP dels anys anteriors a la transició democràtica, com Neuropsiquiatres de Zona, com a psiquiatres de "manicomi" o com a psicòlegs d'Hospital General). Per sistematitzar tant com sigui possible, direm que en el tema que ens ocupa en aquest apartat hauríem de considerar:

a) El tipus de migracions: ¿són d'"anada", "reiterades" o "de retorn"? (més risc psicopatològic en les darreres). ¿Són organitzades o no organitzades?

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

c) ¿Quin tipus de sistema assistencial cal potenciar en cada cas i en cada moment: 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, psicosocial...)?

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 forma similar com, cada vegada més, s'estan considerant així altres factors socials o psicosocials (per exemple, l'atur: Artells i Ramis, comps. 1984). Per cert que, segons la nostra experiència clínica i la bibliografia internacional al respecte (Berner, 1967; Berner i Zapotoczky, 1969; Friessem, 1975; Tizón, 1978 a, 1982 b...) la combinació d'ambós factors, migració i atur, forma una situació de greu risc psicopatològic (i sanitari).

Per això els sistemes adequats de prevenció i assistència per als riscos i trastorns de la trasplantació migratòria haurien de partir dels dispositius d'Atenció Primària (OMS, 1978; Vuori, 1983), a més de directament des de la comunitat.

El que dificulta o impedeix el procés

Hi ha tota una sèrie de factors que ja hem anomenat com a dificultadors del procés psicosocial de l'immigrant. D'una banda, la marginació, en qualsevol de les seves formes (racisme, apartheid, discriminació econòmica o cultural, xenofòbia, desconfiança, ús dels immigrants com a "bocs emissaris" de culpes i problemes socials...). A nivell organitzatiu, les lleis segregacionistes, la resistència activa o passiva de persones o grups a la integració dels immigrants... El resultat és la formació de "comunitats paral·leles" d'immigrants i autòctons i la creació d'autèntics ghettos per a aquells... Tots ells són factors que augmenten el risc de descompensació psico(pato)lògica de l'immigrant i que han de ser evitats amb mesures socials i socio-polítiques adequades.

Entre els factors del propi immigrant, que augmenten el seu risc de descompensació, caldria esmentar la postura d'odi i ressentiment contra la cultura d'acollida: negar-se a aprendre el nou idioma, evitar el contacte amb els autòctons, fomentar l'aïllament (individual o de grup), etc no fa sinó augmentar els riscos de la trasplantació. Fomentar el folklore propi d'una forma defensiva, per diferenciar-lo rígidament de l'autòcton i impedir la seva contaminació, acostuma a estar en la mateixa línia. La conseqüència és la creació de grups d'immigrants que, com recordava Calvo (1977), viuen com enquistats en la societat d'acollida sense aprofitar les possibilitats d'enriquiment mutu que es podria derivar d'una interrelació adequada (acomodació o inadaptació). Les mesures preventives de tipus social i socio-polític són en aquests casos indispensables per evitar conflictes (i en el seu lloc, allò que sovint observem, és la utilització d'aquests fets amb finalitats manipulatives polítiques).

En la nostra experiència amb immigrants a Catalunya, un factor especialment dificultador de la integració (i, per tant, facilitador de la descompensació) són els horaris de treball nocturn o a torns variables cada poc temps. Deixant de banda les conegudes i serioses repercussions sobre la salut que té el treball nocturn i, més encara, el treball a torns variables per cicles curts, ens referim ací directament als efectes "antiintegratius" perquè dificulten tota mena de relacions socials dels immigrants (fins i tot amb la seva família). A aquest nivell, haurien d'existir normes legals i laborals que protegissin els treballadors d'aquestes organitzacions del treball i, especialment, en el cas d'immigrants recents i dones casades. En un sentit semblant actuarien normes laborals que facilitessin baixes, excedències i jornades reduïdes en el cas de dones amb fills de poca edat, així com una política de flexibilitat en els torns de treball que porti, en els casos en què treballen els dos cònjuges, a que la vida familiar a la llar si-

gui possible, que moltes vegades és la base o, almenys el punt de partida, d'una integració social.

Generalment, les tasques preventives de la descompensació de la salut en els immigrants haurien d'anar enfocades a dos camps superposats:

a. Tasques preventives en el camp social o sòcio-cultural:

En aquest terreny, les dues premisses bàsiques serien:

1) Afavorir la integració social i sòcio-cultural. En el cas de diferències idiomàtiques, afavorir l'aprenentatge de l'idioma autòcton per part dels immigrants és una tasca sòcio-cultural bàsica amb àmplies repercussions sanitàries (Colledge i Svensson, 1986 a).

2) Evitar l'enfrontament entre els "sistemes profans" i la "medicina popular" dels immigrants i la "medicina o assistència sanitària tecnològica" del país d'acollida, com a forma de no menysprear la important tasca preventiva (i guaridora) que poden desenvolupar tant els "sistemes profans" dels immigrants, com molts dels seus mètodes guaridors tradicionals (Colledge i Svensson comps., 1986; Oztek, 1986; Spruit, 1986...).

b. Tasques preventives a realitzar a partir de les institucions sanitàries. Les tres premisses bàsiques serien:

1) Facilitar als immigrants el treball de dol que han de realitzar amb la migració.

2) Ajudar-los a no idealitzar o témer excessivament tant les noves terra i cultura com les antigues i, consegüentment, no veure's obligats a dissociar excessivament.

3) Ajudar a l'adaptació real (o integració) dels immigrants ja establerts en el nou medi, no conformant-se amb una adaptació i una millora del nivell econòmic (ja hem vist que, segons els nostres estudis a Catalunya, la major part dels consultants immigrants consulten més de quinze anys després de la vinguda: la manca d'integració en el nou

medi ha jugat aquí, en la majoria dels casos, un paper important).

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

a) La millora dels dispositius d'atenció primària i el fet indefugible que aquesta, també per aquest motiu a més a més d'altres enunciats en ocasions anteriors (Tizón i col.ls., 1986, 1987; Tizón, 1986, 1987) inclogui l'assistència psicosocial a l'interior dels propis equips d'atenció primària: és en aquests equips on, probablement, consultarà en primer lloc el trasplantat a qui el sistema profà ja no ha pogut contenir adequadament en les seves ansietats. Per això aquests 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 llur via de "cronificació medicalitzada").

b) En qualsevol cas, l'equip sanitari i psicosocial de base ha d'estar sensibilitzat sobre aquestes perspectives. La sensibilització sobre aquests problemes és, doncs, fonamental i una de les raons per les quals el nostre equip ha decidit la publicació d'aquest treball i d'altres anteriors. Però la sensibilització ha d'abraçar no solament els equips sanitaris, sinó també especialment els "sistemes profans" d'assistència: personalitats públiques, administradors i polítics, xarxes associatives espontànies o mantingudes pels diversos aparells de l'estat i l'administració, nuclis vivencials naturals...

Però sensibilitzats, en quin sentit?. Sobre el fet que la migració és un factor de risc, màxim en les persones que pateixen les vulnerabilitats prèvies que enunciàvem abans, i més encara en l'emigració de retorn i en la no protegida psicosocialment. Sensibilitzats també sobre el fet que, mentre l'Assistència Primària a l'estat espanyol no millori molt, cal ^{nte} ~~intentar~~ que, en la mesura que sigui possible, els sofriments que tinguin relació amb la trasplantació siguin atesos al nivell menys professionalitzat, més "profà" possible, ja que ara com ara l'altra via --i és dur de dir-ho-- presenta massa riscos de "cronificació medicalitzada" i fins i tot de iatrogènia.

Quant al tipus de migracions, diferenciarem en aquest apartat entre migracions organitzades i migracions no organitzades. La primera pregunta que ens hem plantejat i discutit és: ¿caldria demanar un examen mèdic de cada emigrant? ¿I un examen mèdico-psicològic?. Fonamentalment, davant el temor a la burocràcia i al control estatal --ja hipertrofiat, segons el nostre parer, en les modernes societats industrialitzades--, pensem que no. Ni tan sols en el cas de les migracions organitzades o en grup, en les quals sí que som partidaris d'exàmens mèdics. Tanmateix, fins i tot en aquests casos, no creiem convenients els exàmens psicològics per diverses raons:

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

b) Perquè en els casos més clars aquest examen no cal, ja que el mateix entorn de l'immigrant ens el fa saber: 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, la trasplantació...

c) Perquè aquests exàmens sistemàtics ara com ara tindrien una eficàcia dubtosa, com ja ha passat altres vegades i amb altres tipus de revisions sistemàtiques...

d) Perquè estimularien i augmentarien encara més l'he-
teronomia 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, caldria proporcionar mitjans d'ajuda psicosocial per a l'immigrant o emigrant que els sol·licités. Aquests sistemes, organitzats de forma possiblement excessivament coercitiva i controladora, han donat tanmateix resultats excel·lents a Israel, on les descompensacions després de la migració, fins i tot en persones amb alt risc, han pogut evitar-se en gran proporció (o, almenys, atendre

adequadament des de l'inici del desequilibri). Seria especialment important que els serveis socials (o, millor, psicosocials) ajudessin a preparar la trasplantació i, més encara, en la migració de retorn. En primer lloc, fent tan públiques com sigui possible aquestes conclusions que emigrar no és un procés fàcil, sinó llarg, difícil, dolorós, amb riscos i que, com més es conegui el país i les situacions a les quals s'arribarà, més possibilitats hi ha d'un bon assentament inicial i fins i tot d'una integració futura. D'altra banda, aquests serveis psicosocials relacionats amb les migracions (¿potser amb l'Institut Nacional de l'Emigració?) haurien d'estar preparats per ajudar a l'elaboració del dol en les persones que demanin ajuda en aquests serveis o en diversos dispositius d'assistència professionalitzada. Però, no ens enganyem, per ajudar a elaborar dols seriosos cal una preparació psicodinàmica o psicoanalítica, que ara com ara no es troba gaire estesa entre els assistents socials i psicòlegs de l'estat espanyol.

També, si l'Assistència Primària no funciona adequadament, i en el cas que tornin a produir-se onades migratòries importants (per exemple, arran de l'obertura de les fronteres europees a la migració de treballadors, el 1992), potser caldria crear Centres d'Assistència a l'Emigrant en les diverses Comunitats Autònomes, tot i que som conscients del risc de burocratització d'aquests.

Sobre els diversos moments de la trasplantació, les nostres propostes o el nostre esbós de propostes, seguiria les següents línies:

Abans de la trasplantació: el fonamental és la sensibilització social sobre la migració com a factor de risc i, potser, la creació d'una mena d'"Oficines de Turisme" en les quals els emigrants o futurs emigrants poguessin ser ajudats o se'ls proporcionés informació, tan àmplia i realista com fos possible, sobre els problemes de la migració i els llocs d'arribada. Els mitjans de comunicació podrien col.laborar en aquesta informació mitjançant campanyes adequades en les èpoques o

moments de migracions àmplies.

Hi ha tota una sèrie de mesures preventives clares aplicables ja en les etapes preparatòries de la migració o en les immediatament següents. Per exemple, seria important informar les famílies que projecten emigrar sobre la conveniència de:

--Preveure i anticipar experiències de soledat i desarrelament, per evitar que després les sentin com a negatives. Assegurar per tant que es podrà mantenir el contacte amb el "terròs" i resistir o impedir les separacions tallants, "gu-gant-s'hi el tot pel tot" : sempre que sigui possible cal deixar oberta la possibilitat de tornar, almenys temporalment i, com a mínim, que sigui possible tornar, retornar, reprendre el contacte amb la mare terra, la terra mare i la mare, familiars i amics que s'hi quedaren (almenys mentalment, com a fantasia, com a possibilitat).

--Aprendre la llengua del país d'acollida o preparar-s'h

--Aprendre a familiaritzar-se, en la mesura que sigui possible, amb la terra d'acollida i els seus costums, sobretot als nivells més quotidians i "pedestres" (per exemple: ¿la gent parla en català?, ¿ho fa habitualment o solament per fastiguejar els oients?. Si preguntes en un altre idioma, ¿et contesten? En els mercats, ¿com et fan i et diuen els comptes? ¿Hi ha molts andalusos en el lloc on aniré? ¿Ens miren malament als que som gallecs, andalusos, extremenys...?

--Assegurar-se d'algun grau de continuïtat del seu ambient físic emportant-se objectes significatius de la terra i les relacions de partida: quadres, peces decoratives, fotografies, mobles...

--Afavorir els contactes sovintejats amb la terra de partida: els viatges de vacances i els viatges amb ocasió de festes o bé ^{pel} problemes familiars o malalties, a més del valor intrínsec que posseeixen tenen també el valor de facilitar la transició entre això i allò.

--Evitar la misèria, l'aïllament o l'amuntegament dels primers allotjaments del o dels immigrants podria afavorir

una millor recepció de la terra d'acollida (i no solament a nivell material, sinó també a nivell d'emocions i sentiments).

--Evitar, tant com sigui possible, la migració de dones embarassades o amb fills de mesos, si aquesta migració no es pot realitzar de forma especialment protegida.

--Evitar, tant com es pugui, les migracions que trenquen el nucli familiar d'origen i separen els cònjuges o els pares i fills.

--Desaconsellar la migració de nens sols, o d'infants de poca edat, especialment quan després hauran de viure mesos o anys amb una altra família que no és la seva (tot i que sigui amb els avis, els oncles o altres familiars...): és imbricar massa separacions i dols perquè el resultat pugui ser positiu...

--Desaconsellar la migració de les persones que ja han patit experiències vitals de pèrdues importants, si no és que la migració sigui molt indispensable.

--Desaconsellar la migració de les persones que ja han tingut descompensacions psicopatològiques abans d'emigrar.

--Desaconsellar la migració sense un mínim coneixement de la terra, la cultura i el treball del lloc receptor.

--Afavorir-ne el contacte, a nivell informatiu o fins i tot amb viatges d'"aclimatació" anteriors, per facilitar el desenvolupament d'una motivació migratòria tan madura (i madurada) com sigui possible, sense haver de recórrer gaire a idealitzacions més tard fàcilment canviabls en menyspreus.

--Aconsellar que el canvi migratori sigui el menys bruscat i el més còmode possible, de manera que en arribar al nou medi, amb tots els canvis i pèrdues que suposa, no s'hi sobreafegixin sofriments innecessaris que podrien haver-se evitat preparant més bé l'"acte" de la migració.

--Afavorir l'establiment de "sistemes profans" i xarxes comunitàries, tant entre els immigrants com entre immigrants i autòctons, dedicades a (o que puguin facilitar) la integració dels nous arribats.

--Considerar que la incidència, després de la migració,

de noves pèrdues, de nous fracassos o experiències vitals doloroses, reactiva tot el procés migratori i, per tant, caldria protegir especialment la salut (mental) d'aquestes persones.

--Preparar sistemes i mitjans que facilitin la integració i les relacions interculturals dels fills dels immigrants amb la idea general, a més, que la migració i el procés migratori amb assentament definitiu en el nou país afecta els éssers humans almenys durant dues o tres generacions i no solament els individus concrets que realitzaren la trasplantació.

En la mesura que en la immigració intervinguessin organitzacions estatals, paraestatals 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 sigui important però, malgrat tot, la migració es presenti inevitable (com per exemple els ancians que emigren a la ciutat per viure amb els fills), caldria ajudar a elaborar el dol migratori, almenys en els casos de més risc: per a això, novament, una Atenció Primària que inclogués l'atenció psicosocial seria d'importància fonamental i suposaria, si el treball es realitzés correctament, estalvis importantíssims de sofriments... i econòmics. (No oblidem que les "síndromes depressives crònicament medicalitzades", una forma freqüent d'expressió del dol migratori incompletament elaborat, de vegades proporcionen fins el quaranta per cent dels consultants en la Neuropsiquiatria de Zona de l'INSALUD i l'Institut Català de la Salut: Tizón i Spagnolo, 1986; Tizón i col.ls., 1984.)

Durant la migració, és important que hi hagi una ajuda social i una orientació psicològica i psiquiàtrica disponible, almenys en els llocs de més trànsit d'emigrants (determinats ports, aeroports, esta-

cions de ferrocarril o autobús...). Seria fonamental que no solament funcionessin més bé els serveis mèdics que avui hi ha en aquests llocs, l'eficàcia dels quals és sovint prou dubtosa, sinó un bon servei d'assistència social amb capacitat d'aclarir dubtes i orientar problemes cap a les xarxes profanes o professionalitzades.

Durant l'assentament és quan es fa indispensable que la xarxa d'Atenció Primària funcionés adequadament i estigués ben sensibilitzada sobre aquests temes (a més de capacitada per actuar en l'Atenció Primària a nivell psicosocial). Hem de ser molt clars al respecte, tant basant-nos 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 es canalitzen per la via de la desresponsabilització, la col.lusió en l'anonimat (Balint, 1968; Tizón, 1987, 1988), els dobles vincles i dobles missatges per part dels sanitaris (Spruit, 1986) i, per tant, per la via de la medicalització, els riscos de cronificació, cronificació medicalitzada i iatrogènia creixen al llarg del temps en què es persisteixi en aquestes actituds. A més, amb l'agreujant que una cronificació de problemes d'aquesta mena genera situacions molt difícils de canviar en el futur. Novament, la creació de Centres d'Orientació a l'Emigrant, almenys provisionals, passatgers, durant les migracions massives, potser podrien pal.liar en part les insuficiències de l'Assistència Primària actual. Però solament en part. Aquí, en aquests moments, és quan les migracions organitzades tenen grans avantatges: un servei d'assistència social amb orientació psicosocial que visita els domicilis dels emigrants almenys una vegada durant l'assentament pot suposar una gran aportació per a la detecció i l'ajut en l'elaboració d'un gran nombre de problemes, tant de tipus material i de manca d'informació, com sanitaris i psico(pato)lògics.

En els processos d'adaptació i integració tornaria a ser cru-

cial l'existència d'una xarxa d'Atenció Primària que meresqués aquest nom i, per descomptat, sensibilitzada sobre aquest tipus de problemes i el tipus d'ajut que se'ls pot donar: per exemple, sobre la importància que adquireix l'existència de veritables Serveis d'Orientació i Planificació Familiar (Colledge i Svensson comps., 1986). També resulta fonamental en aquesta fase que la comunitat receptora i la seva administració, més que impulsar l'oblit i la negació de les comunitats i cultures de provinença, impulsessin els contactes interculturals i els intercanvis i viatges amb els països d'origen dels immigrants. Però, sobretot, els resultats d'aquests processos depenen, com ja hem vist, de les xarxes associatives que els immigrants puguin crear o el país d'arribada proporcionï. I, també, del clima cultural i polític del moment: en la mesura que aquest estimuli la solidaritat i els afanys solidaris, servirà de protecció automàtica contra les descompensacions del trasplantat. D'ací els perills que recaiguin en les migracions realitzades en moments de frustració social i "desencant" generalitzat, com és en part el moment actual (en el qual, a més, la migració que comença a apuntar-se és la més arriscada des del punt de vista de la salut: la migració de retorn).

Finalment, voldríem recordar que, en qualsevol moment del contacte amb els sistemes professionalitzats d'assistència (sanitaris, pedagògics, d'assistència social...) l'objecte^u de l'ajut al trasplantat ha de partir d'un principi: medicalitzar (o, en general, professionalitzar) tan poc com calgui l'assistència. Per tal que els problemes puguin anar-se elaborant, les vies i els sistemes "profans" que no estimulin l'heteronomia (Tizón, 1984, 1987, 1988) són els que caldrà escollir en relació amb els professionals. Una bona assistència psicòsocial en aquests casos moltes vegades consistirà, doncs, a:

- a) Desmedicalitzar els problemes si ja estaven heteronomitant-se per aqueixa via.

b) Proporcionar unes bones acollida i contenció als problemes o conflictes psicosocials.

c) Proporcionar mitjans, vies i contactes profans ^{en} la gran majoria de casos que això sigui possible i no sigui necessari introduir el pacient en els sistemes especialitzats d'ajuda psiquiàtrica o hospitalària.

Finalment, tot i que tots els lectors hagin pensat en el tema al llarg de la nostra exposició, no voldríem tancar-la sense fer una al·lusió, almenys succinta, a la importància de la conjuntura i les alternatives polítiques perquè els riscos i sofriments de la transplantació donin pas a elaboracions solidàries (i, per tant, creatives), o més aviat a situacions insolidàries, heterònomes, dolgudes... ~~que és el mateix~~ (a situacions insanes, en el sentit més ampli del terme).

11. CONCLUSIONS GENERALS

El nostre treball de més de deu anys amb el tema de "Migracions i salut mental", així com la bibliografia consultada, ens ha anat imposant, al llarg del seu desenvolupament, una sèrie de conclusions que voldríem sintetitzar succintament en aquest darrer apartat. Ordenades seguint els capítols del nostre llibre, aquestes conclusions serien almenys les següents:

1.1: Les relacions entre un procés psicosocial tal com la migració d'una banda i un altre procés psicosocial tal com la salut (mental) o, més estretament, l'assistència psiquiàtrica i psicosocial de l'altra, s'han d'entendre com a relacions complexes entre variables complexes.

1.2: La variable "migració" ha de ser considerada en qualsevol cas en aquest tipus d'estudis com una variable complexa. I això no solament per la diversa tipologia de les migracions, que esquematitzem o descrivim a la introducció, sinó també per la sèrie de circumstàncies personals i socials que envolten cada migració massiva: entre quins modes de producció i/o estructures o formacions econòmico-socials es realitza, amb immigrants de quina edat, de quina classe social, en quines circumstàncies socio-econòmiques i assistencials, amb quina reacció en els països de partida i acollida, etc.

1.3: La variable "salut mental" o, més exactament, la variable "salut (mental)", segons el concepte que hom considera d'aquesta ("l'estat de benestar psíquic, físic i social", "la capacitat d'estimar i treballar", "la forma de viure autònoma, solidària i joiosa", etc) és clarament una altra variable complexa en la qual interactuen diversos elements que obviem en aquesta conclusió ja que han estat tractats diverses vegades per algun de nosaltres (Tizón, 1981, 1982, 1987) i, succintament, en els capítols 6, 7 i 8 d'aquesta obra.

1.4 : La primera conseqüència de tot el que acabem de dir

és que la complexitat d'ambdues variables --independent (migració) i suposadament dependent (salut)-- donarà lloc a una notable complexitat dels estudis seriosos sobre el tema. Aquesta complexitat estructural del tema podrà captar-se, per exemple, en els nombrosos problemes metodològics que s'enfronten a les investigacions en relació amb ell i en les freqüents contradiccions o confusions en els estudis realitzats.

1.5: Aquest tipus de problemes s'agreuja perquè un estudi de la salut (mental) en la població general poques vegades ha estat realitzat a nivell ampli i, evidentment, no en la Catalunya dels dos darrers terços del segle XX, en la població de la qual se centra el nostre treball. En el nostre tema, els estudis realitzats en una gran part de països, ho han estat dels trastorns sanitaris, psiquiàtrics o psicosocials dels immigrants. I en molts casos, ni això: s'han fet estudis dels ingressos psiquiàtrics i després s'han pretès generalitzar. A l'estat espanyol, són rars fins i tot aquest tipus d'estudis, carregats d'errors metodològics i d'enfocaments moltes vegades matussers. Notables excepcions d'aquest panorama són els estudis realitzats a la vall de Baztan (Vázquez i col.ls., 1981, 1982) o en el Baix Llobregat de la província de Barcelona (Herrera i col.ls., 1987) que, entre altres estudis epidemiològics als quals hem tingut accés, sí que inclouen epígrafs per a l'estudi de la migració en aquestes poblacions.

I no és que no es puguin operativitzar les nocions o conceptes de salut o salut (mental) com per donar lloc a estudis psicosocials útils, sinó que, per raons sòcio-polítiques, tècniques i ideològiques complexes, això no s'ha fet pràcticament a cap país. En nombrosos casos, a més, tendeix a confondre's l'estudi dels trastorns mentals en tractament o consulta amb l'estudi de la salut (mental). En altres casos, una anàlisi de la comunitat tipus screening ha pretès aproximar-se, amb tots els problemes que aquest tipus d'estudis planteja, a la realitat dels "casos psiquiàtrics" o "amb problemes sociològics importants"

i, a falta d'altres dades, els considerem com a índexs aproximats de la salut (mental) d'una població. Naturalment, això comporta sempre una simplificació dels conceptes de salut i trastorn (mentals) i una exclusió d'epígrafs sencers de totes les classificacions psiquiàtriques (posem, per exemple, la freqüent exclusió dels "trastorns de personalitat", "characteropaties", "personalitats anormals"). Finalment, aquest tipus d'estudis són complexos i costosos i, tot i que relativament freqüents en els països punta del nostre mode de producció, escassíssims en el nostre, encara que el panorama ha canviat en els darrers anys: després de l'estudi pioner realitzat a la vall de Baztan (Muñoz i col.ls., 1981; Vázquez i col.ls., 1981; Vázquez, 1981, 1982) s'han posat en marxa estudis similars en diverses comunitats autònomes de l'estat. Alguns d'aquests estudis, com acabem de recordar, sí que inclouen entre els temes investigats i quantificats variables migratòries.

1.6: Però, com dèiem, si es tracta de creuar dues variables complexes i una d'elles ja arbitràriament simplificada o supersimplificada en molts estudis, és fàcil pensar que els resultats obtinguts oferiran sovint un índex de fiabilitat i validesa molt baix. I encara menys si no es pot comptar amb el personal i els mitjans necessaris per realitzar estudis del tipus d'enquestes psicosocials (combinades, a més, amb mètodes d'screening simultanis o previs, segons el model epidemiològic clàssic "en dues fases"). La conclusió subsegüent creiem que és un resultat crucial del nostre treball, tant en el seu aspecte bibliogràfic com empíric: les dades de tots els estudis al respecte (inclosos, per descomptat, els aportats per nosaltres) han de ser utilitzats amb reserves cautes. La qual cosa no vol dir que siguin inútils, però sí que són difícilment generalitzables. Això ens torna a fer pensar en una cosa que ja F. Calvo (1971, 1972, 1977) mantenia sobre el nostre tema, i una cosa en la qual investigadors i crítics tant d'orientació conductista (Barlow i Hersen, 1984; Salamero, 1987)

com psicoanalítica (Calvo, 1971, 1972, 1977; Tizón, 1982) mantenen ja fa anys: en aquests casos, moltes vegades resulta més enriquidor contrastar aquestes dades parcials amb estudis profunds d'un reduït nombre de casos, que no intentar ampliar la mostra (i la magnitud) de l'estudi, amb la qual cosa es perd automàticament discriminació, sensibilitat, fiabilitat i validesa en els resultats. Com s'afirma en la compilació de Colledge i Svensson, auspiciada per l'OMS el 1986, en aquest camp és convenient la combinació d'estudis qualitatiu i quantitatiu i no solament la realització i la utilització d'aquests darrers.

Creiem que aquest és un petit resum de les conclusions més generals del nostre treball. Com es pot veure, aquestes remarquen els aspectes metodològics (capítol 3). Les conclusions més en relació amb els aspectes conceptuals del tema serien les següents:

2.1: La migració d'assalariats comporta una mobilitat social ascendent (en el lloc receptor) en molts menys casos dels que hom acostuma a pensar i, particularment, del que pensen inicialment els propis immigrants. Aquesta falta de mobilitat social ascendent es comprova en nombrosos estudis sobre la immigració a Catalunya en aquest segle, el nostre inclòs.

2.2: Amb l'agreujant que sembla provat en termes generals que la frustració d'aquestes aspiracions i, molt més encara, la mobilitat social descendent (en criteris de realitat externa o de realitat interna, de fantasies, expectatives, aspiracions...) és una de les causes psicosocials fonamentals de la descompensació psico(pato)lògica del trasplantat.

2.3: La migració majoritària a Catalunya del segon i tercer quarts del segle és ^{una} ~~la~~ immigració interna "voluntària", de llarga durada o definitiva, de persones que es trasplanten per treballar com assalariats.

2.4: A nivell conceptual cal delimitar, quant a l'aspecte

sociològic de la migració, les nocions de canvi i/o mobilitat social vertical i horitzontal. A nivell psicosocial proposem els de trasplantació, assentament, adaptació, acomodació^{ment}, inadaptació i integració.

Altres conclusions de tipus metodològic:

3.1: Com a índexs de la relació MIGRASAME (migració - salut mental), considerem summament inadequats^{de}, i gens generalitzables, les dades que procedeixen d'ingressos en hospitals psiquiàtrics. Si cal treballar, per manca de mitjans, en ambients parcials, índexs molt millors de la salut dels trasplantats els proporcionen les consultes públiques de medicina de capçalera, pediatria i psiquiatria a nivell de dispensari (si és que existeixen). Entre altres raons, perquè les diferències en el grau amb què s'accedeix als diversos tractaments professionals en els diferents grups socio-culturals és una variable difícilment controlable en el nostre país.

3.2: En aquest sentit, no són ja sostenibles com a fets científics les dades dels primers estudis sobre el tema, que apuntaven a unes majors incidència i prevalença dels trastorns mentals en els immigrants.

3.3: Per això, per a un apropament més multidimensional, proposem el sistema d'estudi següent: Primer, delimitar el tipus de migració i de migrants tan estretament com sigui possible des del punt de vista sociològic. Segon, estudiar o, almenys, tenir en compte cada una de les onze-dotze variables psicosocials que intervenen en les migracions que aportem en el nostre esquema: personalitat, edat i sexe del migrant, experiències vitals anteriors, bagatge cultural, motivacions conscients i inconscients que el portaren a deixar el seu medi, motivacions que el portaren a escollir i traslladar-se al nou medi, ansietats durant el canvi, actituds del medi en relació amb l'emigrant (polítiques, culturals, econòmiques i laborals), capacitat de contenció

del medi que l'envolta després de la migració, personalitat, edat i sexe de l'immigrant ja assentat i les seves experiències vitals després de la migració, sense oblidar el que nosaltres hem anomenat influències transgeneracionals.

Les conclusions en relació amb les dades epidemiològiques i psicosocial són les següents:

4.1: ^{Comhariaient,} ~~Sembla que,~~ ~~al contrari~~ del que es creia en els darrers anys, la incidència global tant de trastorns psiquiàtrics com de malalties somàtiques serioses no solament no és més gran entre els immigrants, sinó fins i tot menor.

4.2: Al contrari, sembla que els índexs del que hem anomenat en el nostre treball "equivalents psico-somàtics del dol no resolt" i les mostres de dols inadequats i/o insuficientment elaborats, sembla que són més grans: síndromes gripals i de refredats, trastorns digestius de tipus "psicofisiològic", trastorns circulatoris i ossis fonamentalment "funcionals" (les famoses "artrosis" i "cefalees vasculares o tensionals", per exemple...), estats de tristesa més o menys obscurs i atípics, depressions larvades, quadres addictius i passivo-dependents...

4.3: Avui sembla força evident que, ateses les diferències en les onze-dotze variables descrites anteriorment, i especialment les que afecten la "pre-selecció" del migrant, l'índex de descompensació psicopatològica és més gran en les migracions "interiors" que en les migracions "exteriors" (entre estats).

4.4: Al contrari del que es podria pensar, les migracions interurbanes estan correlacionades amb una incidència més gran de descompensacions psico(pato)lògiques que les migracions del medi rural a l'urbà. D'altra banda, no es pot mantenir fefaentment que les migracions de cultures diferents donin lloc a un índex més gran de trastorns

psiquiàtrics que les migracions dins la mateixa cultura o entre cultures pròximes. Vistes aquestes realitats més de prop, hem de pensar almenys que en els estudis i afirmacions que anteriorment parlaven en aquest sentit no es tingué prou en compte la dada de l'"autoselecció" dels immigrants, més gran en els processos migratoris "exterioris" i "interculturals" que en els "interiors".

4.5: L'estabilitat dels nuclis microsocials i macrosocials de procedència sembla protegir contra la descompensació després de la trasplantació psicosocial. En aquest sentit, si la cultura de procedència està en crisi, si el medi social de procedència està afectat de greus problemes psicosocials, hi ha més tendència a la descompensació psiquiàtrica --i aquesta és més greu com més desestructurat es trobi el medi de procedència.

4.6: Quant a l'actitud del medi en relació amb els immigrants o trasplantats, sembla que la nova generació d'estudis psicosocials tendeix a trencar el mite de la "bona" o "perfecta" tolerància de moltes "societats receptores". Els estudis de Fried (1970), per exemple, en els Estats Units de Nord-amèrica, els nostres a Catalunya i les opinions de nombrosos investigadors, sociòlegs i polítics (Vázquez Montalbán, 1982; Solé, 1985, 1986; Recolons, 1985) sembla que apunten cada vegada més en el sentit de desmitificar algunes d'aquestes "receptions acollidores i tolerants" en termes generals. En realitat aquesta visió no és sinó un mite ideològic destinat a satisfer el narcisisme grupal dels autòctons i la cultura dominant i a aplacar l'aparició de conflictes socials i culturals, que acostumen a generar-se tan aviat com el percentatge d'immigrants s'apropa o supera les xifres del 10%. (A Catalunya, la proporció d'immigrants de primera generació és avui del 31%. Si hi agrupem aquells els pares dels quals foren immigrants tot i que ells no ho siguin, i els de vegades anomenats "xarnegos", el percentatge d'immigrants o, més ben dit, de famílies amb migració o trasplantació

al seu si, augmenta considerablement).

4.7: Sembla que, si els trasplantats tenen possibilitats d'una culturització progressiva, no forçada, i, encara més, si se'ls permet organitzar nuclis culturals homogenis en un principi, aquests nuclis protegeixen de la descompensació psicopatològica.

4.8: Una política de protecció activa per als trasplantats posseeix les mateixes repercussions, tot i que això no s'hagi pogut practicar durant la immigració massiva a Catalunya ocorreguda durant el "desenvolupisme" de la dictadura franquista. D'ací les repercussions sobre la salut (mental) de la població que suposa l'existència de nuclis de fort ^oallau migratori; les manifestacions biològiques, psicosocials i psiquiàtriques del dol migratori mal elaborat passaran sobre els índexs sanitaris catalans durant generacions i, possiblement, de forma àmpliament reluctant en relació amb possibles millores del dispositiu assistencial sanitari, atesa la naturalesa d'aquests trastorns.

4.9: Les fantasies conscients i inconscients amb les quals es concep, prepara, realitza i estructura la trasplantació tenen una gran importància en l'explicació de les descompensacions posteriors.

4.10: La frustració radical de les aspiracions d'"ascens social" o mobilitat social ascendent és un dels fets que en més estudis correlaciona amb l'eclosió de trastorns psicosocials, "psicofisiològics" i psiquiàtrics, dada encara més clara i significativa en el cas de la mobilitat social descendent després de la trasplantació: per exemple, per l'acomidament, l'atur, la ruïna, la malaltia...

4.11: La dona trasplantada en l'edat adulta manifesta més tendència a la descompensació psico(pato)lògica que l'home, tant li fa que treballi assalariadament com no en el país d'adopció. Ambdós extrems han estat comprovats novament en la immigració a Catalunya que nosaltres estudiem. Les explicacions d'aquest fet cal cercar-les, segons el nostre parer, a nivell sociològic (antropològic) i a nivell

psicosocial.

4.12: Els únics diagnòstics psiquiàtrics sobre els quals nombrosos estudis (incloent-hi diversos dels realitzats pel nostre col·lectiu d'investigació) apunten una incidència més gran entre els trasplantats que entre els autòctons, són les síndromes esquizofrèniques i diversos tipus d'alcoholisme.

4.13: En determinats medis culturals la incidència del suïcidi és més gran entre els trasplantats. El mateix passa amb l'alcoholisme descompensat, fet significatiu en la immigració estudiada per nosaltres, la majoria procedent de medis rurals del sud de la península Ibèrica (fonamentalment, Andalusia).

4.14: Entre els fills dels immigrants que laboren com a treballadors assalariats i es troben més o menys marginats en "ciutats-dormitori", suburbis o "àrees metropolitanes" com les estudiades per nosaltres a Catalunya, sembla que la incidència del suïcidi és més gran, així com els trastorns "psicofisiològics" o "psico-somàtics" i de les "psicopaties" i sociopaties, juntament amb les reaccions de somatització, conversives i dissociatives (de tipus histèric) i els problemes escolars. Aquests trastorns, i altres que afecten edats més primerenques, tendeixen a produir-se també en els fills el progenitor dels quals ha emigrat sense emportar-se'ls amb ell o ella.

4.15: El període del canvi i els moments immediatament posteriors a aquest, són l'època d'aparició predominant de les reaccions histeriformes i, sobretot, de les psicosis agudes i les depressions. Aquestes descompensacions psicopatològiques són menors com més psicosocialment protegida es trobi la migració.

4.16: L'atur, els problemes laborals i la desadaptació professional són successos que afavoreixen de forma radical la possibilitat de descompensacions psicosocials i psicofisiològiques, així com tota mena de situacions psicosocials frustrants amb un component afec-

tiu important . Aquests esdeveniments vitals, incidint sobre una migració mal preparada i elaborada a nivell psicosocial, resulten potenciats en les seves repercussions psicopatològiques.

4.17: Al contrari, sembla que l'estabilitat socio-econòmica i laboral afavoreix la contenció dels problemes relacionals amb el dol migratori.

4.18: Igual passa amb els contactes periòdics amb la família i/o els llocs de procedència.

Consideracions sobre els modes d'expressió de la trasplantació psicosocial insuficientment elaborada:

5.1: La tríade que domina l'expressió psicopatològica del migrant assalariat és la de depressió, somatització-hipocondria i paranoia.

5.2: Tan típica com el clar predomini d'aquesta tríade és la tendència que els tres elements s'entremesclin directament en el quadre clínic, amb més relleu que entre els autòctons, tot i que també, com en aquests, sigui possible un diagnòstic clínic --sindròmic o d'estat-- predominant.

5.3: Es pot considerar que els quadres clínics típics de l'immigrant són de dues menes: aguts (síndromes depressives agudes, síndromes delirants agudes, síndromes confus^{o-o}oníriques) i crònics (síndromes depressives cròniques --ordinàriament, "crònicament medicalitzades"--, síndromes delirants crònics, quadres d'abús i dependència de l'alcohol, "trastorns de conducta" o "canvis de comportament" psicosocial i augment o exacerbació d'alguns trets i trastorns de personalitat: dependència, passivitat, histrionisme, paranoïdisme...).

5.4: És característic que els quadres aguts lligats a la trasplantació psicosocial tinguin més bon pronòstic en l'immigrant del que caldria esperar d'un quadre similar en un autòcton. La tendència

s'inverteix, tot i que de manera molt menys clara, en el cas dels quadres crònics (sovint per l'acció iatrogènica d'un sistema sanitari medicalitzador, malbaratador de recursos i cronificant com és l'actual).

5.5: El retrat robot del típic consultant psicopatològic immigrant assalariat a Catalunya (o d'algun familiar) el podríem dibuixar així: edat de 22 a 40 anys, sovint més una dona que no un home, habitant de barris o ciutats-dormitori d'immigrants, amb un quadre psicopatològic dominant de tipus depressiu, tot i que atípic, en el qual destaca l'expressió somatoforme, amb elements paranoïdes i ansietats persecutòries (quasi) conscients, amb clares dificultats psicosocials no solament anteriors, sinó també actuals, amb una història plena de pèrdues (no solament la de la trasplantació) insuficientment elaborades i, finalment, habitualment cronificat en el seu trastorn per diverses vies i, entre elles, de forma dominant, per la medicalització i la iatrogènia.

5.6: L'aparició d'aquests trastorns, la seva eclosió oberta o, en altres paraules, la descompensació psicosocial, té lloc segons una corba cronològica trifàsica: així, hem trobat útil classificar aqueixes descompensacions dels trasplantats en crisis primàries (fins dos anys després del canvi geogràfic), crisis secundàries (es manifesten entre els dos i els deu-quinze anys després) i crisis tardanes o terciàries (més de quinze anys després del canvi geogràfic).

5.7: No és l'Hospital Psiquiàtric ni la Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica d'Hospital General els llocs privilegiats per a l'observació de cap d'aquestes crisis, ja que majoritàriament es manifesten en les consultes de metges de capçalera, pediatres o en altres dispositius del sistema professionalitzat que atén la salut (mental) de la població (mestres, serveis d'urgència, serveis socials, etc...), així com en els serveis ambulatoris de psiquiatria, especialment en els que depenen de l'INSALUD i els seus homòlegs autonòmics i, a Catalunya,

també en els CAP en S.M. (Centres d'Assistència Primària en Salut Mental, dependents de les Diputacions catalanes).

5.8: L'expressió del dol per la trasplantació, a més, no es produeix solament en el/els trasplantats. Sempre hi ha dols i conflictes que hi convergeixen: el dels autòctons en relació amb la seva pròpia identitat i en la relació amb els immigrants; el dels "que es queden" en el lloc d'origen sense emigrar... En l'estudi de la psicopatologia lligada a l'emigració no hauríem d'oblidar mai els sofriments i, per tant, els trastorns psicopatològics patits pels que no emigren. Nosaltres ens hem referit a aquest tema anomenant-lo "el buit que deixen els que se'n van" i la "pèrdua (parcial) d'identitat psicosocial de l'autòcton".

5.9: Les dones i, sobretot, els fills dels qui emigraren, s'emporten la part pitjor, des del punt de vista psicopatològic, en aquest altre dol migratori tan poc estudiat: el dels "que es queden".

5.10: Quant al conflicte entre immigrants i autòctons sembla que, de forma latent o oberta, es produeix sempre que el percentatge de trasplantats sobre el d'autòctons adquireix un cert relleu, que molts autors xifren en el 10% d'immigrants respecte al conjunt de la població. Tenint en compte les aclaparadores xifres de la immigració a Catalunya durant aquest segle (taules 1 a 7), cal tenir per cert que el conflicte existeix, més o menys larvat, i que és fàcil que desecadeni desajustaments psicosocials.

5.11: Des del punt de vista antropològic, els nostres trasplantats han patit un procés "substitutivo-additiu" en el qual, sovint, els elements "deculturatius" han jugat un greu paper. El resultat final en molts d'ells és la inadaptació, encara no prou estudiada i valorada per les instàncies oficials, però amb la qual sovint s'ha "jugat" a nivell electoral i polític de manera prou arriscada i ignorant de les possibles conseqüències individuals... i socials.

5.12: L'expressió psicopatològica dels conflictes del procés migratori es troba influïda per elements culturals almenys per una triple via: existiran manifestacions influïdes per la cultura introjectada prèviament a la trasplantació (la somatització amplíssima de les queixes tindria alguna cosa a veure amb aquest element i no solament amb l'àmplia "cronificació medicalitzada" dels nostres pacients). Existiran també manifestacions psicopatològiques lligades a la cultura receptora i, finalment, de manera més o menys destacada, manifestacions inèdites en ambdues cultures prèvies (¿fruit de processos d'integració interculturals o intersubculturals?).

5.13: Nombrosos estudis han constatat l'escassa mobilitat social ascendent dels immigrants a Catalunya, amb les repercussions que té aquesta dada per a la descompensació psico(pato)lògica en la "tercera corba" o període després de la trasplantació. Ara bé, la immobilitat social i la subordinació no les provoca directament la procedència, sinó que són fenòmens directament lligats a l'estructura de classe de la societat catalana i, en general, de les formacions socials del sud-oest d'Europa.

5.14: Per això, creiem que no es pot parlar, almenys ara com ara, de discriminació de l'immigrant a Catalunya en tant que immigrant, però sí d'una subordinació econòmica i social en la qual el nucli fonamental, tot i que no únic, són els immigrants que vingueren i s'establiren a Catalunya com a assalariats.

5.15: La incidència de la crisi econòmico-social dels anys vuitanta amenaça convertir aquesta subordinació en marginació, almenys en determinats col·lectius i nuclis vivencials de Catalunya, si no es prenen mesures urgents per impedir-ho.

5.16: La delinqüència, com a expressió psicosocial, segons el nostre parer té força a veure amb la combinació entre la marginació econòmico-social i la trasplantació migratòria, almenys en determinats

barris i llocs on dominen els immigrants. Possiblement tindrà a veure, particularment, amb aspectes deculturatius, anòmics i de inadaptació.

5.17: Els índexs tradicionals d'integració (ús del català, matrimonis mixts, etc) resulten en realitat poc predictors de la integració psicosocial de l'immigrant i, per tant, de la seva reacció passada, present o futura enfront de l'elaboració del conflicte migratori. Per analitzar aquests processos calen índexs més complexos, multiaxials i psicosocials, com ara els proposats per Solé (1985) o els incorporats per nosaltres des de la introducció d'aquesta obra: adaptació al treball industrial o de serveis, adaptació a les condicions de vida urbana, acceptació de les institucions socials i polítiques catalanes, adopció voluntària i lliure d'elements de la cultura catalana i, entre ells, la llengua, etc. Cada un d'aquests índexs posseeix uns indicadors, ja utilitzats moltes vegades en enquestes sociològiques a Catalunya (Solé, 1985, 1986) i glossats per nosaltres en els primers capítols d'aquest llibre. Tanmateix, creiem que l'únic índex fiable en darrer extrem de la integració d'un immigrant solament pot venir proporcionat per una o diverses entrevistes "profundes" amb el subjecte, per a les quals, en el marc d'una investigació complementària, ^{hem aribat} ~~haver arribat~~ a elaborar un guió.

5.18: Encara que el nostre treball s'ha centrat en l'expressió ^Spsicològica i psicopatològica del conflicte migratori, no n'hem d'oblidar una altra expressió sanitària: l'expressió somàtica, biològica, estudiada per exemple per Friessem (1975) o Bourgeois (1977) o, fa més poc, en la compilació de Colledge i Svensson (1986): augment de les SRM, de determinades malalties superficials, de la incidència de malalties pròpies de la cultura d'acollida, d'accidents i baixes laborals, etc.

Conclusions en relació amb les hipòtesis explicatives:

6.1: Les hipòtesis explicatives de la influència de la transplantació psicosocial sobre la psicopatologia poden ser agrupades en tres classes:

a) Hipòtesis sociologistes, més o menys basades en la noció del "xoc cultural".

b) Hipòtesis psiquiàtriques i psicologistes.

c) Hipòtesis basades en la consideració de la migració com a procés psicosocial de dol (procés acompanyat, agreujat, o contingut de diversa forma pels condicionants biopsicosocials de l'emigrant i la migració).

6.2: Les dades actualment disponibles no permeten sostenir com a dominant cap dels dos primers tipus d'hipòtesis. En el camp dels estudis sobre les migracions i la salut (mental) de la població, cal utilitzar hipòtesis complexes del tipus de la tercera, que han d'anar especificades, a més, postulant una estructura concreta d'interrelació de les onze-dotze variables que assenyalàvem a la taula-esquema 26.

6.3: Les defenses que predominen davant la insuficient elaboració del dol migratori serien les defenses maníacques, les dissociatives, les obsessives, la reacció malenconica^{CSQ} i les regressions a posicions esquizo-paranoides. Els "mecanismes de defensa" predominants serien, per aquest ordre, la somatització, l'escissió-dissociació, la projecció i identificació projectives massives, la negació, el control (omnipotent) de l'objecte...

6.4: Un gravíssim risc per a totes les elaboracions insuficients del dol migratori és la seva "cronificació medicalitzada" (Tizón, 1978, 1984, 1987), abusivament generalitzada en el medi del nostre estudi per causa d'una assistència sanitària iatrogènica, malbaratadora de recursos, insuficient, anàrquica, medicalitzadora, etc.

6.5: Aquest tipus de "resposta social" no fa sinó afavorir les ansietats persecutòries i les defenses "psicòtiques" dels trasplantats, la qual cosa contribueix a explicar el tipus de quadres que aquests presenten.

6.6: La perspectiva psicodinàmica que intenta explicar el per què de la descompensació psico(pato)lògica en persones que, mentre romangueren en el lloc d'origen, havien mantingut un cert equilibri psicofísic (o graus de desequilibri no considerats "patològics" pel seu ambient) seria, en resum, i seguint Calvo (1972), la següent:

La majoria es tracta de persones que mai no aconseguiren realment arribar a tenir una relació de dependència sana, ~~no~~ excessivament ambivalent, amb ~~ilurs~~ pares; o que hi mantenien una relació excessivament ansiosa o persecutòria. Els objectes primaris, per tant, foren introjectats de forma insegura, alterada, persecutòria, etc, a l'igual que la unitat originària. Un resultat pot ser que aqueixes persones necessitin^m contínuament la presència real d'aquests objectes materns, en la mesura que no han arribat a ser objectes interns suficientment contenidors, segurs i estructurants del seu món intern. Així, necessiten la presència real dels pares, germans, la terra, els hàbits d'origen, etc perquè aquests apaivaguen o serveixen per "negar" (en el sentit psicoanalític) els seus temors de buit intern, els seus sentiments de soledat. Aquesta afecció o vinde ansiós (Bowlby, 1968, 1969), que mantingueren ja des de la infantesa, en l'edat adulta els dificulta en més o menys mesura el procés d'integració i, amb ell, la conservació de la salut.

6.7: Les defenses més utilitzades en el dol migratori contra aqueixes ansietats que la migració implica, almenys en les persones que es descompensen i consulten, són les de dissociació-escissió, identificació projectiva, negació i somatització. D'ací la manifestació sovintejada del dol migratori insuficientment elaborat a través de quei-

xes corporals i d'expressions psicopatològiques somatitzades: en la nostra perspectiva, i d'acord amb Calvo (1972), la somatització és una expressió típica del dol migratori insuficientment elaborat.

6.8: Des d'una perspectiva sanitària, els nostres estudis ens han portat a definir la migració d'assalariats de forma prolongada o indefinida com un factor de risc per a la salut i, més específicament, com un factor de risc psicopatològic: tota trasplantació implica una sèrie de reajustaments en l'equilibri que anomenem salut, una part indivisible de la qual és la salut (mental) (per això el parèntesi: per remarcar la individualitat del concepte --i el sentiment-- de salut). Si aquest procés psicosocial de dol el realitza(en) una persona o persones amb alta vulnerabilitat personal, familiar o social (nuclis familiars desunits o patològics, antecedents de descompensacions anteriors, situació social molt límit o culturalment ^{acc}inadeptada, etc), es pot crear un marc biopsicosocial que afavoreixi la descompensació o trastorn amb probabilitats i formes d'expressió força conegudes i que més amunt hem resumit.

Resum de les conclusions dels nostres estudis empírics:

7.1: En els nostres estudis empírics hem utilitzat mostres d'estudiants universitaris, consultants en un centre mèdico-psicològic privat orientat cap a la psicoteràpia analítica, consultants de medicina de capçalera de l'INSALUD i l'ICS (tant de l'àrea suburbial com metropolitana), consultants de diversos dispositius de Neuropsiquiatria de l'INSALUD i l'ICS, consultants d'una UTH --Unitat Terapèutica d'Hospitalització o Clínica de Sector d'un Hospital Psiquiàtric--, residents en un servei per a deficients mentals, i tots els consultants d'un any en un servei psicosocial i psiquiàtric d'una barriada barcelonina amb alts índexs d'immigració i que, tant per les característiques de població com d'assistència, era difícil que acudissin a un altre ser-

vei psicosocial o psiquiàtric diferent sense que fos conegut pel nostre equip.

7.2: Els resultats del nostre estudi sostenen una bona part de les conclusions que hem exposat fins ara i tots ells incideixen a manifestar les difícils situacions psicosocials que han hagut de viure les persones immigrants a Catalunya que es descompensen des del punt de vista psicosocial, així com la poca protecció de la seva migració des d'aquests mateixos punts de vista: no hi hagueren serveis psicosocials d'ajuda al qui emigrava, estava en procés d'emigració o emigrà.

7.3: La qual cosa no significa que entre els trasplantats hi hagi més descompensacions psicopatològiques que entre els autòctons, aspecte que, com hem vist, solament resulta parcialment cert, tant en els nostres estudis com en altres anteriors, en els casos d'alcoholisme amb necessitat d'ingrés i en determinats tipus de psicosis (per exemple la psicosi esquizofrènica). Tanmateix, ^{que} sí hi ha proves que, quantitativament, els immigrants consulten més sovint per problemes considerats "funcionals" i consulten més que els autòctons en els (escassos i mal dotats) serveis públics ambulatoris de medicina de capçalera i psiquiatria actuals. Tot això es presta a una sèrie de consideracions que realitzem en els apartats metodològics i empírics d'aquest llibre.

7.4: Segons els nostres estudis, el retrat robot del típic immigrant a Catalunya que desenvolupa trastorns psicopatològics després de la trasplantació seria més o menys així:

- més sovint dona que no home,
- amb un quadre destacant de tipus depressiu atípic
- en el qual predomina l'expressió somatoforme, amb elements paranoïdes o ansietats persecutòries quasi conscients,
- numèricament més descompensat com més anys han passat des de la migració,
- amb clares dificultats psicosocials actuals i abans i durant

la trasplantació,

--amb una història plena de pèrdues i frustracions insuficientment elaborades des del punt de vista psicològic (no solament el de la trasplantació),

--habitualment cronificat,

--i cronificat mitjançant la inassistència, l'assistència deficient o la medicalització abusiva proporcionada per uns dispositius públics malbaratadors i iatrogènics,

--però que, tanmateix, consulta aquests serveis amb una freqüentació més gran que els autòctons

--i hi és diagnosticat de trastorns mentals més greus que aquests autòctons.

7.5: Una conclusió global: tant els nostres estudis com l'àmplia bibliografia internacional al respecte han d'obligar-nos a considerar la trasplantació psicosocial com un factor de risc sanitari i psicosocial important, la gravetat del qual depèn particularment de l'ajuda psicosocial que hom pugui prestar a aquest procés. Per tant, una política sanitària o de qualsevol tipus que es mostri cega davant aquesta mena de realitats, no és sinó una política que agreujarà els sofriments psicosocials (i biològics) de la població i que, tard o d'hora, porta a la creació de conflictes irresolubles a nivell individual i, potser, a nivell social.

7.6: En el mateix sentit, tota actuació política i/o administrativa que no estigui orientada cap a la integració assistida de l'immigrant en la cultura o subcultura receptora (i això tenint en compte la seva situació social habitualment inferioritzada i la sèrie de sofriments psicosocials que, generalment, els trasplantats arrosseguen), serà una política amb greus repercussions sanitàries, culturals i, en general, socials.

Conclusions sobre propostes assistencials

8.1: Segons la nostra opinió, l'acció preventiva i assisten-

cial sobre les repercussions de la migració sobre la salut ha de partir de tres premisses:

1) La millora dels dispositius d'atenció primària (millora que ha de suposar, entre altres coses, la inclusió de l'ajuda psicossocial dins aqueixa atenció primària a la salut).

2) La sensibilització del sistema professionalitzat dels equips sanitaris, pedagògics, socials, etc sobre aquests temes i aquestes perspectives.

3) La sensibilització, en el mateix sentit, del "sistema profà": personalitats públiques, administradors i polítics, xarxes associatives espontànies o mantingudes pels diversos aparells de l'estat i les administracions locals, nuclis vivencials naturals...

8.2: Almenys en aquests moments no ens semblarien útils o suficientment discriminatius i predictius estudis o exàmens sistemàtics a nivell psicològic de les poblacions sotmeses a una migració "organitzada", tot i que sí que som partidaris d'exàmens mèdics d'aquestes poblacions (i realitzats per equips sensibilitzats sobre els temes exposats en aquesta obra).

8.3: Però sí que seria útil l'existència de sistemes i dispositius d'ajuda psicossocial per a l'immigrant que els sol·licités. Creiem que l'existència d'una vertadera xarxa de serveis socials psicològicament influïts i orientats en aquest treball seria d'una importància cabdal per al benestar de la població immigrant que necessita ajuda per la seva migració, per altres motius... o per la migració de retorn.

8.4: El tipus de dispositius de prevenció i ajuda davant els riscos per a la salut que suposa el procés migratori es pot especificar segons els diversos moments de la trasplantació, molt esquemàticament, de la forma següent:

1) Abans de la trasplantació: la cosa fonamental és la sen-

sibilització social sobre la migració com a factor de risc per a la salut i l'existència de departaments o oficines per orientar els immigrants, almenys en el cas de les migracions massives. El tipus d'orientacions que els podrien proporcionar queda especificat en el capítol de "conclusions assistencials" d'aquest llibre.

2) Durant la trasplantació: és important que hi pogués haver una ajuda social i una possibilitat d'orientació psicològica i psiquiàtrica en els llocs de més trànsit d'emigrants: ports, aeroports, estacions terminals de ferrocarril...

3) Durant l'assentament és quan resulta més indispensable l'existència d'una xarxa d'Atenció Primària que funcionés adequadament i estigués sensibilitzada sobre aquests temes i, per als trasplantats amb dificultats, una xarxa de Serveis d'Atenció Primària sensibilitzats sobre el tema en els seus vessants psicològics, i no solament socials.

4) En els processos d'adaptació i integració tornaria a ser crucial l'existència d'aquesta xarxa d'Atenció Primària i, a més, de projectes lingüístics, culturals i polítics adequats tant de l'estat i les organitzacions autòctones com dels immigrants.

8.5: Una conclusió assistencial de tipus general és que, en el cas de l'assistència al procés migratori cal procurar "tecnocratitzar" tan poc com sigui possible l'assistència. Dins el nostre camp, cal procurar medicalitzar (o, en general, professionalitzar) al mínim possible l'assistència. Si s'ha de proporcionar per vies, dispositius o sistemes professionals, en aquests casos una bona assistència psico-social consistirà moltes vegades en:

a) Desmedicalitzar els problemes si ja estaven heteronomitzant-se per aqueixa via.

b) Proporcionar unes bones acollida i contenció als problemes o conflictes psicosocials.

c) Proporcionar mitjans, vies i contactes profans per a la

gran majoria de casos en què això és possible i no cal introduir el pacient en els sistemes especialitzats d'ajuda psiquiàtrica, psicosocial o hospitalària.

Per acabar, només voldríem insistir en una de les nostres propostes metodològiques: segons el nostre parer, convindria que, d'ara endavant, els estudis sobre migracions i salut (mental) consideressin la realitat que es tracta d'una relació complexa entre variables complexes i que qualsevol simplificació solament pot portar a conclusions precipitades i errònies sobre el tema. I aquestes conclusions errònies són rellevants no solament des del punt de vista científic, sinó també des del punt de vista tècnic: no hem d'oblidar que sota aquesta investigació científica, com sota moltes altres investigacions científico-tècniques, hi ha el desig de conèixer més la realitat i, també, de solucionar problemes. En aquest cas, en tractar-se d'una investigació aplicada o tecnològica l'objectiu de conèixer per solucionar problemes és evident des del principi. Al cap i a la fi, el que tractem és de conèixer més bé el problema per proporcionar ^{millor} vies de prevenció millors, ajuda i assistència per a les persones que hagin de sotmetre's al difícil procés psicosocial d'una migració prolongada o definitiva. Per això les conclusions simples o precipitades són perilloses no solament per l'aspecte de desconeixement o error científic que suposen sinó, sobretot, pels errors o insuficiències que puguin provocar en els intents d'ajudar els sofriments i esforços de l'emigrant qui, a fi de comptes, no és sinó un altre més dels éssers humans que pateixen... però que també gaudeixen i esperen.

Possibles annexos

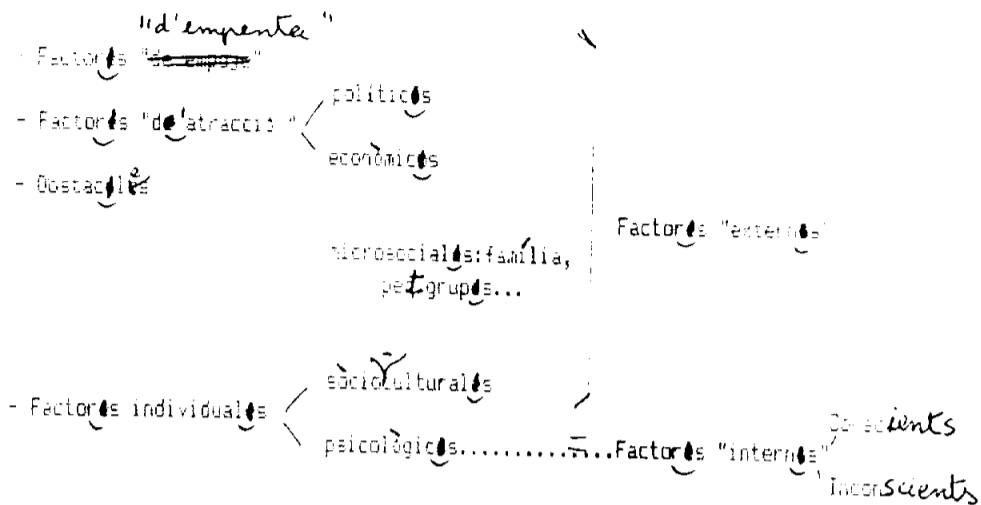
a) La migració i les institucions:

- . Programes d'ajuda a l'immigrant de Suècia, Israel, Caritas del franquisme, RFA...
- . Legislació espanyola sobre migracions
- . Conclusions sobre assistència a immigrants de les Assistentes Socials espanyoles de la Zona de Hesse (RFA)

b) Guió de l'entrevista sobre migracions i salut mental

U/E
Taula 1. NO INCLUÏDA EN EL TEST

Taula 1.
FACTORS DE LA MIGRACIÓ



Taula 3. Espanyols en el món (1986)

Taula 3. ESPAÑOLES EN EL MUNDO (1985)

| | |
|--------------------------|---------|
| Europa..... | 768.491 |
| Amèrica..... | 947.138 |
| Àfrica..... | 17.016 |
| Orient Mitjà i Àsia..... | 5.649 |
| Oceania..... | 22.569 |

Totals 1.760.859

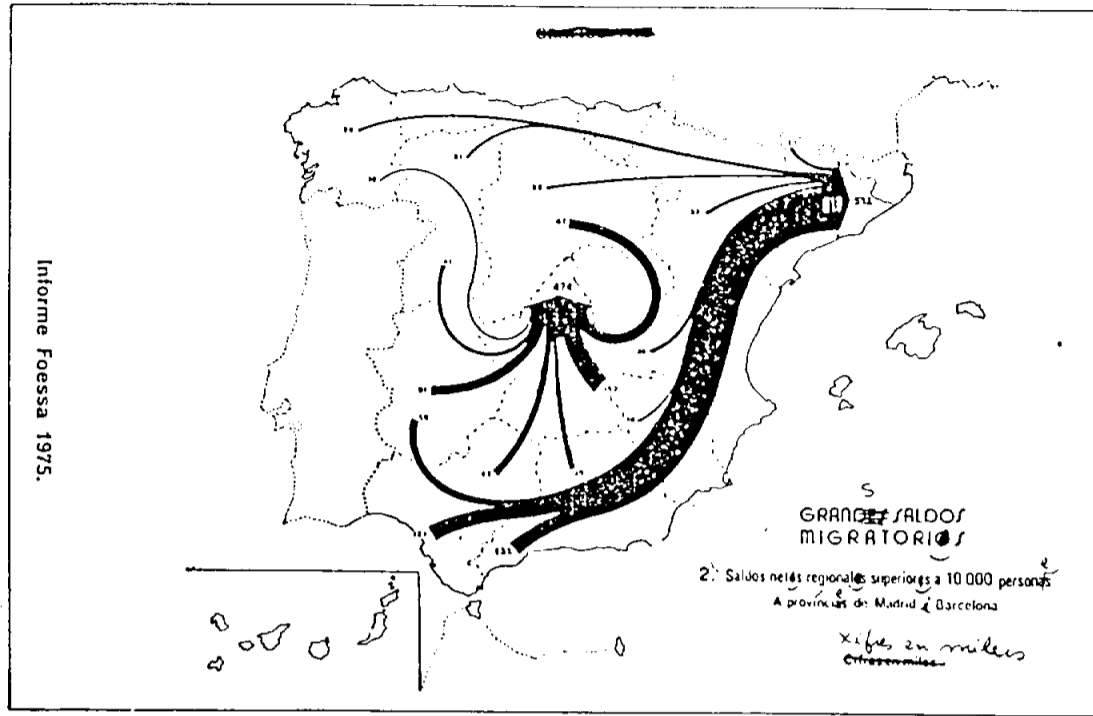
TAULA 2. MIGRACIONES EN ESPAÑA EN EL PRESENTE SIGLO (*)

| QUINQUENIOS | POBLACIÓ TOTAL | EMIGRACIÓ TRANSOCEÁNICA | EMIGRACIÓ A EUROPA | TEMPORERES A FRANCIA I SUÏSSA | MIGRACIÓ INTERIOR |
|-------------|----------------|-------------------------|--------------------|-------------------------------|---------------------|
| 1901-05 | | 379.113 | | | |
| 1906-10 | 19.995.700 | 720.201 | | | |
| 1911-15 | | 602.081 | | | |
| 1916-20 | 21.389.900 | 345.504 | | | |
| 1921-25 | | 361.701 | | | |
| 1926-30 | 23.677.800 | 229.377 | | | |
| 1931-35 | | 82.584 (comptab.) | | | centenars de milers |
| 1936-40 | 25.877.900 | 13.675 (comptab.) | 700-1.000.000 | ----- | centenars de milers |
| 1941-45 | | 18.315 | | | |
| 1946-50 | 27.976.800 | 135.487 | | | |
| 1951-55 | | 272.782 | 10.731 | 4.041 | |
| 1956-60 | 30.528.500 | 227.709 | 151.530 | 133.431 | |
| 1961-65 | | 144.176 | 1.023.968 | 453.952 | 1.915.602 |
| 1966-70 | 34.937.800 | 96.839 | 850.800 | 421.367 | 1.804.123 |
| 1971-75 | | | | | 1.904.032 |

(*) Datos elaborados a partir de J. Cardelús y A. Pascual: Movimientos Migratorios y organización social. Ed. Península, Barcelona 1979.

Taula 4. Fluxos de la migració interior a Madrid i Barcelona (1975)

Taula 4. Flujos de la migración interior a Madrid y Barcelona (1975)



Taula 19.

Resumen del estudio de F. Calvo (1972)

| | N. | Inmigrantes | | Autóctonos | | (**) | | Pacientes "funcionales" entre los inmigrantes % | Pacientes "funcionales" entre los autóctonos % | (***) | |
|--|---------------|---------------|-------|---------------|-------|--------|-------|---|--|-------|------|
| | | N | % | N | % | Z | p | | | Z | p |
| Población de la "Plana de Vic" 1971(*) | 89.132 (1970) | 12.900 (1970) | 13(*) | 86.232 (1970) | 87(*) | - | - | - | - | - | - |
| Estudio de Calvo (1971) | 1123 | | 39 | | 61 | 25.908 | 0,001 | - | - | - | - |
| Medicina General | 491 | 162 | 33 | 329 | 67 | 13.178 | 0,001 | 22 | 21 | 0.254 | n.s. |
| Neuropsiquiatría | 275 | 121 | 44 | 154 | 56 | 15.286 | 0,001 | - | - | - | - |
| Ginecología | 103 | 55 | 53 | 48 | 47 | 12.071 | 0,001 | 38 | 21 | 1.876 | n.s. |
| Digestología | 126 | 40 | 32 | 86 | 68 | 6.342 | 0,001 | 54 | 58 | 0.422 | n.s. |
| "Pulmón y Cor" | 87 | 37 | 42 | 50 | 58 | 8.043 | 0,001 | 35 | 16 | 2.049 | 0,05 |
| Urología | 41 | 13 | 32 | 28 | 68 | 3.618 | 0,001 | 19 | 16 | 0.238 | n.s. |

(*) Estimaciones a partir del censo de 1970.

(**) Prueba de comparación de una proporción observada a una proporción teórica. Indica si, en relación a la población general, existe un porcentaje superior de inmigrantes que acude a cada una de las consultas.

(***) Prueba de comparación de dos proporciones. Indica si existe diferencia significativa entre los porcentajes de pacientes "funcionales" inmigrantes o autóctonos en cada una de las consultas.

(*) Estimacions a partir del cens de 1970.

(**) Prova de comparació d'una proporció observada a una proporció teòrica. Indica si, en relació amb la població general, hi ha un percentatge superior d'immigrants que acudeix a cada una de les consultes.

(***) Prova de comparació de dues proporcions. Indica si hi ha diferència significativa entre els percentatges de pacients "funcionals" immigrants o autòctons en cada una de les consultes.

TAULA 5: EVOLUCIÓ DE LA IMMIGRACIÓ A CATALUNYA (1877-1981)

Notes: La Immigració a Catalunya: Evolució i Cultura
 Reflexions crítiques sobre la cultura catalana,
 Departament de Cultura de la Generalitat de Catalunya, Barcelona 1983.

| Any | Barcelona-província | | Girona-província | | Lleida-província | | Tarragona-província | | Catalunya | |
|------|---------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | populació total | saldo migratori | populació total | saldo migratori | populació total | saldo migratori | populació total | saldo migratori | populació total | saldo migratori |
| 1877 | 836.887 | | 299.702 | | 285.339 | | 330.105 | | 1.752.033 | -16.024 |
| 1887 | 902.970 | | 306.583 | | 285.417 | | 345.579 | | 1.843.549 | 91.516 |
| 1897 | 1.035.011 | | 299.074 | | 275.191 | | 336.031 | | 1.945.307 | 101.758 |
| 1900 | 1.054.541 | | 299.287 | | 274.590 | | 337.964 | | 1.966.382 | 21.075 |
| 1910 | 1.141.733 | 57.122*** | 319.679 | -523*** | 284.971 | -5.122*** | 338.485 | -20.969*** | 2.084.868 | 118.486 |
| 1920 | 1.345.382 | 205.174*** | 325.619 | -4.372*** | 314.670 | 16.492*** | 355.148 | 6.997*** | 2.344.719 | 259.851 |
| 1930 | 1.800.638 | 376.001*** | 325.551 | -15.036*** | 314.435 | -20.171*** | 350.668 | -18.879*** | 2.791.292 | 440.573 |
| 1940 | 1.931.875 | 132.597** | 322.360 | 82*** | 297.440 | -18.658*** | 339.299 | -6.898*** | 2.890.974 | 99.682 |
| 1950 | 2.232.119 | 231.906*** | 327.321 | -299*** | 324.062 | 15.252*** | 356.811 | 9.859*** | 3.240.313 | 349.249 |
| 1960 | 2.877.966 | 449.656*** | 351.369 | 10.359*** | 333.765 | -11.791*** | 362.679 | -0.337*** | 3.925.871 | 685.460 |
| 1970 | 3.929.194 | 649.441*** | 414.397 | 38.662*** | 337.680 | -11.962*** | 431.961 | 43.736*** | 5.122.567 | 1196.696 |
| 1981 | 4.623.204* | 218.293* | 467.000* | 21.672* | 353.160* | -11.440* | 513.050* | 43.673* | 5.988.283* | 850.677* |
| 1971 | | 206.995* | | 14.864* | | -8.417* | | 30.952* | | 244.394* |
| 1975 | | 11.298* | | 6.808* | | -3.023* | | 12.718* | | 22.625* |

(Quadre elaborat amb les dades de J. Iglesias (*), J. Vandellós (**), L. Recolons (***) i J. Capellades (*))

ANEXO I. MOMENTOS DE LA MIGRACION INTERREGIONAL EN ESPAÑA (1970-1974)

Provincia de destino Provincia ~~de origen~~ de Arribada

| Provincia de destino | Castilla | Galicia | Asturias | León | País Vasco | TOTAL |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Castilla | 12.417 | 8.706 | 10.786 | | | 31.909 |
| Galicia | 61.714 | 800 | 1.100 | | | 63.614 |
| Asturias | 1.824 | 31.101 | 1.358 | | | 34.283 |
| León | 1.002 | 1.581 | 22.457 | | | 25.040 |
| TOTAL | 17.057 | 12.668 | 36.694 | 34.343 | 44.893 | 145.655 |

ANEXO II. MOMENTOS DE LAS FASES DE UNA MIGRACION

(I) Emigración o la migración ----> (II) Migración

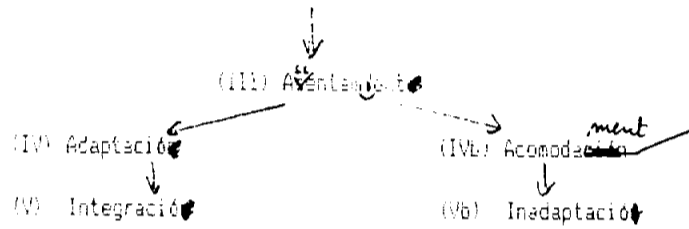
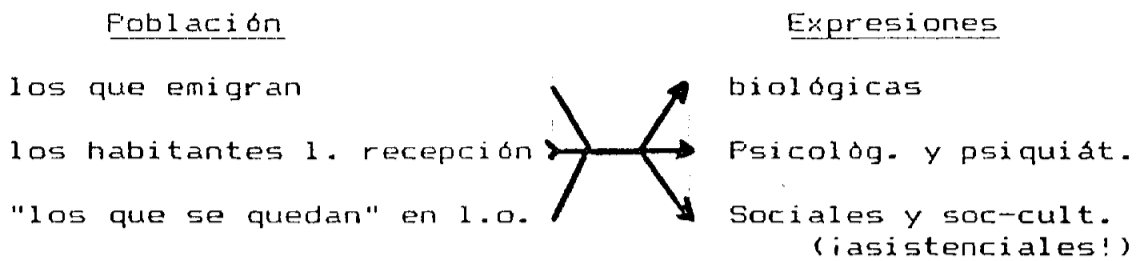


Tabla 9.
(extensión a partir de agosto de 1980, con los datos de la encuesta original y figuras)

REPERCUSIONES DE LAS MIGRACIONES DE POBLACIONES



REPERCUSIONES PSIQUIATRICAS

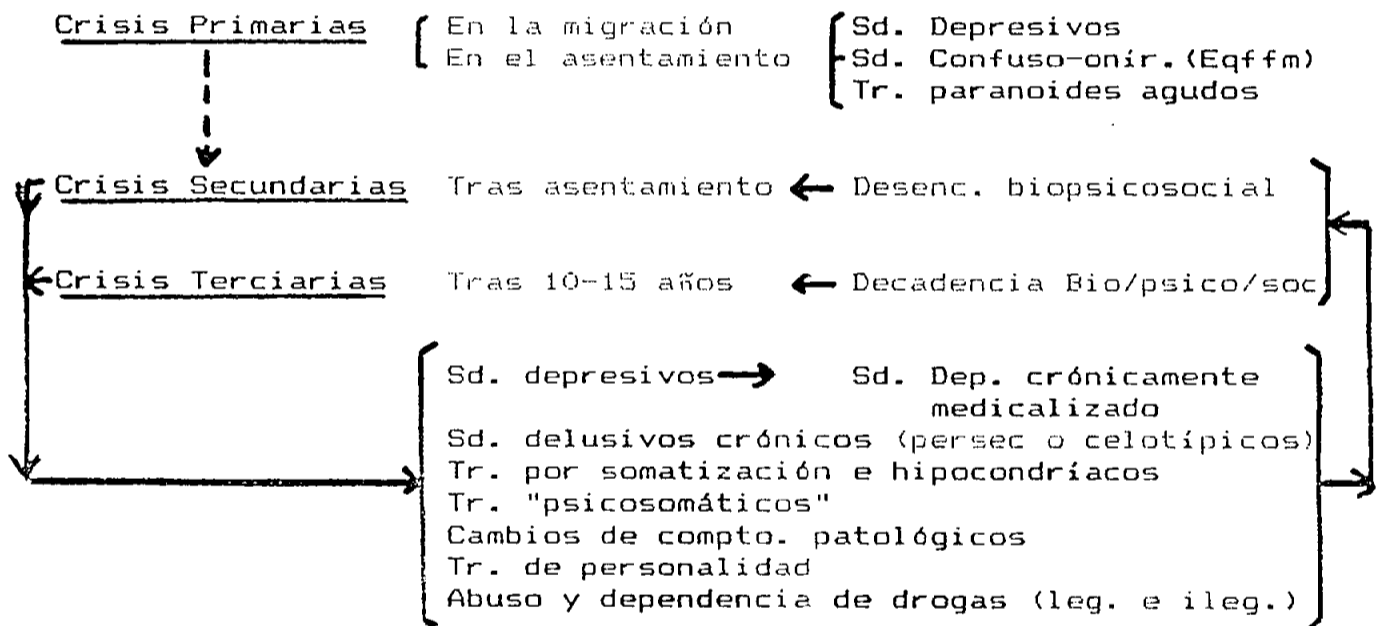
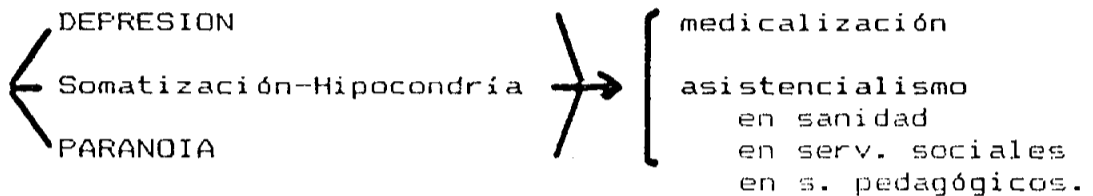


TABLA 9. PROCEDENCIA DE LA POBLACION EN LAS DIVERSAS ZONAS

ESTUDIOS

DELS PRIMERS

(Font: Padró Estadístic, 1980)

| | BARCELONA | SABADELL | ZONA UTH SANT BOI | CATALUNYA |
|--------------------------|--------------------|------------------|----------------------|--------------------|
| ANDALUSIA EXTREMADURA | 229.343 13,1% | 51.011 27,9% | 167.678 23,1% | 566.319 11,2% |
| ARAGO | 86.025 4,9% | 4.156 2,3% | 27.476 3,8% | 178.418 3,5% |
| CANARIAS | 1.933 0,1% | 25 0 % | 648 0,1% | 3.927 0,1% |
| CASTELLA i LEO | 146.080 8,4% | 8.738 4,8% | 57.619 8,00% | 351.589 7,0% |
| CATALUNYA | 1.077.956 61,7% | 101.889 55,7% | 398.227 55,0% | 3.486.310 69,0% |
| BALEARIS | 6.348 0,4% | 160 0,1% | 1.726 0,2% | 10.410 0,2% |
| GALIZIA i ASTURIAS | 56.457 3,2% | 1.796 1,0% | 17.301 2,4% | 104.949 2,1% |
| PAIS VALENCIA MURCIA | 94.767 5,4% | 12.536 6,9% | 37.081 5,1% | 244.945 4,8% |
| PAIS BASC | 8.872 0,5% | 209 0,1% | 2.539 0,4% | 15.751 0,3% |
| ALTRES | 40.360 2,3% | 2.396 1,3% | 14.377 2,0% | 92.933 1,8% |
| TOTAL | 1.748.141 100% | 182.916 100% | 724.672 100% | 5.055.551 100% |

Tabla. ^{de} ~~Consultantes en las diversas disciplinas~~ ^{de} ~~Procedencia de la población en sus zonas o sectores~~ ^{de} ~~d'influencia (estudios parciales iniciales: ~~1982~~)~~ ^{los neves}

| | | Autóctonos | Emigrantes | Totales |
|------------------|---|------------|------------|---------|
| INSALUD Sabadell | | | | |
| N | | 29 | 94 | 123 |
| Mostra | % | 23,6% | 76,4 % | 100 % |
| Població general | | 55,7 % | 44,3 % | 182.916 |

| | | | | |
|----------------------------|---|--------|--------|-----------|
| INSALUD Verneda-Sant Martí | | | | |
| N | | 29 | 30 | 59 |
| Mostra | % | 49,2 % | 50,8 % | 100 % |
| Població general | | 61,7 % | 38,3 % | 1.748.141 |

| | | | | |
|---|---|--------|--------|---------|
| Unitat ^{de} Terapèutica ^{de} Hospitalització de Sant Boi | | | | |
| N | | 4 | 35 | 39 |
| Mostra | % | 10,3 % | 89,7 % | 100 % |
| Població General | | 55 % | 45 % | 724.672 |

Taula 11. Diagnòstic i lloc d'origen: I.P.S.A. i centres (estudi a parciais inicials)

| | | Immigrants | Autòctons |
|--|---|------------|-----------|
| Neurosi (300.) | | | |
| N | | 49 | 19 |
| % | | 57,8 % | 32,2 % |
| Transtorm de personalitat (sense dg. de psicosis) (301.) | | | |
| N | | 17 | 5 |
| % | | 73,3 % | 22,7 % |
| Psicosis (290.) | | | |
| N | | 22 | 6 |
| % | | 78,5 % | 20,5 % |
| Dep. alcohòlica (303') | | | |
| N | | 1 | 1 |
| % | | -- | -- |
| Tr. Infants (313.) | | | |
| N | | 1 | 16 |
| % | | 5,9 % | 94,1 % |
| TOTALS | N | 82 | 47 |
| | % | 63,6 % | 36,4 % |

Taula 12. Diagnòstic i centre de consulta en els nostres nostres primers estudis

| Grup | Dg. | Neurosi | | Tr. Personalitat | | Psicosis | | TOTALS | |
|---------|------------|---------|------|------------------|------|----------|------|--------|-----|
| | | n | % | N | % | n | % | n | % |
| C.M.P. | Autòctons | 126 | 50,2 | 101 | 41,2 | 21 | 8,6 | 248 | 100 |
| | Immigrants | 80 | 47,6 | 72 | 42,9 | 16 | 9,5 | 168 | 100 |
| INSALUD | Autòctons | 13 | 48,1 | 9 | 33,3 | 5 | 18,5 | 27 | 100 |
| | Immigrants | 37 | 47,4 | 15 | 23,1 | 23 | 29,5 | 78 | 100 |
| TOTALS | | 256 | | 210 | | 65 | | 521 | |

Tabla 1.2. Características de la población general y de la muestra en el estudio "La Verneja-La Pau".

| | POBLACIÓ | | MOSTRA | |
|--|----------|------|---------------|------|
| | N | % | N | % |
| N | 72.858 | 100 | 1184--948max. | 100 |
| Sexo M | 35.851 | 49'2 | 342 | 43'5 |
| Sexo F | 37.007 | 50'8 | 444 | 56'5 |
| <u>Procedencia</u> | | | | |
| Autòctons | 39.909 | 54'8 | 392 | 47'0 |
| Immigrants | 32.949 | 45'2 | 442 | 53'0 |
| Andalúcia <i>Ulec'</i> | 12.052 | 16'5 | 163 | 20'1 |
| Cast., Ext., León | 9.381 | 12'9 | 122 | 14'6 |
| Nord de Aragó | 6.130 | 8'4 | 68 | 8'1 |
| <u>Edat (N=948)</u> | | | | |
| 0 -14 | 18.104 | 24'8 | 190 | 20'0 |
| 15-24 | 12'623 | 17'3 | 105 | 11'1 |
| 25-44 | 18'657 | 25'6 | 296 | 31'2 |
| 45-54 | 10.599 | 14'5 | 159 | 16,8 |
| 55-64 | 7'502 | 10'3 | 126 | 13'3 |
| 65 y + | 5328 | 7'3 | 72 | 7'6 |
| <u>Professió</u> | | | | |
| Directives | 1.081 | 3'6 | | |
| C. superiors | 1.463 | 5'1 | | |
| Administratives, vendedors... | 6.028 | 20'8 | | |
| Obrers | 10.127 | 35 | | |
| No consta | 8.822 | 30'5 | | |
| <u>Clase social HPAB</u> | | | | |
| Alta | | | 0 | 0 |
| Mitjana-Alta | | | 1 | 0'1 |
| Mitjana Medio-Medio <i>Mitjana</i> | | | 20 | 2'5 |
| Mitjana Medio-Baja | | | 125 | 15'8 |
| "Treballadora" | | | 611 | 77'3 |
| Indigents, Any marginats | | | 33 | 4'2 |
| <u>Any de lligada d'arrivada</u> | | | | |
| després després del 75 | 2.398 | 3'3 | | |
| 71-75 | 3.542 | 4'9 | | |
| 66-70 | 7.655 | 10'5 | | |
| 61-65 | 7.863 | 10'8 | | |
| 51-60 | 8.728 | 12 | | |
| 41-50 | 4.165 | 5'7 | | |
| abans abans del 41 | 3.019 | 4'1 | | |
| de Barcelona | 34.980 | 48 | | |
| <u>Diagnòstic</u> | | | | |
| Tr.no psicòtic en niets infants | | | 158 | 21'1 |
| Psicosi | | | 92 | 12'3 |
| Tr. de personalitat sense dg. de psicosis | | | 74 | 9'9 |
| "Neurosi" | | | 346 | 46'3 |
| Altres Altres | | | 78 | 10'4 |

Tabla 2. Procedencia de los consultantes de los barrios de La Verneda y La Pau (N, % de las filas, % de las columnas)

| Comunitat Autònoma | Adultos (+de 14 anys) | | | | Infants Niños | | | |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------|-------------|------------|---------------|-------------|-------------|--------------|
| | I.I. | A.A. | A.I. | Totals | I.I. | A.A. | A.I. | Totals |
| Andalucía | 159 | | | | 3 | | | |
| | 100 | | | | 100 | | | |
| | 38'5 | | | | 33'3 | | | |
| Aragón | 30 | | | | | | | |
| | 100 | | | | | | | |
| | 7'3 | | | | | | | |
| Asturias | 8 | | | | | | | |
| | 100 | | | | | | | |
| | 1'9 | | | | | | | |
| Baleares | | | | | 1 | | | |
| | | | | | 100 | | | |
| | | | | | 11'1 | | | |
| Canàries | 2 | | | | | | | |
| | 100 | | | | | | | |
| | 0'5 | | | | | | | |
| Cantàbria | 1 | | | | | | | |
| | 100 | | | | | | | |
| | 0'2 | | | | | | | |
| Castèlla-La M. | 67 | | | | 2 | | | |
| | 100 | | | | 100 | | | |
| | 16'2 | | | | 22'2 | | | |
| Cast. ^{Lleó} León | 22 | | | | | | | |
| | 100 | | | | | | | |
| | 5'3 | | | | | | | |
| Com. Valenciana | 13 | | | | | | | |
| | 100 | | | | | | | |
| | 3'1 | | | | | | | |
| Catalunya | | 81 | 127 | 208 | | 44 | 130 | 174 |
| | | 38'9 | 61'1 | 33'5 | | 25'3 | 74'7 | 95'1 |
| | | 100 | 100 | | | 100 | 100 | |
| Extremadura | 30 | | | | 1 | | | |
| | 100 | | | | 100 | | | |
| | 7'3 | | | | 11'1 | | | |
| Euskadi | 7 | | | | | | | |
| | 100 | | | | | | | |
| | 1'7 | | | | | | | |
| Galiza | 31 | | | | | | | |
| | 100 | | | | | | | |
| | 7'5 | | | | | | | |
| Múrcia | 34 | | | | 1 | | | |
| | 100 | | | | 100 | | | |
| altres | 8'2 | | | | 11'1 | | | |
| Otros | 9 | | | | 1 | | | |
| | 100 | | | | 100 | | | |
| | 2'2 | | | | 11'1 | | | |
| TOTALS | 413 | 78 | 125 | 621 | 9 | 44 | 130 | 183 |
| % | 66'2 | 13 | 20'8 | 100 | 4'9 | 24'0 | 71'0 | 100'0 |

Tabla 15 Diagnòsticos y procedencia de los consultantes

| Procedencia | I.I. | | | | A | | Totales |
|--|------|------|--------------|-------|------|------|---------|
| | I.I. | A.A. | A.I. Totales | | A | I | |
| Diagnòsticos | | | | | | | |
| Muestra global | | | | | | | |
| Tr.no psicòticos | 9 | 35 | 114 | 158 | 153 | 9 | 162 |
| en estos <i>infants</i> | 5'7 | 22'2 | 72'2 | 21'1 | 94'4 | 5'6 | 21'3 |
| | 2'3 | 31'5 | 47'5 | | 42'6 | 2'2 | |
| Psicosis | 68 | 6 | 18 | 92 | 24 | 71 | 95 |
| | 73'9 | 6'5 | 19'6 | 12'3 | 25'3 | 74'7 | 12'5 |
| | 17'1 | 5'4 | 7'5 | | 6'7 | 17'6 | |
| Tr.de personalidad | 52 | 10 | 12 | 74 | 24 | 52 | 76 |
| <i>senyera</i> dg.de psicosis | 70'3 | 13'5 | 16'2 | 9'9 | 31'6 | 68'4 | 10'0 |
| | 13'1 | 9'0 | 5'0 | | 6'7 | 12'9 | |
| Neurosis | 237 | 44 | 65 | 346 | 111 | 239 | 350 |
| | 68'5 | 12'7 | 18'8 | 46'3 | 31'7 | 68'3 | 45'9 |
| | 59'7 | 39'6 | 27'1 | | 30'9 | 59'3 | |
| Otros <i>altres</i> | 31 | 16 | 31 | 78 | 47 | 32 | 79 |
| | 39'7 | 20'5 | 39'7 | 10'4 | 59'5 | 40'5 | 10'4 |
| | 7'8 | 14'4 | 12'9 | | 13'1 | 7'9 | |
| Columna | 397 | 11 | 240 | 748 | 359 | 403 | 762 |
| | 53'1 | 14'8 | 32'1 | 100'0 | 47'1 | 52'9 | 100 |
| Solament en <i>adultos</i> | | | | | | | |
| Psicosis | 67 | 5 | 16 | 88 | 21 | 70 | 91 |
| | 76'1 | 5'7 | 18'2 | 16'1 | 23'1 | 76'9 | 16'4 |
| | 17'4 | 7'5 | 17'4 | | 12'9 | 17'9 | |
| Tr.de personalidad | 52 | 10 | 11 | 88 | 23 | 52 | 75 |
| <i>senyera</i> dg.de psicosis | 71'2 | 13'7 | 15'1 | 13'4 | 30'7 | 69'3 | 13'5 |
| | 13'5 | 14'9 | 12'0 | | 14'1 | 13'3 | |
| Neurosis | 236 | 40 | 53 | 329 | 95 | 238 | 333 |
| | 71'7 | 12'2 | 16'1 | 60'4 | 28'5 | 71'5 | 60'0 |
| | 61'1 | 59'7 | 57'6 | | 58'3 | 60'7 | |
| Otros <i>altres</i> | 31 | 12 | 12 | 55 | 24 | 32 | 56 |
| | 56'4 | 21'8 | 21'8 | 10'1 | 42'9 | 57'1 | 10'1 |
| | 8'0 | 17'9 | 13'0 | | 14'7 | 8'2 | |
| Columna | 386 | 67 | 92 | 545 | 163 | 392 | 555 |
| | 70'8 | 12'3 | 16'9 | 100'0 | 29'4 | 70'6 | 100'0 |

Table 19 (Cont.)

MENORES DE 14 A

| | | | | | | | |
|---|-------------------|--------------------|--------------------|--------------|---------------------|-------------------|--------------|
| Psicosis† | 1 25'0 12'5 | 1 25'0 2'4 | 2 50'0 1'6 | 4 2'3 | 3 75'0 1'7 | 1 25'0 12'5 | 4 2'2 |
| Tr. no psicóticos no englobados en ^{los} ségs. grupos | 6 4'5 75'0 | 32 24'2 78'0 | 94 71'2 73'4 | 132 74'6 | 130 95'6 75'1 | 6 4'4 75'0 | 136 75'1 |
| *Neurosis† | 1 5'9 12'5 | 4 23'5 9'8 | 12 70'6 9'4 | 17 9'6 | 16 94'1 9'2 | 1 5'9 12'5 | 17 9'4 |
| Otros <i>altus</i> | | 4 17'4 9'8 | 19 82'6 14'8 | 23 13'0 | 23 100'0 13'3 | | 23 12'7 |
| Columna | 8 4'5 | 41 23'2 | 128 72'3 | 177 100'0 | 173 95'6 | 8 4'4 | 181 100'0 |

Tabla 16. Existencia de somatizaciones abundantes en los consultantes, según su procedencia.

| Somatizaciones abundantes | SI | NO | Totales |
|--|---------------------|---------------------|--------------|
| <i>Procedencia</i> | | | |
| <i>Muestra global</i> | | | |
| Autóctonos | 183 53'4 37'0 | 160 46'6 64'3 | 343 46'1 |
| Inmigrantes | 312 77'8 63'0 | 89 22'2 35'7 | 401 53'9 |
| Columna | 495 66'8 | 249 33'2 | 744 100'0 |
| <i>Procedencia de la madre</i> (muestra global) | | | |
| Madre Autóctona | 64 | 47 | 111 |
| Madre | 57'7 12'9 | 42'3 19'1 | 15'0 |
| Madre No Autóctona | 431 | 199 | 630 |
| Madre | 68'4 87'1 | 31'6 80'9 | 85'0 |
| Columna | 495 66'8 | 246 33'2 | 741 100'0 |
| <i>SOLAMENTE</i> SOLO ADULTOS | | | |
| I.I. | 307 70'7 79'5 | 79 54'9 20'5 | 386 66'8 |
| A.A. | 49 11'3 63'6 | 28 19'4 36'4 | 77 13'3 |
| A.I. | 78 18'0 67'8 | 37 25'7 32'2 | 115 19'9 |
| Columna | 434 75'1 | 144 24'9 | 578 100'0 |

Tabla 16 (Cont.)

SOLAMENTE
SOLO ADULTOS

| | | | |
|-------------------------|---------------------|--------------------|--------------|
| Autóctono | 131 66'8 29'7 | 65 33'2 44'2 | 196 33'3 |
| ^m Inmigrante | 310 79'1 70'3 | 82 20'9 55'8 | 392 66'7 |
| Columna | 441 75'0 | 147 25'0 | 588 100'0 |

SOLAMENTE
SOLO MENORES DE 14 a.

| | | | |
|---------|--------------------|--------------------|--------------|
| A.A. | 12 38'8 24'5 | 19 61'2 20'5 | 31 100'0 |
| A.I. | 37 33'4 75'5 | 74 66'6 79'5 | 111 100'0 |
| Columna | 49 34'5 | 93 65'4 | 142 100'0 |

Taula 17. Variables que intervenen en la relació migració - trastorn mental

I. Variables que operen abans de la migració

1. Variables antropològiques: edat, sexe i 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) que el portaren a escollir i traslladar-se al nou medi

II. Variables que operen durant la migració

6. Ansietats i dificultats durant el canvi

III. Variables que operen després de la migració

7. Actitud del medi en relació amb l'immigrant
 - 7.1. Cohesió del grup d'immigrants
 - 7.2. Relacions autòctons-immigrants i política de l'estat
 - 7.3. Culturització, adaptació i pressions del medi en relació amb la migració
 - 7.4. Oportunitats laborals i econòmiques
8. Capacitat de contenció del medi que envolta l'immigrant
9. Compliment de les expectatives de l'immigrant i el seu microgrup social
10. Variables antropològiques que operen després de la migració: edat, sexe i personalitat de l'immigrant
11. Experiències vitals després de la migració

IV. Influències transgeneracionals

^u ^{Percentatge}
Tabla 19. Percentatge de suïcidis en relació amb la procedència

| Procedència | Suïcidis | Percentatge sobre la població general de Catalunya |
|-------------------|----------|--|
| Catalunya | 38'10 % | 52'10 % |
| Andalusia | 36'10 | 11'07 |
| Extremadura | 5'75 | 1'04 |
| Castella la Nova | 4'17 | 3'14 |
| Múrcia | 3'37 | 2'93 |
| Castella la Vella | 2'98 | 2'51 |
| Galícia Galiza | 2'58 | 2'56 |
| Aragó | 2'38 | 5'01 |
| Estranger | 2'16 | 2'00 |
| València | 1,75 | 3'01 |
| Total immigrants | 61'90 | 47'90 |

^u
Tabla 19. Resum de l'estudi de F. Calvo (1972)

→ *otra hoja*

(es troba després de la taula 4)

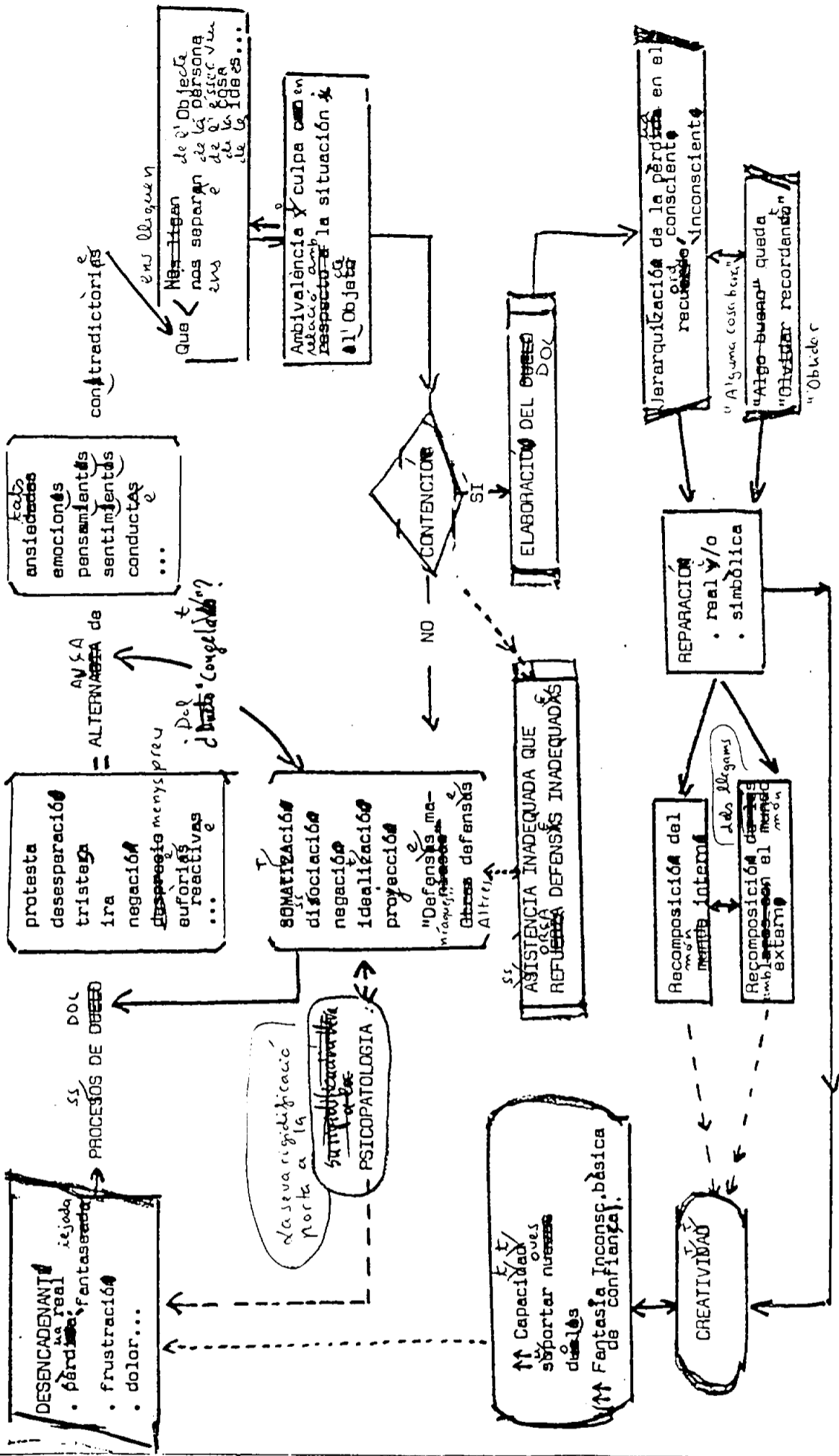
Tabla 20. Composición de la población general y de la potencialmente "atendida" en diversos dispositivos públicos investigados

| Consultas de | Población general | | Z (**) | p |
|---|-------------------|-----------------|-----------|-------|
| | Autóctonos % | Emigrantes % | | |
| Neuropsiquiatría de Zona Sabadell (1980) | 55,7 14 | 44,3 66 | 8,096 | 0'001 |
| Neuropsiquiatría de Zona Mollet (1980) | 49'7 18 | 50'3 62 | 6,340 | 0'001 |
| Neuropsiquiatría de Zona Martorell (1980) | 59'7 20 | 40'3 60 | 9,913 | 0'001 |
| Neuropsiquiatría de Zona Vic (1971) | 87 56 | 13 44 | 15,286 | 0'001 |
| Neuropsiquiatría de Zona La Verneda (1985-86) | 392 54'8 | 442 45'2 | 4,526 | 0'001 |
| Unidad Terapéutica de Hospitalización Sectorizada del Baix Llobregat (internamentes 1er. trimestre 1983) | 55 10'3 | 45 89'7 | 5,615 | 0'001 |

(**) Prueba bilateral de comparación de una proporción observada a una proporción teórica.

Taula 22

Representació esquemàtica dels processos de dolor



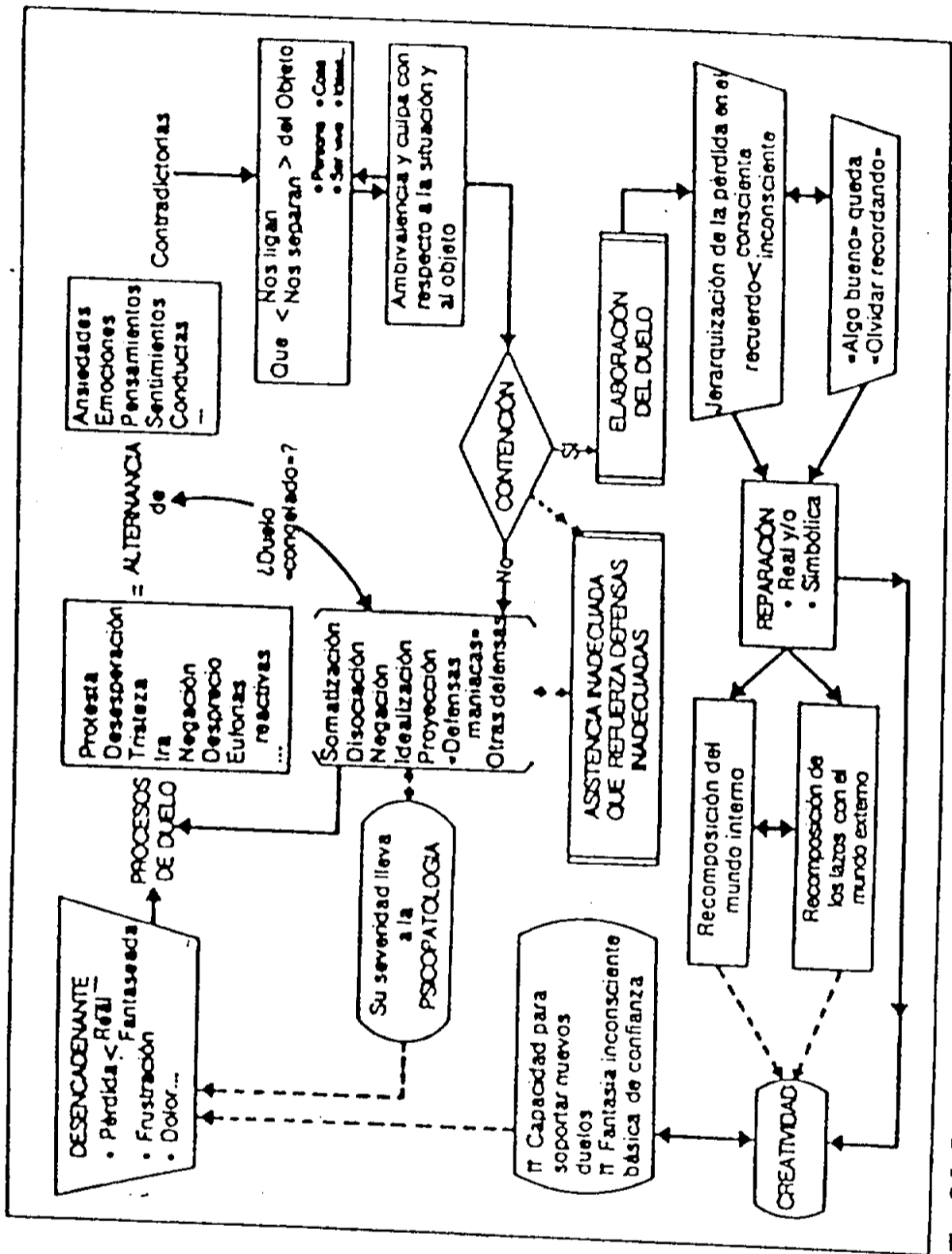


Fig. 3.2. Representación esquemática de los procesos de duelo.

u
 Tabla 21. FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS ATENCIONES MEDICAS DE LOS MIGRANTES

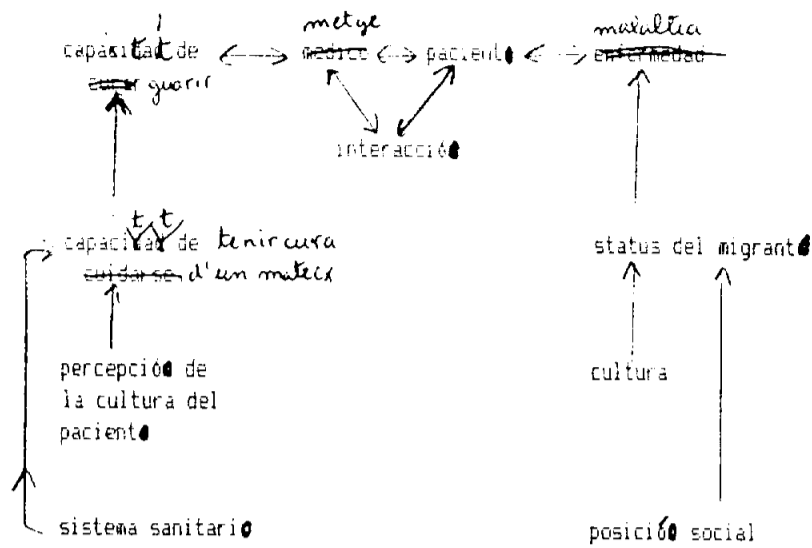


Tabla 22. QUADRE ESQUEMATIC DE LA ELABORACIÓ DEL DOL

u
 Tabla 23. ESQUEMA DEL PROCÉS (PSICOSOCIAL) DEL DOL MIGRATORI

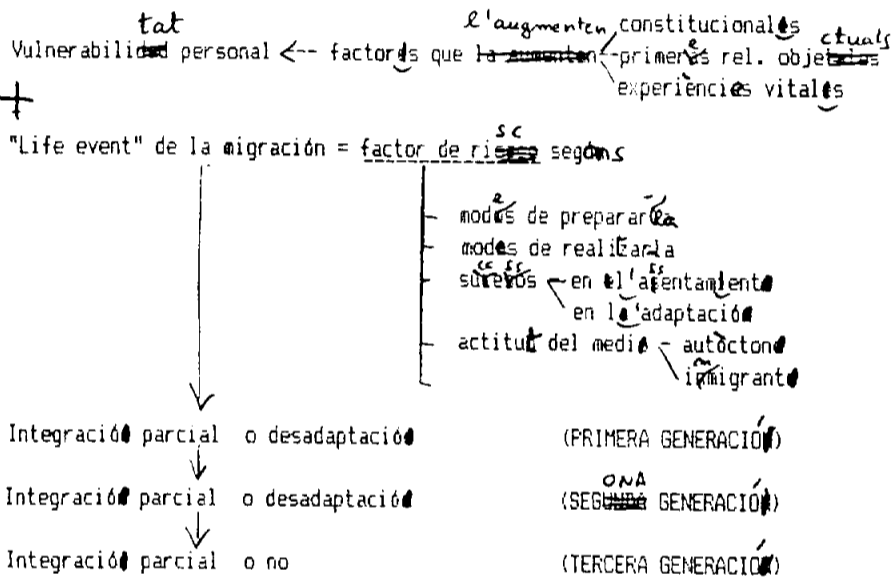
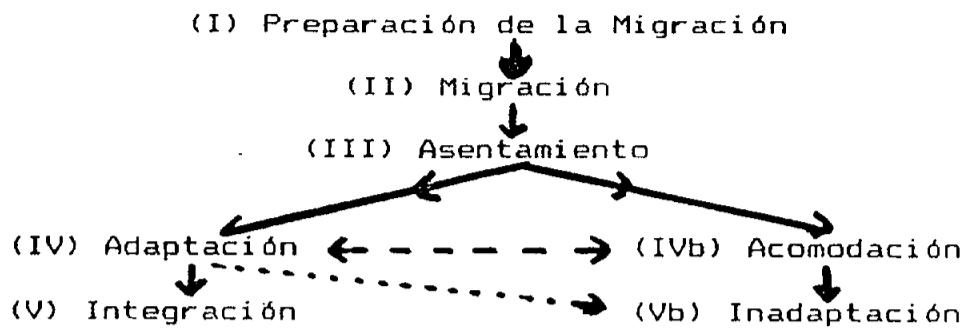


Tabla 2.3

Momentos o fases de una Migración



Esquema del proceso (PSICOSOCIAL) del DUELO MIGRATORIO

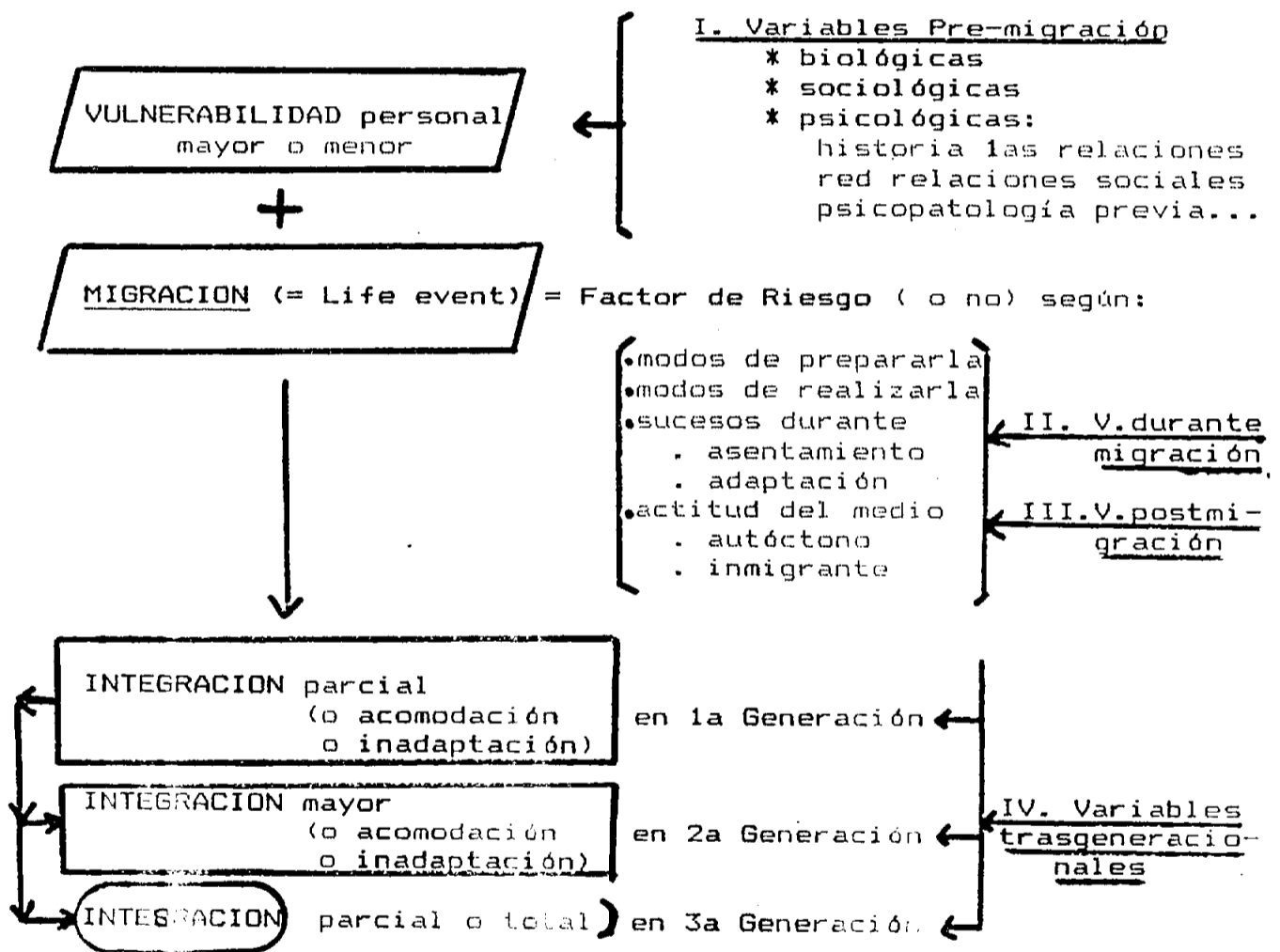
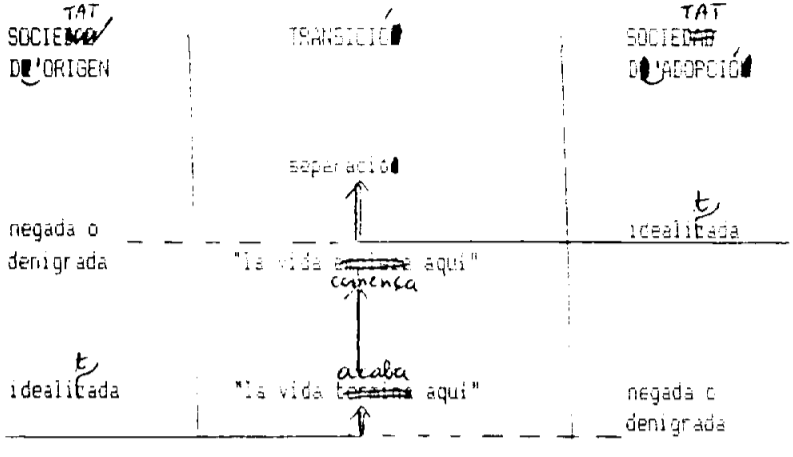


Tabla 24. Repetición de la tabla "Variables intervinientes en la relación migraciones - trastorno mental".

Tabla 25. Divergencias entre la idealización y la denigración de la tierra y sociedad de origen y adaptación de ~~de~~ emigrante.



(Derivada de Siuzki, 1979).

.....

↓

Tabla 36

ESTEREOTIPO DEL INMIGRANTE (asalariado) A CATALUNYA
CON TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS LIGADOS AL TRASPLANTE

- * + M / H
con sd. depresivo atípico
con expresión somatoforme
y/o elementos paranoides
o ansiedades persecutorias casi conscientes
con dificultades psicosociales actuales
con +++ duelos insuficientemente elaborados
habitualmente cronificado
y cronificado en la somatización y en la medicalización



ESTUDIO en LA VERNEDA - LA PAU



- * Apoyo de la hipótesis básica (Somatización = expresión típica del duelo migratorio insuficientemente elaborado). (Figura)

- * Descripción más completa:

- ** I. consultan más que los Autóctonos (en Equipos Fq.)
- ** + los andaluces y castellanos
- ** reciben los diagnósticos más graves
(más dg. de psicosis; y más, los andaluces)
- ** migración más temprana en edad → dg. pq. más grave
- ** ++ "crisis terciarias" (=manifestaciones retardadas)
- ** difícil integración: pocos amigos catalanes
pocos matrimonios mixtos
deseo de regresar (1/3; 1/3)

BIBLIOGRAFIA

- † Abelló, N. ^V Pérez-Sánchez, M. A propos de narcissisme, homosexualité et Oedipe. Rev. Française de Psychanalyse, 1961, 4: 767-777.
- † Abraham K. (1951). Notas sobre la investigación, tratamiento psicoanalítico de la locura maniaco-depresiva y condiciones asociadas. En Psicoanálisis Clínico. Hormé, Buenos Aires 1959.
- † Achard L, Galeano J. Vicisitudes del inmigrante. Comunicación presentada al 33 Congreso Internacional de Psicoanálisis. Madrid, Julio 1982.
- † Achard L, Pereda A, Casas M, Pia JC, Viñar M, Ulriksen M. Crisis Social y situación analítica. Revista Uruquaya de Psicoanálisis 1969, 3 ² 4: 231-239.
- † Achard L, Pereda A, Casas M, Pia JC, Viñar M, Ulriksen M. Incidencia de la realidad social en el trabajo analítico. Relato Oficial al IX Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. Caracas ^{que} 1972.
- † Adán A, Montero I, Gómez H. Acontecimientos de vida y enfermedad somática II: Percepción y Frecuencia. Anales de Psiquiatría 1987, 3, 1: 5-13.
- † AFP. Destacado triunfo de Indira Gandhi, con un 90% de abstención. El País 2159. Barcelona 23 febrero 1983.
- † AFP. 110 nuevos muertos en el Estado indio de Assam. El País 2161. Barcelona 25 febrero 1983.
- † AFP. Conferencia mundial para potenciar la emigración de judíos de la Unión Soviética. El País 2179. Barcelona 15 marzo 1983.
- † AFP. La conferencia de Jerusalén reclama la salida de los judios de la URSS. El País 2183. Barcelona 19 marzo 1983.
- † AFP. 25 muertos, estado de sitio y huelga general en el Estado indio de Assam. El País 2186. Barcelona 22 marzo 1983.
- † AFP. Nuevos brotes de violencia en dos Estados de la India. El País 2188. Barcelona 24 marzo 1983.
- † Agencias. Más de un millar de inmigrantes bengalíes, asesinados por bandas de hindúes en el Estado indio de Assam. El País 2157. Barcelona 21 febrero 1983.
- † Agencias. La oposición india exige la dimisión de Indira Gandhi por las matanzas de Assam. El País 2158. Barcelona 22 febrero 1983.
- † Agencias. Precaria calma en Assam. El País 2160. Barcelona 24 febrero 1983.
- † Ainaud J, Alemany J et. al. Inmigració i reconstrucció nacional a Catalunya. Barcelona, Flume 1960.
- † Ajuriaguerra J de, Marcelli D. Manual de Psicopatología del niño. Barcelona, Toray-Masson, 1982.
- † Ajuriaguerra, J. de Manuel de Psychiatrie de l'enfant París: Mason Cia, 1974.
- † Ajuriaguerra J de, Marcelli D. El niño emigrante. ^A Psicopatología del niño. Barcelona, Toray-Masson 1982: 389-396.
- † Alberoni F. Espetti socio-economici dell'a migrazione interne. ^{A?} Atti.Cong.Int. Immigracione, Lavoro e patologia mentale. Milà 1963: 27-50.
- † Alliez J, Mayaud R. Rôle de la transplantation et de l'habitat dan les reactions psychopatologiques d'un groupe de

repatriés de souche européenne originaires du Canada. Journal de psychologie. 118, 5: 918-920. 1960.

† Allodi F. The italians in Toronto: the mental health problems of an immigrant community. ^{A:} Social Deviance in Canada, de Math WE. Edition Coop. Diana. Toronto 1971.

† Alma W. Psychosocial problems of migrants. ^A M.M. Colledge ^V P-g. Svensson, Ed. Ginebra: OMS, 1986.

† Alonso X. Informe dramático sobre la lengua gallega. Akal, Madrid 1973.

† Ancona L, Carli R, Schwarz E. Psychological and psychopathological aspects of migration. Archivo di Psicologia Neurologia e Psichiatria. 1971, 32:355-402.

† Antó, JM La salut a Barcelona. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1986.

† Antón P. Almacén de razones perdidas. Historia del manicomio de Sant Boi (1953-1945). Editorial Científico Técnica. Barcelona 1982.

† American Psychiatric Association : DSM-III: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1987.

† Aranzadi. Apéndice al Índice Progresivo de Legislación 1970-1974. Aranzadi, Pamplona 1975.

† Aranzadi. Apéndice al Índice Progresivo de Legislación 1975-1979. Aranzadi, Pamplona 1980.

† Arévalo JC. Gitanos en España: El precio de una integración. Artículo propiedad de los autores en el que no consta la publicación.

† Artells, J. Ramis, J. (comps). Atur i salut. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut, Generalitat de Catalunya, 1984.

† AA.SS. Zona de Hesse. Trabajo social con emigrantes españoles en Alemania. R.I.S. 1979, 76:5-13.

† Associació Catalana de Sociologia. El canvi i la reconstrucció nacional des de la perspectiva sociològica. Barcelona, Cicle de Conferències, Visió de Catalunya, 1983-84. Pendent de publicació.

† Atxotegi, J., Bordenave, E. ^{i el} col·ls. Els desencadenants de la malaltia mental. ^{A:} El procés d'emmalaltir, Llibre de Ponències del XIIIè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Castelló de la Plana: Institut d'Estudis Catalanes - Institució Alfons el Magnànim, 1984.

† Atxotegi J. ^V el CIPP. Los emigrantes y la salud mental. Equin 2016, 13 ^{març} 1984.

† Bagley C. A comparative study of mental illness among immigrant groups in Britain. Revue Ethnics 1:23-36, 1972.

† Baglivo A, Papa S, Fellicciari G. La migrazioni oggi. Sapere Ed., Milà ~~1973~~ 1973.

† Balint, M. Thrills and Regression. Londres: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1959.

† Balint, M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos, 1971.

† Banda A, Cebolla A, Losada JA, Muñoz T ^{i col·ls} y col·ls. Personalidad, hospitalización y depresión en la infancia. Phronesis 1986, 6: 333-348.

† Barjon C, Evin K. La chasse aux sans-papiers. Le Nouvel Observateur 1983, 976: 25.

† Barlow, DH ^V Hersen, M. (1984) Diseños experimentales de caso único. Barcelona: Martínez Roca, 1988.

- ‡ Barrenechea E. Tierras sin mañana. El Tercer Mundo, también entre nosotros. Liberación 27, 8 noviembre 1984.
- ‡ Barrenechea E' Contrabando humano. De Ceuta a la Península se canaliza un tráfico absolutamente ilegal. Liberación 27, 8 noviembre 1984.
- ‡ Barriga, S., ^{Alba, M} ~~Alba, M~~. Social influence and national identity. Paper presented at the International Symposium on "Processes of Social Influence". Barcelona: Fundació Caixa de Pensions, 1980.
- ‡ Basaglia F. (1968). La institución negada. Barral. Barcelona 1972.
- ‡ Basaglia F, Basaglia Ongaro F. La mayoría marginada. Laia. Barcelona 1973.
- ‡ Bastide R. Sociologie et Psychanalyse. Presse Universitaire de France. Paris 1950.
- ‡ Bastide R. (1965). Sociología de las enfermedades mentales. Siglo XXI. ^{México} ~~México~~ 1967.
- ‡ Bastide R, Raveau F. Contribution à l'étude de l'adaptation des noirs en France. II Internationaler Kongress für Soziologie. Evian 1967.
- ‡ Beals RL. Introducción a la Antropología. Aguilar. Barcelona 1976.
- ‡ Beauchesne H, Frudeau M. Manifestations psychopathologiques chez des bretons transplantés. Perspect psychiatr 69:395-399.1978.
- ‡ Becache A, Comby A, Bouvard J. Réflexions sur les troubles mentaux observés chez les rapatriés d'Algérie. Ann Méd Psychol 121,1:108,1963.
- ‡ Benelmans F. Les émigrés à l'école. Rev Neuropsych 1977, 25 (8-9): 475-487.
- ‡ Benadiba M. Les adolescents maghrébiens en France: aspect psychopathologique. Neuropsych de l'enf et ado 1979, 27 (9): 395-399.
- ‡ Benedetti M. Primavera con una esquina rota Madrid, Alfaguara 1982.
- ‡ Benedetti M. El "desexilio". El País 18 ~~de~~ abril ~~de~~ 1983.
- ‡ Benedict, R. El hombre y la cultura. Barcelona: EDHASA, 1971.
- ‡ Benoit J. Informe: Los inmigrantes en la Europa de los "nueve". Triunfo 1973: 28-32.
- ‡ Bergeret, J. Manual de Psicología Patológica. Barcelona: Toray-Masson, 1975.
- ‡ Berlioz C. Névrose et invalidité sociale prolongée. Confrontations Psychiatriques 4:99-108,1969.
- ‡ Berner P. La psychopathologie sociale des réfugiés. Evol Psychiat 30,4: 633-655,1965.
- ‡ Berner P. Community Services for the rehabilitation of the Mentally ~~IQ~~: A Clinical View. ^A ~~IA~~: Migration Mental Health and Community Services. Henry P. David (ed) American Joint Distribution Commite, Genf 1966.
- ‡ Berner P. Special Problems of Foreing students health services. WHO. Regional offece for Europa. ^h ~~Copenhague~~ 1967 (a).
- ‡ Berner P. Psychopathologie des migrations. Encicl Med Chir. Psychiatrie 37880 A 10,1967 (b).
- ‡ Berner P, Zapatozky HG. Psychopathologie des transplantés. Confrontations psychiatriques 4: 135154.1969.

- † Berthelien E. Incidence psychopathologique de la transplantation dans une population musulmane. Lyon med 98, 37: 463. 1966.
- † Bertheiler F. Hygiène mentale de l'adolescent migrant. Migrations-Santé 1977: 13-16.
- † Bick E. Notas sobre la observación de lactentes en la enseñanza de Psicoanálisis. Revista de Psicoanálisis 1963, 24: 558-566
- † Bick E. The experience of skin in early object relations Int. J. Psycho-Anal. 1968, 49: 2-3.
- † Binder, J Simoes, M Sozialpsychiatrie der Gastarbeiter. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 1978, 46: 342-359.
- † Bierre J. Immigrazione e psichiatria. ^{A:} ~~Atti~~ Atti Cong Int. Immigrazione, lavoro e patologia mentale. Milán 1967: 61-72.
- † Biniés P. La migración es un factor de riesgo para la salud mental. Salud 1987, 24:7.
- † Bion W (1963) Aprendiendo de la experiencia. Buenos Aires, Paidós 1963.
- † Bion W (1959) Experiencia en Grupos. Buenos Aires, Paidós 1972.
- † Blanch, JM Psicologías sociales. Aproximación Histórica. Barcelona: Hora, 1983.
- † Blanco A, Banda A, Franco I ^{i cols.} ~~y cols.~~ Depresión y enfermedad en la infancia. Phronesis 1986, 6: 357-364.
- † Bleger J (1963). Psicología de la Conducta. Paidós. Buenos Aires 1977.
- † Bleger J. Simbiosis y ambigüedad. Paidós. Buenos Aires 1972.
- † Bonet, JM, Roca, M. et al. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria: mejora asistencial y reducción del gasto farmacéutico. Atención Primaria 1984, 6,1: 287-290.
- † Bonnevaux B. The impact of migration on parent-child interactions and children's moral orientation: A study in Peru. Dissertation Abstracts International, 1982, 42 (9-B) 3839.
- † Bossaert M. Six ans d'enseignement en milieu immigré. Revue Belge de Psychologie et de Pédagogie, 1983, 45(181-182):42-44.
- † Botey J. Cincuenta-quatre relats d'immigració. Perspectiva Social 1980, 15:7-98.
- † Bourgeois M. Aspects médicopsychologiques de la transplantation. Bordeaux Medical 10: 1443-1450. 1977.
- † Bourignon A. L'Antidiagnostic. La Nef 42,28:153-173,1971.
- † Bowlby J. Processes of mourning. Int J Psychoanal 42:317-340,1961.
- † Bowlby J (1968). El vínculo afectivo. Paidós. Buenos Aires 1979.
- † Bowlby J (1969). La separación afectiva. Paidós. Buenos Aires 1971.
- † Bowlby J (1980) La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Barcelona- Buenos Aires: Paidós, 1983.
- † Brehm, JW; Cohen, AR Explorations in cognitive dissonance. ^{ova} ~~Nueva~~ York: Academic Press, 1962.
- † Brenman, E. Hysteria today. Paper presentat^t en el Panel on "Hysteria Today" del 28 Congrés^t Internacional de Psicoanálisis. París, Julio 1973.

* Brill H. Evolution de la population des hôpitaux psychiatriques américains. Confrontations psychiatriques 4: 167-186, 1969.

* Brimani D. L'hygiène mentale des étudiants iraniens à l'étranger. Higiene mentale 57: 66-70, 1968.

* Bruce P, Snell B. The prevalence of psychiatric disorders in urban versus rural settings. ^A De la Fuente F ⁱ Weisman MN. Psychiatry. Proceedings of the V World Congress of Psychiatry. Excerpta Médica. Amsterdam 1973.

* Brunetti PM. Réflexions sur ^{la} notion de handicap psychiatrique et son utilisation dans la recherche épidémiologique. ^R De la Fuente F ^W Weisman MN. Psychiatry. Proceedings of the V world Congress of Psychiatry. Excerpta Médica. Amsterdam 1973.

* Bullivant B. Social control and migrant education. Australian & New Zealand Journal of sociology, 1976, 12:174-183.

* Bunge M. la investigación científica. Ariel. Barcelona 1969.

* Bunge M. Teoria y realidad. Ariel. Barcelona 1974.

* Burch EA, Powell CH, The psychiatric assessment of a vietnamese refugee through art. AM J Psychiatry 137, 2:236-237, 1980.

* Burke AW. Attempted suicide among Commonwealth immigrants in Birmingham. Int J Psychiatry 24 (1): 7-11, 1978.

* Busquets J. Un joven muerto y 4 heridos en una pelea racial acaecida ante una discoteca de Blanes. El País 2175. Barcelona 11 març 1983.

* Busquets J. El juez ordena el ingreso en prisión de tres africanos implicados en la reyerta de Blanes. El País 2173. Barcelona 9 març 1983.

* Busquets J. Un juez francés acusa a la Administración española de permisividad con los "negreros". El País 2174. Barcelona 10 març 1983.

* Busquets J. El juez, decreta prisión por "homicidio en riña tumultuosa" contra el presunto autor de la muerte de Blanes. El País 2175. Barcelona 11 març 1983.

* Busquets J. El juez pone en libertad a tres de los africanos detenidos por la reyerta de Blanes. El País 2180. Barcelona 16 març 1983.

* Busquets J. El gobierno legalizará la situación de los africanos con contrato de trabajo estable y repatriará al resto. El País 2195. Barcelona 31 març 1983.

* Busquets J. Siete expediciones clandestinas de africanos interceptadas por la policía francesa. El País 2205. Barcelona 11 abril 1983.

* Busquets J. El juez decreta la libertad de uno de los africanos detenidos en Blanes. El País 2214. Barcelona 20 abril 1983.

* Calvo F. L'Emigration: une réalité complexe dans la biographie de beaucoup de patients. Revue française de Psychanalyse 5-6:1015-1022, 1971.

* Calvo F. Emigración y elaboración del duelo (Tesis doctoral). Universidad ^{t t} Autónoma de Barcelona, Departament de Psiquiatria. Barcelona 1972 (a).

* Calvo F. Migración y elaboración del duelo. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. 1972b, 32, (5):

- † Dalvo F. Què es ser emigrante? La Gaya Ciencia. Barcelona 1977.
- † ~~D~~andel, F. Els altres catalans. Barcelona: Nova Terra, 1964.
- † Capella D. La familia actúa como cojín amortiguador de la crisis económica, según una encuesta de la CMB. El País 7 ~~ener~~ ^{ener} 1987.
- † Cardelús J, Pascual A. Movimientos migratorios y organización social. Península. Barcelona 1979.
- † Carta I, Fava E, Merin M. Emigrazione e patologia mentale. Riv Sper Freniat 99: 1254-1283. 1975.
- † Carrière-Hannoun M. L'enfant portugais émigré en consultation médico-psychologique. Mémoires C.E.S. Faculté de Médecine. Pitié-Salpêtrière. Paris 1979.
- † Carta de España. Cooperativas para el retorno. Carta de España 1963, 262: 46.
- † Castellet JM. Les relacions entre les cultures en el món d'avui i el cas de l'Estat espanyol. ^A ~~W~~: Reflexions crítiques sobre la cultura catalana. Barcelona, Departament de Cultura de la Generalitat de Catalunya 1983: 103-130.
- † Carzotto CL. Momenti umani nel fenomeno migratorio. ^A ~~W~~: Atti Cong Int. Immigrazione, lavoro e patologia mentale. Milà 1963: 193-202
- † Carzullo CL. Momenti umani nel fenomeno migratorio. ^A ~~W~~: Atti Conv Int. Immigrazione, lavoro e patologia mentale. Milà 1963.
- † Clark RE. The ^A ~~W~~ relationship of schizophrenia to occupational income and occupational prestige. Am Social Rev 13:325-353. 1948.
- † Cembrero I. Los "fedany" evacuados de Beirut no se acostumbran a vivir pacíficamente en los campos de refugiados de Argelia. El País 2157. Barcelona 21 febrer 1983.
- † Cesar A. Culture Shock: Its mourning and the vicissitudes of identity. J Amer Psychoanalytic Assoc 1974, 2: 408-429.
- † CIPP: San José J, Tizón JL, Salameo M, Pellegrero N, Atxotegi J, Díaz-Munguira JM. La immigració a Catalunya: repercussions en la salut mental. Avui 2440, 29 març 1984.
- † Cochrane R. Mental illness in immigrants to England and Wales: an analysis of mental hospital admissions, 1971. Social Psych, 1977, 12:25-35.
- † Cochrane R. An analysis of the psychometric structure of the Langer 22 item questionnaire. University of Birmingham. Birmingham 1978.
- † Cochrane R. Psychological and behavioural disturbances in qest indians, indians and pakistanis in Britain: A comparison of rate among children and adults. Br J Psychiatry 134:201-210, 1979.
- † Cochrane R, Hasmi F, Stopes-Roe M. Measuring Psychological disturbance in Asian immigrants to Britain. (polic). Londres 1976.
- † Coderch, J. Psiquiatria Dinámica. Barcelona: Hereder, 1975.
- † Colectivo de Investigaciones Psicopatológicas y Psicosociológicas (CIPP). Introducción General. ^A ~~W~~ El Biologismo: implicaciones teóricas, repercusiones en la asistencia sanitaria (en premsa).

- † Collins F. The illness of migrant farmers. Am J Psychiatry 122, 3: 271-285, 1965.
- † Colledge HA [✓] Svensson P-G (editor^s) Migration and Health: towards an understanding of the health care needs of ethnic minorities. ~~La Haya:~~ OMS, 1986.
^{L'Haya:}
- † Colledge HA [✓] Svensson P-G The contribution of social sciences to an understanding of migrant health needs. A: Colledge HA [✓] Svensson P-G. (eds.) Migration and health. ~~La Haya:~~ OMS, 1986.
^{L'Haya:}
- † Colledge HA [✓] Svensson P-G. Conclusions and recommendations. A: Colledge HA [✓] Svensson P-G (eds). Migration and Health. ~~La Haya:~~ OMS, 1986.
^{L'Haya:}
- † Collins J, Maxwell, Coulter F. Effects of geographic movement on the social and academic development of children of army personnel. Australian New Zealand Journal of sociology, 1974, 10:222-223.
- † Commonwealth immigrations advisory council. Report on the incidence of mental illness among migrants. Canberra 1961.
- † Consorci d'Informació i Documentació de Catalunya. Població segons la seva naturalesa i lloc de naixement (Taula 11). Dades estadístiques del Padró Municipal d'Habitants de 1975. Estructura de la Població de Catalunya. Per als Municipis de més de 5.000 habitants. (polic.)
- † Consorci d'Informació i Documentació de Catalunya. Catalunya en Xifres: 2. Consorci d'Informació i Documentació de Catalunya, Barcelona 1987.
- † Conti L. Migrant children and urban poverty. Carnets de l'Enfance, 1979, 47-48: 103-125.
- † Cooper D. Psiquiatria y antipsiquiatria. Paidós. Buenos Aires 1972.
- † Cooper D. La muerte de la familia. Ariel. Esplugues de Llobregat 1978.
- † Crespo MD, 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 3:5-30, 1980.
- † Crocetti GM. Selected aspects of the epidemiology of the psychoses in Croatia, Yugoslavia. Part III. American Journal of Epidemiology 94:126-134. 1971
- † Cruickshank JK et al. Heart attack, stroke, diabetes, and hypertension in West Indians, Asians and whites in Birmingham, England. Report of the Seminar on ethnic differences in common disease. Birmingham: OMS, 1981.
- † Champion Y Migration et maladie mentale. Arnette. París 1958.
- † Champion Y. Santé mentale et ^apolitique sanitaire des migrations. Rev. d'hygiène et de Médecine sociale 15: 21-34, 1965.
- † ^hChampion Y. Aspects sociopsychiatriques des migrations. ^{A:} Migration, Mental Health and Community Services Henry P. David. (ed) American Joint Distribution Committee. Genf 1966
- † Dalle B. Existe-t-il une psychopathologie de l'habitat?. Confrontations Psychiatriques 4: 109-119. 1969.
- † Dance, TE, Novella C. Major psychiatric breakdown^{mm} in landed immigrants. Laval Médical 40: 951-960, 1969.
- † Daumezon G. Intervento al Conv. Int. Immigrazione lavoro e patologia mentale. Milán 1963:117-138.
- † Daumezon G. Transplantation et maladie mentale. Rev. Practicien 15: 119-137. 1965.

- † Daumezon G, Champion Y, Champion-Basset J. Place des réactions mentales dans la pathologie générale des migrants nord-africains. Hygiène Ment. 3: 85-107, 1954 (b).
- † Daumezon G, Champion Y, Champion-Basset J. Situation de la population nord-africaine par rapport aux populations asilaires et transplantées globales. Hygiène Ment. 1: 34, 1955.
- † De Almeida Z. Introduction à la Psychopathologie de la transplantation. Information Psychiatrique 48:167-173, 1972.
- † De Almeida Z. Les sinistres chez les immigrants. Rev Méd Trav 3: 37-41, 1975 a.
- † De Almeida Z. Les perturbations mentales chez les migrants. Information Psychiatriques 3: 249-253, 1975 b.
- † De Barros-Ferreira M. L'immigrant portugais et "sa" paranoïa. Etudes Psychotherapeutiques 28: 97-103, 1977.
- † De Barros-Ferreira M. L'immigrant portugais et "son" hystérie ou l'hystérie de l'immigration. Evol Psychiat 4:2 (3): 521-548, 1978.
- † De Barsy B, Ceballos J, Chami J, Douarin J, Richard-Perseil A. Etude épidémiologique de la psycho-pathologie des immigrants dans le XV secteur del Yvelines. Ann Med Psychol 136:176-183, 1978.
- † De Caro D, Dellarovere S. Studio clinico e statistico sulle manifestazioni psichiatriche di 500 soggetti immigrati dal Sud-Italia nella città di Torino negli anni compresi tra il 1952 e il 1960. Atti de CISILEP. Milano marzo 1963: 229.
- † De Caro D, Gamma G. Pathologie mentale des immigrants méridionaux a Turin. Considérations statico-cliniques et psycho-pathologiques. Concours Médicale 88: 1211-1218. 1966.
- † De Jong GA Health care policy and the position of ethnic minorities: Philosophical considerations. Colledge M & Svensson P-G (eds.) Migration and health. La Haye: OMS, 1986.
- † De Martis D, Montatini R. Aspetti psicopatologici del fenomeno migratorio, tilievi metodologici. Atti Cong. Int: Immigrazione, lavoro e patologia mentale. Milano 1963: 73-82.
- † De Mause, Ll. (Comp.) (1974). Historia de la infancia. Madrid: Alianza Universidad, 1982.
- † De Miguel A. Diez errores sobre la población española. Madrid, Tecnos 1982.
- † De Rituerto RM. Las horas bajas de Indira Gandhi. La debilidad política del partido del Congreso y la creciente fuerza de los grupos nacionalistas acechan la unidad india. El País 2163. Barcelona 27 febrero 1983.
- † De Vos G. Antropología psicológica. Barcelona, Anagrama, 1981.
- † Delgado J Ubeda J Una familia que se considera "expulsada de Cataluña" recibirá un homenaje en Santander. El País, 5 de febrero de 1988.
- † Delibes, M Diario de un emigrante Barcelona: Destino, 1958.
- † Dellarossa G. El profesional en tanto descendiente de inmigrantes. Psicoanálisis 1979,1 : 221-244.
- † Denford S. Going away. Int. Rev. Psycho-Analysis 1981,8:244-266.
- † D.H.S.S. In-patient statics from the mental health enquiry for the year 1971. Statistical and Research Report Series N.6. HMSO, Londres 1973.
- † Diaz-Munquira JM, Salameo M, Sanjosé J, Tizón JL. Migraciones y salud mental. Conferència pronunciada a l'Escola d'Assistents Socials de la Universitat de Barcelona el 28 de Abril de 1981.

- 7
- * Dohrenwend B, Snell B. The prevalence of psychiatric disorders in urban versus rural settings. V Congreso Mundial de Psiquiatría. México (25-11 al 4-12-71).
 - * Doise W, Deschamps JD, Mugny G. Psicología Social Experimental. Barcelona: Hispano-Europea, 1980.
 - * Dolton WD. Social Factors and the Health of immigrants. Proc R Soc Med 61:19-21, 1968.
 - * Donnay F, Dal M. Migrants and their special needs in relation to sexuality and family planning in Belgium. ~~En~~ **A**: Colledge M, Svensson P-G (Eds.) Migration and Health. La Haya: DMS 1986.
L'Haya:
 - * Drain M et al. Los Andaluces. Madrid, Istmo 1980.
 - * Durkheim, E. El suicidio. Madrid: Akai, 1982 (2a edición).
 - * Eitinger L. The symptomatology of mental disease among refugees in Norway. J Ment Sci 105:326-338, 1959.
 - * Eitinger L. The symptomatology of mental disease among refugees in Norway. J Ment Sci 106:947, 1960.
 - * Eitinger L, Grünfeld B. Psychoses among refugees in Norway. Acta Psychiatr Scand 42: 315-328, 1966.
 - * Ekstrand LH. Adjustment among immigrant pupils in Sweden: social, emotional and linguistic variables and their relationship. Educational Psychological Interactions, 1976, 55:35.
 - * Ekstrand L. Adjustment among immigrant pupils in Sweden. International Review of Applied Psychology, 1976, 25: 167-188.
 - * Ekstrand L. Migrant adaptation: A cross-cultural problem. A review of research on migration, minority groups and cultural differences, with special regard to children. Educational Psychological Interactions, 1977, 59: 104.
 - * El País. Crece el enfrentamiento de los Estados de Assam y Punjab con el Gobierno de Nueva Delhi. El País 2165. Barcelona 1 març 1983.
 - * El País. La Orida edita 50.000 folletos dirigidos a los inmigrantes. El País 2173. Barcelona 3 març 1983.
 - * El País. Los nuevos esclavos de la costa catalana. Millares de obreros de raza negra realizan las labores más pesadas y conviven en la mayor discreción. El País 2177. Barcelona 13 març 1983.
 - * El País. Detenido el presunto "cerebro" de una red de tráfico ilegal de filipinos. El País 2201. Barcelona 7 abril 1983.
 - * El País. Medidas antiinmigración estadounidenses. El País 2192. Barcelona 28 març 1983.
 - * Ellemberger HF. Ethnopsychiatrie. Encl. Med. Chir. Psychiatrie 17725 A 10y 377725 B 10. París 1965.
 - * Ellemberger HF. Aspects ethnopsychiatriques de l'hysterie. Confrontations Psychiatriques 1: 131-145, 1968.
 - * Erikson Eh (1963). Infancia y sociedad. Hormé. Buenos Aires 1970.
 - * Erikson EH (1975). Historia personal y circunstancia histórica. Alianza Editorial. Madrid 1979.
 - * Espiago J. Migraciones exteriores Salvat. Barcelona 1982.
 - * Esteva C. Inmigración, etnicidad y relaciones inter-étnicas en Barcelona. Ethnica. Revista de Antropología 6, 1973.

- * Esteva C. Cultura, Sociedad y Personalidad. Barcelona, Promoción Cultural 1978.
- * Farrés J. Elaborar l'assistència Primària: Lliçons del Centre Pilot de Ciutat Badia. Comunicació presentada al Dotzè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Llibre de Comunicacions del Congrés. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques, 1984.
- * Felipe L. Antologia Poética. Madrid, Alianza 1981.
- * Ferrater i Mora J. Cultura catalana i cultura universal. ^{A:} Reflexions crítiques sobre la cultura catalana. Barcelona, Departament de Cultura de la Generalitat de Catalunya, 1983: 83-101.
- * Ferreiro CE. ^{A:} Ocho siglos de poesía gallega de Martín-Gaité C. y Ruiz A (comp) Alianza. Madrid 1972.
- * Ferrer SL. Migración y regresión. Revista Médica de Córdoba, 1958, 46.
- * Ferreri M, Vacher J, Alby JM. Evénements de vie et dépression. Encycl Med Chir (Psychiatr) Paris, 37879, A 10,2-1987.
- * Festinger L. Teoría de la disonancia cognitiva. Madrid: IEP, 1975.
- * Festinger, L Aronson, E. Activación y reducción de la disonancia en contextos sociales. ^{A:} En Torregrosa, JR (comp.) Teoría e investigación en la Psicología Social. Madrid: IOP, 1974.
- * Fichter H. Sociología Herder. Barcelona 1975.
- * Fidalgo F. Muestra en el Grand Palais de Paris de Obras de artistas españolas hechas en la emigración. El País 2089. Barcelona 13 ~~dicembre~~ ^{desembre} 1982.
- * Freedman A. The adolescent heroin abuse pídemic in New York City: 1949-? ^{A:} En De la Fuente F ⁱ Weisman MN. Psychiatry. Proceedings of the V World Congress of Psychiatry. Excerpta Médica. Amsterdam 1973.
- * Freixas J, Tizón JL, Salamero M. Experiencias del uso del GHQ en un Servicio de Reumatología. Anuario de Psicología 21: 83-106, 1979.
- * Freud S. (1914). Recuerdo, repetición, elaboración. ^{A:} En Técnica Psicoanalítica (Obras Completas II). Biblioteca Nueva. Madrid 1963.
- * Freud S. (1917). Duelo y melancolía ("La aflicción y la melancolía en Metapsicología"). O.C.I. Biblioteca Nueva. Madrid 1967.
- * Freud, S. El malestar en la civilización. O.C. III. Madrid: Biblioteca Nueva, 1968.
- * Freud S. Considérations actuelles sur la guerre et la mort, 1915. ^{A:} En Essais de psychanalyse, París. Payot, 1951.
- * Fried J. Deprivation and migration: Dilemmas of casual interpretation, Behavior in New Environments: Adaptation of Migrant Populations: 23-72. E.B. Brody ed. Sage Publications, Beverly Hills 1970.
- * Friessem DH. ^{ll} Travailleurs étrangers en République Fédérale Allemande. Quelques résultats et réflexions dans une optique médico-sociale et psychiatrique. Informations Psychiatriques 51: 283-291. 1975.
- * Fundación Foessa. Síntesis actualizada del III Informe Foessa. Fundación Foessa. Madrid 1978.
- * Fundació Jaume Bofill. Catalunya: una comunitat?. Col.loqui sobre les conseqüències del fet immigratori, 3 i 4 de juny del 1978. Barcelona, Publicacions de la Fundació Jaume Bofill 1979.

- * Fuster J. Cultura nacional i cultures regionals als Països Catalans. ^A ~~En~~: Reflexions crítiques sobre la cultura catalana. Barcelona, Departament de Cultura de la Generalitat de Catalunya, 1983: 295-315.
- * Galeote P, Tizón JL, Spagnolo E, Pellegrero N, Plans R. La cronificació del sufriment psicològic en la assistència especialitzada ambulatoria de la Seguritat Social: Una perspectiva desde la Neuropsiquiatria de Zona. Psiquis 1986, 72: 37-58.
- * Garcia-Pascual, LM, Bardosa, J, López, T. et al. Estudio de los motivos de consulta por patología mental en un centro de Asistencia Primaria. Atención Primaria 1986, 3, 1 :22-27.
- * García-Sabell D ⁱ ^u cols. Los médicos y la Medicina en la Guerra Civil española Madrid, Saned, 1986.
- * García-Sevilla, Ll. Muntaner, C. et al. Experiències vitals pressuradores de la població immigrant i no immigrant de Catalunya. ~~A~~: Llibre de Ponències: El procés d'emmalaltir. XIIIè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Castelló de la Plana: Institut d'Estudis Catalans - Institut Alfons el Magnànic, 1984: 253-264.
- * Garmendia JA. La emigración española en la encrucijada. Marco general de la emigración de retorno. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1981.
- * Garza-Guerrero AC. Culture Shock: Its Mourning and the Vicissitudes of Identity. J. Of the Am Psychoanal. Ass., 2 (22), 1974.
- * Generalitat de Catalunya. La sanitat a Catalunya. Anàlisi i Propostes del Departament de Sanitat i Assistència Social. Servei Central de Publicacions de la Generalitat de Catalunya. Barcelona 1980.
- * Gillon JJ, Duchéne H, Champion Y. Expressions et perspectives juridiques et réglementaires des politiques de la santé mentale en matière de migrations. Informations Psychiatriques 39: 5-22, 91-144, 169-177, 1963.
- * Gol J Entorn social i cultural del Procés d'emmalaltir. Introducció i marc conceptual. Conferència introductòria de la Ponència El procés d'emmalaltir del XIIIè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Castelló de la Plana: Acadèmia de Ciències Mèdiques, 1984 (polic.)
- * Gol J, Barrufet M, Borrell F, Casares F, Fernández X, González CA, Solé C Spagnolo E, Suñol R, Tizón JL, Viñes B : La Història Clínica per a l'Assistència Primària (HCAP). Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1984.
- * Gol J, Barrufet, M et al. Manual d'Instruccions de la H.C.A.P. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1984.
- * Gol J Corominas J Marcos JA Acarín N et al. El Centre de Salut integrat, base de un nou sistema sanitari. Barcelona: Laia-Col. Llegi de Metges de Barcelona, 1981.
- * Gol, J. Jaen, J., Marcos, JA et al. El metge de capçalera en el nou sistema sanitari. Barcelona: LAia, 1979.
- * Giner J. Camacho, M. Fernández-Argüelles, P. Guerrero, J., Moreno, I. : Paiscopatología y cultura andaluza. An Psiquiatria 1984, 1, 1, :25-35.
- * Goldberg DP. The detection of Psychiatric Illnes by Questionnaire. Maudsley Monographs, Oxford University Press. Londres 1966.
- * González A. Notas sobre la angustia de separación, sus efectos sobre el destino de la interpretación. ~~En~~: Psicoanálisis de la técnica. México, Ediciones Pax, 1962: 202-220.
- * González-Duro E. Psiquiatria y sociedad autoritaria: España 1939-1975. Akal Madrid 1978.
- * González-Yuste J. Los disturbios en Assam ponen en peligro la democracia india. Assam un estado rico y remoto. El País 2191. Barcelona 27 març 1983.

A:

- ‡ Goodenough WJ. Cultura, Language y Sociedad. En Kahn SS. El concepto de cultura: textos fundamentales. Barcelona, Anagrama 1975.
- ‡ Gordon ES. Mental illness in west indian immigrants. Br J Psychiatry 111:877-887, 1965.
- ‡ Gordon ES, Gordon HL. Psychiatric problems of a rapidly growing suburb. Arch Neurol Psychiatry 79: 543-548. 1958.
- ‡ Gora A. Ecología y Política. El Viejo Topo. Barcelona 1980
- ‡ Gottlieb B. Lay influences on the utilization and provision of health services: a review. Can Psychol Rev 17: 126, 1976.
- ‡ Goytisolo J. La inmigración tercermundista en España. Egin 1981, ekainak 6.
- ‡ Grad J, Sainsbury P. Incidence rates and evaluations of services. En: De la Fuente F y Weisman MN. Psychiatry. Proceedings of the V Congress of Psychiatry. Excerpta Médica. Amsterdam 1973
- ‡ Grande F. Biografía. Seix Barral. Barcelona 1971.
- ‡ Green A. Introduction à la discussion sur l'évaluation actuelle de l'hystérie. Paper presentado en el Panel on "Hysteria Today" del 28 Congreso Internacional de Psicoanálisis. París, 1976.
- ‡ Grinberg L, Grinberg R. Identidad y Cambio. Barcelona 1971.
- ‡ Grinberg R. Migración e identidad. En: Grinberg L, Grinberg R. Identidad y Cambio. Barcelona, Paidós 1980.
- ‡ Grinberg R. La migración y la cesión: dos migraciones específicas. Rev. de la A.P.D.E.B.A., 1982, 1 (4).
- ‡ Grinberg L, Grinberg R. Psicoanálisis de la migración y del exilio. Madrid, Alianza Editorial 1984.
- ‡ Grob GN. The State and the Mentally Ill. University of North Carolina Press: Chapel Hill 1965.
- ‡ Grotstein, JS (1981) Identificación proyectiva y escisión. México: Gedisa, 1983.
- ‡ Haefner H., Moschel, G. Ozek, M.: Psychische Störungen bei türkischen Gasterbeiten. Eine prospektive-epidemiologische Studie zur Untersuchung der Reaktion auf Einwanderung und partielle Anpassung. Nervenarzt 1977,58: 268-275.
- ‡ Halevi HD. Frequency of mental illness among Jews in Israel. Int J Soc Psychiatry 9: 268-282. 1963.
- ‡ Hanus M. Les deuils pathologiques. Confrontations Psychiatriques 4:49-71,1969.
- ‡ Harnecker M. Los conceptos elementales del materialismo histórico. Siglo XXI, México 1972.
- ‡ Harris M. El desarrollo de la teoría antropológica. Una historia de las teorías de la cultura. Madrid, Siglo XXI, 1979.
- ‡ Harris M. Introducción a la Antropología General. Madrid, Alianza Universidad Textos, 1981.
- ‡ Harris M. El Materialismo Cultural. Madrid, Alianza Universidad 1982.
- ‡ Hart CWM. Iwi of North Australia. Rinehart and Winston. USA, Holt.
- ‡ Harvey J, Miles DL, Rushing WA. The relation between social class and functional status. J Health Hum Behav

17:194-214, 1976.

- * Hansen S. Community psychiatric problems among Birmingham immigrants. British Journal of Social Psychiatry 2: 196-201, 1968.
- * Hashmi F, Etapes-Roe M. Measuring psychological disturbance in Asian immigrants to Britain. Soc Sci Med 11: 157-164, 1977.
- * Hensi LK. Psychiatric morbidity of West Indian immigrants. Social Psychiatry 2:95-100, 1957.
- * Hernández V, Bassols R, Clusa J, Sales J. Problemes relacionats amb la salut mental. Immigració i treball. A: Funció Social de la Medicina, II Forà de Xè. Congrés de Metges i Biblioga de Llengua Catalana. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears i Societat Catalana de Biologia, 1976.
- * Herrera R, Autonell J, Spagnolo E ^u ~~co~~ ^{cs}. Estudio epidemiológico en Salud Mental de la Comarca del Baix Llobregat. Informaciones Psiquiátricas 1987, 107: 11-41.
- * Hervada JA. Los refugiados camboyanos, un drama entre dos fuegos. El País 2151. Barcelona 15 febrer 1983.
- * Hitch PJ. Culture, social structure and explanation of migrant mental illness. Ment Health Soc 4: 136-143, 1973.
- * Hochmann J, Galle-Tessonneau JR, Guyotat J. Interventions psychiatriques au niveau d'immeubles. Confrontations Psychiatriques 4: 121-134, 1969.
- * Holinsteiner MR, Tacon P. Urban migration in developing countries: Consequences for families and their children. New Directions for Child Development, 1983, 20:5-26.
- * Hollingshead AB, Redlich F (1953). Estratificación social y perturbaciones psiquiátricas. ^{A:} Estudios básicos en psicología social. Ed. por Proshansky H. ^Y Seidenberg B. Tecnos, Madrid 1973.
- * Hollingshead AB, Redlich F. Social class and mental illness a community study. John Wiley, ^{ova} ~~Nueva~~ York 1958.
- * ** Holmes TJ ^Y Rahe RH: The social readjustment rating scale. J. Psychosomatic Research 1967, 11 : 213-218.
- * Hoolboom, H. The problems of research into health and health care , with particular reference to ethnic minorities. A: Colledge M ^Y Svensson P-B (eds.) Migration and Health. ~~La Haya~~ ^{L'Haia:} OMS, 1986.
- * Iida-Miranda ML. La relation entre les changements récents et les maladies chez les immigrants portugais a Montréal. Ph.D. Thesis, Université de Montréal 1975.
- * I.N.S.E.R.M. Clasificación des troubles mentaux. INSERM 1968.
- * Jackson G (1965). La República Española y la Guerra Civil. Grijalbo. México 1967.
- * Jaco EG. The Social Epidemiology of Mental Disorders. ^{ova} ~~New~~ York: Russell Sage Foundation 1960.
- * Jahoda G, Thomson S, Bhatt S. Ethnic identity and preferences among Asian immigrant children in Glasgow: A replicated study. European Journal of Social Psychology, 1972, 2:19-32.
- * Jansen CJ. The Italian Community in Toronto. ^{A:} Minority Canadians 2: Immigrant Groups. Elliot JE (ed): Prentice-Hall. Scarboro Ont. 1971.
- * Jarvis E. Report on Insanity and idiocy in Massachusetts, 1855. Citado en Scdiwab JJ Schwab ME (eds): Sociocultural roots of mental illness an epidemiological survey. Plenum Medical Books. ~~Nova~~ ^u ~~New~~ York 1978
- * Jenkins S. Children who are newcomers: social services needs. Journal of Children in Contemporary Society, 1983,

15:39-47.

* Jervis G (1975). Manual crítico de Psiquiatría. Anagrama. Barcelona 1977.

* Jolivet B. Maladies mentales et immigration en France; résultats d'une enquête. Evolution Médicale 8: 165-171, 1964.

* Jun-Aust H. Individual differences in second language learning of Korean immigrant children. Dissertation Abstracts International, 1982, 43 (6-A)1897.

* Kafka F. América. Buenos Aires, Losada 1977.

* Kallarackal AM, Herbert M. The happiness of Indian immigrant children. New Society 422-424, 1976.

* Kardiner A. Las fronteras psicológicas de la sociedad. México, Fondo de Cultura Económica 1965.

* Kardiner A. El individuo y su sociedad. México, Fondo de Cultura Económica 1975.

* Karim BF. Conflict between immigrant mother-daughter in United Kingdom. Asian Journal of Psychology Education, 1981, 7 (2): 1-11.

* Kelly M, Tenezakis M, Huntsman R. Some unusual conservation behavior in children exposed to two cultures. British Journal of Educational Psychology, 1973, 43: 181-192.

A:

* Kelman HC. Nacionalismo e identidad nacional: un análisis psicosocial. En Torregrosa JR, Sarabia, B (comps.) Perspectivas y contextos de la Psicología Social. Barcelona: Hispano-Europea, 1983.

* Kim S. Peter. Self-concept, English language acquisition, and school adaptation in recently immigrated Asian children. Journal of Children in Contemporary Society 1983, 15:71-79.

A:

* Kitano HL. Japanese-American mental illness. En Changing Perspectives in Mental Illness. Plog S.C. Edgerton R.B. (ed) Holt Rhinehart and Winston. Nueva York 1969.

A:

* Klein M (1921-1945). Contribuciones al psicoanálisis. En Obras Completas de M. Klein. Tomo II. Paidós. Buenos Aires 1975.

A:

* Klein M (1934). Una contribución a la Psicogénesis de los estados maniaco-depresivos. En Contribuciones al Psicoanálisis. Tomo II de las obras completas de M. Klein. Paidós, Buenos Aires 1975.

A:

* Klein M. (1940). El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos. En Contribuciones al Psicoanálisis. O.C. II. Paidós. Buenos Aires 1975.

A:

* Klein M (1948). Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa. Desarrollo en Psicoanálisis de M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs, J. Riviere. Hormé Buenos Aires 1971 (3 ed.). También en: Obras Completas de M. Klein, tom III. Paidós.

A:

* Klein M (1952-a) Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. En Desarrollos en Psicoanálisis de Klein M, Heimann P, Isaacs S, Riviere J. Hormé, Buenos Aires 1971.

A:

* Klein M (1952-b). Observando la conducta del bebé. En Desarrollos en Psicoanálisis de Klein M, Heimann P, Isaacs I, Riviere J. Hormé, Buenos Aires 1971.

A:

* Klein M (1957). Envidia y gratitud. En Obras completas de M. Klein. Tomo 6, Paidós-Hormé. Buenos Aires 1980.

A:

Klein M (1963). Sobre el sentimiento de soledad. En Obras Completas de M. Klein. Tomo 6, Paidós, Buenos Aires 1980.

* Klein M, Riviere J (1937). Amor, odio y reparación. Hormé, Buenos Aires 1973. También en: Obras Completas de M. Klein. Tomo 6. Paidós, Buenos Aires 1980.

A:
=

* Kleiner RJ, Parker S. Migration and mental illness: New York. Am Sociol Rev 24: 678-690, 1959.

* Kleiner RJ, Parker S. Social-Psychological aspects of migration and mental disorder in a negro population. A: Behavior in New Environments: Adaptation of Migrant Populations: 353-376. EB Brody (ed). Sage Publications. Beverly Hills 1970.

* Kleineberg O. Psychologie sociale (II). Presse Universitaire de France. Paris 1959.

* Kohn ML. The interaction of social class and other factors in the etiology of schizophrenia. Am J Psychiatry 133: 177-180, 1976.

* Koranyi EK, Kerenyi AB, Sarver-Foner S. On adaptive difficulties of some Hungarian immigrants: En socio-psychiatric study. Med Services J Canada 14: 383-405, 1958.

* Kroeger E. Cognitive development in the acculturation of migrant children: The role of training in the assessment of learning ability. International Review of Applied Psychology, 1980. 29:105-118.

* Krupinski J, Stoller A. Incidence of mental disorders in Victoria, Australia according to country of birth. Med J Aust 2: 265, 1965.

* Krupinski J, Schafchater F, Cade J. Factors influencing of mental disorders among migrants. Med J Aust 2: 26, 1965.

* Krupinski J, Stoller A, Wallace L. Psychiatric disorders en Eastern European refugees now in Australia. Soc Sci Med 7: 31-49, 1973

* Kuo W. Theories of migration and mental health: an empirical testing on Chinese-Americans. Soc Sci Med 10: 297-306, 1976.

* Lafranchini S. Psychiatrische und psychotherapeutische Probleme bei italienischen Freundarbeitern in der Schweiz. Praxis 54: 786-795, 1965.

* Lagache D. Le travail de deuil. Rev Fr Psychanal 12: 693, 1938.

* Lagache D. Deuil Pathologique. La Psychanalyse 2: 8, 1956.

* Lagnelius C. Recepción e integración de inmigrantes y refugiados. ^{Bruselas,} ~~Bruselas~~ VII Seminario ^{de} ~~de~~ Roja sobre ^{Treball} ~~Trabajo~~ Social, 1980.

* Lai V. The New Chinese immigrants in Toronto. En Minority Canadians 2: Immigrant Groups. Elliot JE (ed) Prentice-Hall, Scarborough Ontario 1971.

* Laing, RD (196) El yo dividido México: FCE, 1964.

* Laplanche, J. Panel on "Hysteria today". Int.J.Psycho-Anal. 1974,55: 459-469.

* Lara-Sánchez F. La emigración andaluza, análisis y testimonio. Ediciones de la Torre 1977.

* Lasonen K. A sociometric study of immigrant pupils in the swedish comprehensive school. Jyväskylä Studies in Education, Psychology, Social Research, 1981, 44: 269.

* Loran A. Los niños de ninguna parte. Madrid, Propaganda Popular Católica, 1973.

* La Vanguardia. La población inmigrada va más al médico y al psiquiatra que la autóctona barcelonesa. La Vanguardia 37582, 7 agosto 1986.

* Lazarus S, Locke BZ, Thomas DS. Migration differentials in mental disease: State patterns in first admission to

mental hospitals for all disorders and for schizophrenics: New York, Ohio and California as of 1950. Milbank Mem Fund Q 41: 25-42, 1963.

* Malzberg B, Locke EJ, Thomas DE. Migration Differentials in Mental Disease. Milbank Mem Fund Q 44: 23-46, 1966.

* Malzberg B. Psychopathologie de la transplantation. Compt Rend Med 82, 27: 3429-3440, 1960.

* Malzberg B. Socioeconomic and migration differentials in mental disease, New York State 1949-1951. Milbank Mem Fund Q 41: 214-226, 1963.

* Lemoigne A. Le problème psychologique des migrations rurales en Ille et Vilaine. Association nationale des migrants ruraux. Paris 1956.

* Merton R. Social Structure and Social Theory (2 vols.). Oxford University Press. New York 1936.

* Michels, E. Soule, Y. (1970) El conocimiento del niño a través del psicoanálisis México: FCE, 1973.

* Mirand A. Inmigración et délinquance en République Argentine. Rev Psychiat Criminol 18: 700-718, 1938.

* Lilienfeld AM, Lilienfeld ED : Foundations of Epidemiology. New York: Oxford University Press, 1980.

* Miró A. Costumbres populares andaluzas de nacimientos, matrimonio y muerte. Sevilla, Excma. Diputación Provincial de Sevilla, 1981.

* Lisón C. Antropología cultural de Galicia. Siglo XXI. Madrid 1971.

* Locke BZ, Kramer M, Pasamanik B. Immigration et delinquance en République Argentine. Rev Psychiat Criminol 18: 700-718, 1938.

* London M. Mental Illness Among Immigrant Minorities in the United Kingdom. British Journal of Psychiatry 1986, 149: 265-273.

* López P. Legislación Básica de Emigración. Civitas, Madrid 1981.

* López E. Mecanismos de identificación en hijos de emigrantes, valorados mediante la técnica del Raportor, grid modificado. Comunicación al VI Congreso de Psiquiatría Europea. Madrid 1979.

* López-Crespo A. Los efectos psicológicos de la "Guerra Sucia": la cuarta parte de los argentinos padece alguna enfermedad mental. El País 3348, 6 junio 1986.

* Lucena G Algunas reflexiones sobre la inmigración en Cataluña. El País 1986, 3348: 6 de junio de 1986.

* Malhotra MK. Health problems of the children of foreign laborers. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 1974, 23: 203-209.

* Malzberg B. Mental disease among the native and foreign born whites in New York State. Am J Psychiatry 93: 127-137, 1936.

* Malzberg B. Are immigrants psychologically disturbed? ^{A:} Changing Perspectives in Mental Illness. Plog SD, Edgerton RE (eds.). Holt, Rinehart and Winston. New York 1969.

* Malzberg B. Mental disease among native and foreign born white population of New York State 1939-1941. Ment Hygiene 39: 545-563, 1955.

* Malzberg B, Lee ES. Migration and mental disease: a study of first admissions to Hospitals for mental disease, New York 1939-1941. The Social Science Research Council, New York 10: 142, 1956.

- 12
- * Mandel E. (1962). Tratado de Economía marxista. Trs. México 1969.
 - * Mandel Brota SM, Gelder MS. Psychiatric Aspects of Medical Emigration. Division of Psychiatry, London 1972.
 - * Merlovic M, Tomasek B, Jevtic-Todorovic V, Djekic D. Psychoses chez les émigrés. Tableau clinique et caractéristiques de la personnalité pré-émigratoire. Psychiatrie (Paris) 11: 741-747, 1977.
 - * Marqués JM, Malla D, Salcedo S. La sociedad tribal. Salvat, Barcelona 1977.
 - * Martí C. L'alimentation maternelle: le contraceptif de la lactation. Cirugía y Medicina 39: 395-405, 1982.
 - * McCubbin HI, Figley CR (eds). Stress and the family. Vol I. Coping with normative transitions. Brunner/Mazel. Nueva York 1983 a.
 - * McCubbin HI, Figley CR (eds). Stress and the family. Vol II. Coping with normative transitions. Brunner/Mazel. Nueva York 1983 b.
 - * McKeon T. The role of Medicine Londres: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1974.
 - * Mead M. Sexo y Temperamento. Barcelona, Paidós Estudio 1982.
 - * Mechanic D. Sociology in public health: perspectives for application. Am J Publ Hlth 62: 146, 1972.
 - * Meile B. Sociometric status and scholastic achievements of guest-workers' children: Results of a methodological case study. Psychologische Beiträge, 1976, 18: 354-371.
 - * Melon J, Timisit M. Etude statistique sur la psychopathologie des immigrés. Acta Psychiar Belg 71: 96-120, 1971.
 - * Menges LJ. Gestchiktheid voor emigratie. Een onderzoek naar enkele psychologische aspecten der emigrabiliteit. Diss Univ Leiden 5-Granenhage, 1959.
 - * Menotti MI Villareal J, Salcedo J, Ferrer M. Factores psicosociales y enfermedad hipertensiva arterial esencial. Papeles del Colegio. Psicólogos 1984, 13: 37-44.
 - * Mercader J, Busquets J. La policia municipal de Blanes protege a los trabajadores africanos ante el temor a represalias por la muerte de un joven. El País 2172. Barcelona 8 marzo 1983.
 - * Mezey AG. La maladie mentale chez les réfugiés hongrois. J Ment Sc 104, 443: 629-637, 1960 a.
 - * Mezey AG. Milieu de migration et troubles chez les réfugiés hongrois. J Ment Sc, 104, 443: 619-627, 1960 b.
 - * Miquéliz, F. Immigració i mobilitat social. El Món 1983, 87: 21 d'octubre de 1983.
 - * Minde K, Minde R. Children of immigrants: The adjustment of Ugandan Asian primary-school children in Canada. Canadian Psychiatric Association Journal 1976, 21: 371-381.
 - * Ming-tso Tsuang. Prevalence of mental illness in Taiwan. ^{A:} De la Fuente F ^{C:} Waisman MN. Psychiatry Proceedings of the V World Congress of Psychiatry. Excerpta Médica. Amsterdam 1973.
 - * Mintz NI, Schwartz DT. Urban ecology and psychosis: Community factors in the incidence of schizophrenia and manic depression among Italians in greater Boston. Int J Soc Psychiatr, 13: 315-351. 1967.
 - * Minuchin S: Familias y terapia familiar. Barcelona: Granica, 1977.
 - * Molas J. La cultura catalana i la seva estratificació. ^{A:} Reflexions crítiques sobre la cultura catalana.

Barcelona, Departament de Cultura de la Generalitat de Catalunya, 1983: 171-188.

* Muñoz PE. Migración y salud mental. Carta de España 1983, 100: 109-110.

* Noy L. Bilingüismo y (1) (2) (3). Revista de Neuropsiquiatría Infantil y Adolescencia de 1978. 26:109-117.

* Moreno M. Médico millón de emigrantes. Barbá de Valla. en La Emigración. 1983. Barcelona 24 abril 1983.

* Morgen P, Andujar E. The use of diagnosis-specific rates of mental hospitalizations to estimate underutilization by immigrants. Soc Sci Med 11: 611-618, 1977.

* Morrison SD. Intermediate Variables in the Association Between Migration and Mental Illness. Int J Soc Psychiatry: 60-65, 1973.

* Moussaqi B, Ferry B. Psychopathologie des migrants. París, 1977.

* Muñoz PE. Epidemiología y asistencia psiquiátrica: La identificación de necesidades. Actas Ibero-Españolas de Neurología, psiquiatría y Ciencias afines 9: 263-303, 1981.

* Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez-Insausti F, Pastrana E, Vano J. Adaptación española del General Health Questionnaire (G.H.Q.) de D.P. Soldeberg. Comunicación presentada al XIII Congreso Nacional de Neuropsiquiatría A.E.N. Mérida 1975.

* Murphy HBM. Fligh and Resettlement. Unesco, París 1955.

* Murphy HBM. Culture, society and mental disorder in South East Asia. M.D. Thesis. ^{tit d'} ~~Universidad~~ Edimburg 1959.

* Murphy HBM. Social change and mental health. ^{A:} ~~En~~ Causes of Mental disorders: A review of Epidemiological Knowledge. Milbank Memorial Foundation, ~~N~~ova York 1961.

* Murphy HBM. Migration and the major mental disorders: a reappraisal. ^{A:} ~~En~~ Mobility and Mental Health. Kantor MB (ed) 5-29. Charles C. Thomas. Springfield. Ill, 1965.

* Murphy. The Evocative role of complex social facts. ^{A:} ~~En~~ Genetic Factors in schizophrenia. A.R. Kaplan (ed): 407-422. Charles C. Thomas. Springfield Ill. 1972a.

* Murphy HBM. Psychiatric concomitants of fusion in plural societies. ^{A:} ~~En~~ Transcultural Research in Mental Health. Lebra WP (ed). University of Hawaii Press. Honolulu 1972 b.

* Murphy HBM. Migration and the major mental disorders: A. Reappraisal. ^{A:} ~~En~~ Uprooting and After.... Zwingmann CA Y Pfister-Anneke (ed). Spinger-Verlag: ~~N~~ova York 1973.

* Murphy HBM. Mental health guidelines for immigration policy. International Migration 10: 333-350. 1974.

* Murphy Hbm. Alcoholism and schizophrenia in the Irish: A review. Transcultural Psychiatric Research Review 10: 116-139. 1975.

* Murphy HBM. Migration, culture and mental health. Psychol Med 7: 677-684, 1977.

* Myerson R. Review, mental disorders in urban areas. Am J Psychiatry 96: 995-997, 1940.

* Negre P. Encuesta a los exiliados del Cond Sur en España. Perspectiva Social 1980, 15: 99-122.

* Nevhans OS. Sindicatos contra las primas al retorno. Carta de España 1983. 264: 37.

- * Meisner J, Lee C. Immigrant Workers in the U.S. South. JAMS 1975, 10: 8-14.
- * Health and Social Adjustment of Immigrants: From a child's point of view. Journal of Sociology Social Welfare 1975, 3: 224-241.
- * Notó, P. Panyella, M. Introducció a la Psicologia Social. Barcelona: Edicions 62, 1986.
- * Núñez A. Súbditos paquistaníes, en la escala más baja de la minería leonesa. El País 2177. Barcelona 13 març 1983.
- * Núñez A. Ancianos y "hippies", únicos habitantes de los pueblos muertos de la Maragatería leonesa. El País 2224. Barcelona 12 abril 1983.
- * NYT. Crece incontenible la emigración clandestina de mexicanos hacia EE.UU. El País 2184. Barcelona 21 març 1983.
- * Oberg K. Cultural Shock. New York. Bobbs-Merrill Print Series in the Social Sciences. 1938.
- * Odegard O. Immigration and insanity: A study of mental disease among the Norwegian-born population in Minnesota. Acta Psychiatr Scand 20: 247-284, 1945.
- * Odegard O, Astrup C. Internal migration and mental disease in Norway. Psychiatr Q 34: 116-130, 1960.
- * Oganiz JA, Sacanell E. Medio urbano y enfermedad mental: cuestiones metodológicas. Psiquis 4: 24-30, 1980.
- * Oliva PM. 113000 personas han abandonado Catalunya desde 1981. El País, 18 ^{de setembre} ~~setembre~~ 1986.
- * OMS. Atención Primaria de Salud. (Conferència Internacional sobre Atención Primaria de ~~SAU~~ ^{salut} Alma-Ata, 1978) Ginebra: OMS, 1978.
- * Oztek, Z. Social and health problems of migrant workers. ^{A:} ~~EN~~ Colledge, M. ⁱ Svensson, P-G (edc.) Migration and health. ~~La Haya~~ ^{L'Haya}: OMS, 1986.
- * Pascual, A., Cardelús, J. El marc social de les migracions. El Món 1983, 87:19.
- * Paris J. The symbolic return psychodynamic aspects of immigration and exile. J Am Acad Psychoanal 6 (1): 51-57, 1978.
- * Parker S, Kleiner SJ. Mental Illness in the Urban Negro Community. Free Press: Glencoe, Ill. 1966.
- * Parker S, Kleiner RJ. Migration and mental illness: some reconsiderations and suggestions for further analysis. VI Int. Kongr. Analysis Sozial. Evian 1967.
- * Pascual A. Documents d'anàlisi geogràfica: Els moviments migratoris de retorn. Significació i perspectives. Departament de Geografia. Universitat Autònoma de Barcelona, 1983: 47-70.
- * Pastor-Bueno Y. Suárez E. Los niños emigrantes de lengua española y los avatares del complejo de Edipo. IV Congrès Union Européenne de Pédiopsychiatrie. Madrid 1979, Actes du Congrès.
- * Pellegrero N. Los servicios sanitarios de Atención Primaria. Revista de Trabajo Social 1987, 105: 79-85.
- * Ferdigó JM. La otra Feria de Abril. El País 3677, 4 ^{may} ~~may~~ 1987.
- * Pérez de Pla E. El extranjero. México 1981 (mimeo).

- * Pérez-Sánchez, M. Observación de bebés. Relaciones emocionales en el primer año de vida. Barcelona: ICESB, 1981.
- * Petrella F, Weiss G. Migrazione e problemi di psicodinamica familiare. Rel. Con: Immigrazione. Varese 1974.
- * Pfister-Ammendow. Psychologie und Psychiatrie der Internierung und des Flüchtlingsdaseins. Gegenwart (III) Springer 1961.
- * Pflanz M. Sozialer Wandel und Krankheit Enke. Verlag. Stuttgart 1961.
- * Pflanz M. Epidemiological and socio-cultural factors in the etiology of duodenal ulcer. Annals of Medicine 6: 121-151, 1971.
- * Piaget, J. (1967) Psicología y epistemología. Barcelona: Ariel, 1971.
- * Piaget J. Les courants de l'epistemologie scientifique contemporaine. ^{A:} En Logique et connaissance. Ed. per Piaget J. Gallimard, Dijon 1965.
- * Piaget, J. (1970) La psicología. ^{A:} En Piaget, J., Mackenzie, WJM & Lazarsfeld, PF (eds.) Tendencias de la investigación en las Ciencias Sociales. Madrid: Alianza, 1973.
- * Piaget, J. (1970) La situación de las Ciencias del Hombre dentro del sistema de las ciencias. ^{A:} En Piaget, J., Mackenzie, WJM & Lazarsfeld, PF (eds.) Tendencias de la investigación en las Ciencias Sociales. Madrid: Alianza, 1973.
- * Pichon, E. Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent. París: Masson, 1936.
- * Pinilla de las Heras E. Immigració i mobilitat social a Catalunya. Barcelona, ICESB. Fundació Bofill, 1973-1978 (5 fascicles).
- * Pintér E. Emigrantendasein und psychiatr. 122: 75-82, 1978.
- * Poock K. Die Hypochondrische Depression bei den italienischen Fremdarbeitern in der DDR. Deutsche Med Wschr 87,28: 1419-1424, 1962
- * Polanco M. Cuatro entidades españolas en la Semana Cultural de la Emigración. Ginebra. El País. 2148. Barcelona 10 febrer 1983.
- * Pollock GH. Mourning and adaptation. Int J Psychoanal 42: 341-361, 1961.
- * Portero B. Emigrantes con patrón español. Carta de España 1983, 284: 12-19.
- * Poucher, M. Le peuplement de Paris. París: 1964.
- * Price GB. Discussion on the causes of invaliding from the tropics. B Med J 11: 1290-1297, 1911.
- * Puyol R. Emigración y desigualdades regionales en España. E.M.E.S.A. 1979.
- * Queizán MX. A muller en Galicia. Coruña, Edicions do Castro 1977.
- * Quesada F. Chispas de Roda (I). Castrelos-Vigo 1979. (9 ed).
- * Quesada F. Chispas de Roda (II). Castrelos-Vigo 1977. (5 ed).
- * Quesada F. Humor a Rapañota. Galaxia, Vigo 1981.

- * Quiles A. Emigración. Bélgica. El movimiento asociativo contra la discriminación. Carta de España 1983, 282: 43.
- * Quintanilla MA. Ideología y Ciencia. Fernando Torres Editor. València 1976.
- * Rabinowitz. The Upland as a model for effective integration of new immigrants: a psychological overview of an Israeli absorption center. Isr Ann Psychiatry 15: 397-402, 1977.
- * Rapport Général 1964. Service social d'aide aux émigrants. Service Social de la main-d'oeuvre étrangère. Paris XV, 1964.
- * Recolons LL. Marc demogràfic dels recents moviments migratoris de Catalunya. Perspectiva Social 1979, 14: 7-33.
- * Recolons LL. Situació actual del procés immigratori a Catalunya. Perspectiva Social 1984, 19 (separata), 25 pàgs.
- * Relaño, A. Más de dos millones y medio de andaluces trabajan fuera de la región en que nacieron. El País, 10 de ~~Septiembre~~^{Agosto} 1984.
- * Rendueles, G. Demanda-Respuesta y modelo subyacente en la Asistencia Neuropsiquiátrica de la Seguridad Social española. Clínica y Análisis grupal 1983, 30 : 25-38.
- * Rendueles, G. La invalidez por causa psiquiátrica. Rev. de la Asoc. Esp. Neuropsiquiátrica 1984, 11, 4: 419-422.
- * Richards E. Pueblos de la Tierra. Ed. Burulais. ^{Donostia} ~~San Sebastián~~ 1973.
- * Roberts BH, Myers JK. Religion, national origin, immigration and mental illness. En The Mental Patient: Studies in the Sociology of Deviance. Spitzer SP y Denzin NK (eds). McGraw-Hill. ~~New~~ York 1968.
- * Robertson, J. Robertson, J. Film: John, 17 meses; 9 días en guardería con internado. Londres : Robertson Center, 1980
- * Robertson, J. y Robertson, J. Young children in Brief Separation. A fresh look. New York: Quadrangle Books, 1971.
- * Rodríguez A. Galice: l'alcolisme dans le milieu rural. Alcool ou Santé: 4: 17-24, 1976.
- * Rodríguez A. Emigración y psicopatología familiar. ^{A:} ~~En~~ Gran Enciclopedia Gallega (10): 32-36, 1978.
- * Rodríguez A. Repercusiones de la emigración sobre la salud mental y psicopatología familiar en la población gallega. Documentación Social 47: 75-82, 1982.
- * Rodríguez A, Alonso MD. Patología psíquica en hijos de emigrantes gallegos. F. Neuropsiq. Del Sur y Este de España 14: 219-224, 1979.
- * Rodríguez R, Fert M, Garrone G, Ajuriaguerra J. L'adaptation scolaire chez les enfants d'immigrants espagnols à Genève. Acta Paedopsych 1967, 34: 277-289.
- * Rof Carballo J. Biología y psicoanálisis. Desde de Brower. Bilbao 1972.
- * Rooke PT, Schnell RL. The "King's children?" in English Canada: A psychohistorical study of abandonment, rejection, and colonial response. Journal of Psychohistory 1981, 8: 387-420.
- * Rosch G. Démographie, sociologie et pathologie des immigrants Nord-Africains dans la Seine étudiés d'après des ^{en} ~~en~~ enquêtes hospitaleres. Thèse, Paris 1957.
- * Rosenfeld, HA (1965) Estados psicóticos. Buenos Aires : Paidós, 1968.
- * Rossell T, Tizón JL (comp.) Salud Mental y Trabajo Social. Laia, Barcelona 1982.

- † Robert de Ventós Y. Cultura i Política. ^{A:} ~~En~~ Reflexions crítiques sobre la cultura catalana. Barcelona, Departament de Cultura de la Generalitat de Catalunya, 1983: 157-177.
- † Ruesch J Jacobson A, Loeb MD. Acculturation and Illness. American Psychological Associations Monograph: Washington 1948.
- † Rutter M. A children's behaviour questionnaire for completion by teachers: preliminary findings. J Child Psychiatry 1967, 9: 1-11.
- † Rutter M et al. Children of West Indian immigrants: I. Rates of behavioural deviance and of psychiatric disorder. Journal of Child Psychology Psychiatry Allied Disciplines 1974, 15: 241-262.
- † Sachs, L. Health care across cultural boundaries. ^{A:} ~~En~~ Colledge, M. ⁱ Svensson, P-G. Migration and Health. ^{L'Haja:} ~~La Haja~~ OMS 1986.
- † Sala-Túnez. Xenofobia alemana. Carta al Director. El País 2104. Barcelona 29 ^{diciembre} 1982.
- † Salameo M. El imperialismo intelectual del modelo estadístico muestral. ^{A:} ~~En~~ El biologismo: implicaciones teóricas, repercusiones en la Asistencia Sanitaria de Tizón JL y el CIPP (comp). (en prensa).
- † Salameo M, Tizón JL. Una aportación a la recogida y procesamiento de la información psicosocial y de la salud mental. Revista de Sanidad e Higiene Pública 53 (5): 1263-1305. 1979.
- † Salameo M, Atxotegi J, San José J, Fellagero N. Los adolescentes de la segunda generación de emigrantes. Conflictos psicológicos y sociales. Memoria de la Beca ~~de~~ Investigación. Barcelona, Escola Universitària de Treball Social, 1987.
- † Santa Cruz A. Un éxodo hacia la miseria en el siglo XX. Las expulsiones masivas decretadas por Nigeria zarandean a Ghana y amenazan la estabilidad de Africa occidental. El País 2174. Barcelona 11 febrer 1983.
- † Sauna. The Etiology and Epidemiology of mental illness and problems of methodology. Mental Hygiene 47: 607-621, 1963.
- † Sauna V. Immigration, migration and mental illness: A review of the literature with especial emphasis on schizophrenia. Behavior in New Environments: Adaptation of Migrant Populations. Brody EB (ed). Sage Publications. Beverly Hills 1970.
- † Scarcella M. Conseguenza della migrazione interna sulle comunità socio-familiari. Higiene Ment 6 (2) 265, 1962.
- † Schaller J. Experienced and expected problems reported by children after a family move. Goteborg Psychological Reports 1974, 4 (16): 12.
- † Schaller J. The relation between [†]geographic mobility and school behavior. Man-Environment Systems 1975, 5: 185-187.
- † Scheff TH (1966). El rol de enfermo mental. Amorrortu. Buenos Aires 1973.
- † Schmidt K. Beyond the study of prevalence of mental illness: prevention. ^{A:} ~~En~~ De la Fuente F ⁱ Weisman MN. Psychiatry. Proceedings of the V World Congress of Psychiatry. Excerpta Médica. Amsterdam 1973.
- † Scholer C, Caudill W. Symptomatology in Japanese and American schizophrenics. Ethnology 3: 172-178, 1964.
- † Schrader A. The "vulnerable" age: Findings on foreign children in Germany: A comment in Inbar and Adler, Sociology of Education. Sociology of education 1978, 51: 227-230.

- * Segal H (1964). Introducción a la obra de Melanie Klein. Paidós, Buenos Aires 1972. ^o ~~Tanto~~ ~~de~~ ~~las~~ ~~Obras Completas de~~ M. Klein (I). Paidós, Buenos Aires 1980.
- * Seguin CA. Le Syndrome psychomatique de désadaptation. Rev Latinoam Psychiatry 1: 27-38, 1981.
- * Seguin CA. Emigration et désadaptation psychosomatique. Psychosom Med 18: (5): 404-409, 1956.
- * Selve H. The Stress of Life. McGraw-Hill, Nova York 1956.
- * Seppilli I. L'approccio antropologico-culturale nella individuazione dell'incidenza dei processi migratori sulla patologia mentale. Atti Conv Int: Immigrazione, lavoro e patologia mentale. Milano 1983.
- * Service Social de la main d'oeuvre etrangere: Rapport general 1964. Service Social d'aide aux émigrants. Paris 1965.
- * Shroeder CW. Mental disorders in citites. Am J Sociol 47: 40-47, 1942.
- * Silberman RM, Bennen, F CHAM: A Classification of Psychiatric States. Amsterdam: Excerpta Medica. 1971.
- * Silverman I, Lief VF, Shah RK. Migration and alcohol use. A careers analysis. Int J Addict 6: 195-2213. 1971.
- * Simoes MP Mental health of migrants. ^{A:} ~~En~~ Colledge, M. Svebnsson F-G, (Eds.). Migration and Health ^{Li Haia} La-Haya: OMS, 1986.
- * Simoes, MP: R4Theory of social selection and Mental Helath of Emigrants. Acta Psychiatrica Portuguesa 1980, 26: 169-173.
- * Simoes, MP: Religion and Psycho-Pathology among Portuguese Emigrants in Switzerland. ^{A:} ~~En~~ Psychopathology of Trasplantation of Migrants. Estrasburg: European Science Foundation, 1983.
- * Simoes MP ^Y Binder, J. A Socio-Psychiatric Field Study among Portuguese Emigrants in Switzerland. Social Psychiatry 1980, 15: 1-7.
- * Sirauss P. Les enfants de travailleurs migrants en France. In. Mande, Manciaux et Masse: Pediatrie Sociale Flammarion, Paris (1): 561-570.
- * Sivadon P, Koehlin PH, Giubert. À propos des troubles mentaux des transplantés. Ann Med Psychol 2,1: 1101-106, 1954.
- * Sizaret P, Engel G. Transplantation et décompensations psychotiques. Ann Med Psychol 2 (1): 182-184, 1975.
- * Skinner, BF Ciencia y conducta humana Barcelona: Fontanella, 1970.
- * Sluzki CE. Migración y conflicto familiar. Family Process 1979m 4: 87-106.
- * Smart R, Whitehead F. The consumption patterns of illicit drugs and their implications for prevention of abuse. ^{A:} De la Fuente F & Weisman M. Psychiatry. Proceedings of the V World Congress of Psychiatry. Excerpta Médica. Amsterdam 1973.
- * Smith R. "No podía resistir más": suicidio y desempleo. Brit M Journal ed esp 1986, 1: 86-92.
- * Solé C. La integración sociocultural de los inmigrantes en Catalunya. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1981.
- * Solé C. Los inmigrantes en la sociedad y en la cultura catalanas. Península. Barcelona 1982.
- * Solé C. Tres análisis sociológicos de la inmigració a Catalunya. La integració dels immigrants. El Món 1983, 87:

18-19.

- * Solé C ^{i el} ~~col·le~~. La immigració a Catalunya. Perspectiva Social 1986, 23: 5-145.
- * Spitz R (1965). El primer año de vida del niño. Fondo de Cultura Económica. Madrid 1982.
- * Spruit, IP Health care for labour-immigrants: Perceptions of problems. ^{A:} ~~En~~ Colledge, M. ~~Svensson~~, P-G. Migration and Health. ~~La Haya~~ ^{L'Haya}: OMS, 1986.
- * Srole L, Langner TS, Michael ST, Opler MK, Rennie TAC. Mental Health in the Metropolis: the midtown Manhattan Study. McGraw-Hill (ed). ~~Nova~~ ^{York} 1962.
- * Srole L, Langner TS, Michael ST, Opler MK, Rennie TAC! Mental health in the metropolis. Harper and Row. ~~Nova~~ ^{York} 1975.
- * Stein L. Social class gradient in schizophrenia. Br J Prev Soc Med 11: 181-195, 1957.
- * Steinhausen H, Remschmidt H. Migration and emotional disorders: A comparison of children of Greek "guest workers" and German children in West Berlin. Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie 1982, 10: 344-364.
- * Stoetzel J. La psychologie sociale. Flammarion 1963.
- * Stopes-Roe M. Psychological and social adjustment for Asian immigrants to Britain. Social psychiatry 12: 195-207, 1977.
- * Stromgren E. Mental health service planning based on prevalence and incidence studies. ^{A:} ~~En~~ De la Fuente F ~~i~~ Weisman MN. Psychiatry. Proceedings of the V World Congress of Psychiatry. Excerpta Médica. Amsterdam 1973.
- * Subirats M. Las nuevas profesiones. Salvat. Barcelona 1973.
- * Sung BL. The adjustment experience of chinese immigrant children in New York City. Dissertation Abstracts International 1983, 44: 296-297.
- * Sweezy PM (1946). Teoría del desarrollo capitalista. F.C.E. México 1964.
- * Tabourette-Keller, A: Comparaisons interlanues et problemes du bilinguisme. ^A ~~En~~: La genèse de la parole(I): Paris: PUF, 1977.
- * Tamames R (dir). Anuario EL PAIS 1987 Madrid, Ediciones El País 1987.
- * Tarradell M. Universitat i investigació humanística. ^A ~~En~~: Reflexions crítiques sobre la cultura catalana. Barcelona, Departament de Cultura de la Generalitat de Catalunya, 1983: 179-198.
- * Ten GHMM. A Classification of diferent types of Psychiatric Case Registers. ^{A:} ~~En~~ GHMM Ten, R Giel, GWH Bulbinat ~~i~~ HJ Henderson (eds): Pschiatric Case Registers in Public Health. Elsemier, ~~Nova~~ ^{York} 1986.
- * Termes J. L' emigració a Catalunya: Política i Cultura. Reflexions crítiques sobre la cultura catalana. Departament de Cultura de la Generalitat de Catalunya. Barcelona 1983.
- * Tewfik GI, Okesha A. Psychosis and immigration. Postgrad Med 41: 480, 1965.
- * Thomas H. La guerra civil española. Ruedo Ibérico. París 1962.
- * Thoss, E. Migrants and their special needs in relation to sexuality and family planning in Belgium. ^{A:} ~~En~~ Colledge, M. ~~Svensson~~, P-G (eds.) Migration and health. ~~La Haya~~ ^{L'Haya} : OMS, 1986.
- * Ticho G. Cultural aspects of trasference and counter-transference. Bull. Menniger Clinic 35, 1971.

* Tizón JL. Los pacientes "liminales" y algunos aspectos de la problemática epistemológica de la Psiquiatría. Actas Luso-españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines. 1 (1): 751-766, 1973 a.

* Tizón JL. Medicina general, Psiquiatría y Medicina Psicosomática: Enfermos orgánicos y funcionales en la consulta de Medicina General del Seguro de Enfermedad. Informaciones Psiquiátricas 58:6-40, 1973 b.

* Tizón JL. Enfermos orgánicos y funcionales en la consulta de Medicina General del Seguro de Enfermedad. Comunicación preliminar. Medicina Clínica 63 (2): 72-79, 1974.

A:

* Tizón JL. Los P.O.R y los G.O.R. ¿Cambio o ruptura en el sistema de obtención de datos?. Criterios de objetivación en Psicopatología. Libro de la I Ponencia del XIV Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Sevilla 1977 a.

* Tizón JL. La automatización de las historias clínicas en Psiquiatría. La Historia Psiquiátrica Automatizable "Barcelona" (HPAB). Tesis Doctoral. Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Barcelona 1977 b.

* Tizón JL. Los costos sociales de una errónea concepción de la asistencia sanitaria ambulatoria. Una perspectiva. Medicina Clínica 69 (2); 82-89, Barcelona 1977 c.

* Tizón JL. Pacientes "orgánicos" y "funcionales" en la Práctica general: Una propuesta alternativa y utópica. Libro de Contribuciones Oficiales a la XVI Reunión Nacional de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. S.E.M.P.F. Granada 1978 a.

* Tizón JL. La locura, compañera repudiada. La Goya Ciencia. Barcelona 1978 b.

* Tizón JL. Introducción a la Epistemología de la psicopatología y la psiquiatría. Ariel. Barcelona 1978 c.

* Tizón JL. Objetivos y métodos de creación de un dossier psiquiátrico estandarizado y automatizable. (Resumen de Tesis Doctoral). Publicación de la Universidad de Barcelona. Barcelona 1978.

* Tizon, J.L. Salud, insania y sociedad: Algunas precisiones acerca de la noción de Salud (Mental). Revista de Trabajo Social 1981, 81,3: 103-134.

* Tizón JL. Apuntes para una psicología basada en la relación. Hora. Barcelona 1982 a.

* Tizón JL. Aproximación al análisis de la demanda en la primera línea de asistencia psiquiátrica del Insalud. Comunicación a la Primera Ponencia ("Metodología y epidemiología en Psiquiatría") de las II Jornadas Catalano-Croatas de Psiquiatría Social. Barcelona abril 1982 b.

* Tizón JL. 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, 4: 23-32.

* Tizón JL. Relaciones sociales y salud mental: esquemas de la aportación psicodinámica a una aproximación psicosocial no empirista. Trabajo Social y Salud Mental. Barcelona: Laia, 1983.

* Tizón JL. La Asistencia Primaria en Salud (mental): Una perspectiva. Rev. Asoc. Española Neuropsiquiatría 1986, 17,6 : 229-252.

* Tizón, JL Componentes psicológicos de la práctica médica: una perspectiva. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques, 1987.

* Tizón, JL Componentes psicológicos de la práctica médica: Una perspectiva desde la Atención Primaria. Barcelona: DOYMA, 1988.

- * Tizón JL, Díaz JM, De la Lama E. La historia automatizada Barcelona. Estado actual de la investigación. Fundació Vidal i Barraquer. Barcelona 1976 (polic).
- * Tizón JL, Díaz JM, De la Lama E, Salamero M. El Registro de Casos automatizable en Higiene Mental y Asistencia Psicológica y Psiquiátrica. Informaciones Psiquiátricas 72 (3): 148-161, 1978.
- * Tizón JL, Salamero M, De la Lama E, Diaz-Munquira JM. La medicalización de los "pacientes funcionales": magnitud de un despilfarro. A: Libro de Contribuciones Oficiales a la XVI Reunión Nacional de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. S.E.M.P.P. Granada 1978.
- * Tizón JL, Bermejo J, Garre A. Una investigación a propósito de dos años de experiencias en consulta de neuropsiquiatría de zona del Insalud (I). Descripción de las consultas. Informaciones Psiquiátricas 83: 143-169, 1981 a.
- * Tizón JL, Bermejo J, Garre a. Una investigación a propósito de dos años de experiencia en consultas de Neuropsiquiatría de zona del Insalud (II). Psiquiatría psicológicamente orientada versus Neuropsiquiatría biológicamente orientada. Informaciones Psiquiátricas 84: 255-273, 1981 b.
- * Tizón JL, De la Lama E, Salamero M, Diaz-Munquira JM, Sanjosé J, Galindo M. Lactancia y oraldad en la población general: Estudio preliminar reactualizado con la colaboración de los estudiantes de segundo curso de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona. Cuadernos de Psicología 4: 61-103. 1981.
- * Tizón JL, Díaz JM, Marcos MJ. La Neuropsiquiatría de Zona, una vergüenza nacional (I)' El País 2349, Barcelona 2 septiembre 1983.
- * Tizón JL, Díaz JM, Marcos MJ. La Neuropsiquiatría de Zona, una vergüenza nacional (II). El País 2350, Barcelona 3 septiembre 1983.
- * Tizón JL, San José J, Salamero M, Pellegrero N, Díaz-Munquira JM, Atxotegi J. Migraciones y Salud Mental: Un análisis psicopatológico de la población asalariada trasplantada a Catalunya durante el siglo XX. Treball guanyador del Premi Luis Martín Santos d'Investigació en Psiquiatría de 1983. Barcelona, Fundació Vidal Barraquer 1983 (polic.).
- * Tizón, JL, Spagnolo, E Pellegrero, N. La "cronificació medicalitzada" en les actuals consultes de Neuropsiquiatría de Zona: Resum d'una investigació. A: El procés d'emalaltir, Llibre de Ponències i Comunicacions del XIII Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Castelló de la Plana: Institut d'Estudis Catalans - Institució Alfons el Magnànim, 1984.
- * Tizón JL, Atxotegi J, San José J, Sáinz F, Pellegrero N, Salamero M. La migració com a factor de risc psicosocial i mèdic. A: Llibre de ponències: El procés d'emalaltir. XIII Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Castelló de la Plana-Benicàssim, Institut d'Estudis Catalans, Institut Alfons el Magnànim 1984: 303-324.
- * Tizón JL, San José J, Salamero M, Pellegrero N, Díaz-Munquira JM, Atxotegi J. Migraciones y Salud Mental. El País 2595, Barcelona 8 mayo 1984.
- * Tizón JL, San José J, Sáinz F, Salamero M, Pellegrero N, Atxotegi J, Díaz-Munquira JM. La Migració: un esdeveniment vital per a la salut mental. Fundació Vidal i Barraquer. Butlletí informatiu 1984, 14: 2-3.
- * Tizón JL, Atxotegi J, Pellegrero N, San José J, Sáinz F, Salamero M. La migración como factor de riesgo para la salud (I). Gaceta Sanitaria de Barcelona 1986, 28: 149-155. (II): 1986, 29: 182-187.
- * Tizón JL, Atxotegi J, San José J, Sáinz F, Pellegrero N, Salamero M. La migración como factor de riesgo psicosocial y médico. Revista de Trabajo Social 1986, 101: 103-126.
- * Tizón JL, Spagnolo E. La Neuropsiquiatría de Zona dentro de la Asistencia Primaria actual. Una investigación con resultados críticos. Revista de Sanidad e Higiene Pública 1986, 60: 463-497.

- teóricas*
- * Tizón, JL ^í El C.I.P.F. (comps) El biologicismo: implicaciones teóricas, repercusiones en la asistencia sanitaria. Barcelona: Informaciones Psiquiátricas, 1936.
- * Tizón, JL, Salasero, M, Pellegrero, N., Sainz, F., Atxotegi, J., Sanjosé, J. Migraciones y salud mental: Una revisión empírica del tema desde una perspectiva asistencialmente delimitada. Barcelona (en prensa).
- * Tordera J. Gonzalo-Crespo, exconcejel andaluz, volvió a su tierra. El director general de la junta andaluza fomentará convenios con Catalunya. El Periódico. Barcelona 6 marzo 1983.
- * Torrubiá A, Torrubiá H. Contribution à une psychopathologie sociale (recherche sur la transplantation). ^{A:} En Etudes de socio-psychiatrie. Monographies de l'Inst National d'Hygiène 7: 59-81. París 1955.
- * Toulitatos J, Lindholm BW. Behavioral disturbance in children of native-born and immigrant parents. Journal of Community Psychology 1980, 8: 28-33.
- * Tourre J, Giabicani A. Identité, bilinguisme et biculturalisme. Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 1979, 27: 341-350.
- * Townsend, P ^í Davidson, N (eds.) Inequalities in health: the Black Report. Londres: Penguin Books, 1982.
- * Triadó J. Alguns aspectes actuals de la relació entre la llengua i la cultura. ^A En: Reflexions crítiques sobre la cultura catalana. Barcelona, Departament de Cultura de la Generalitat de Catalunya, 1983: 53-82.
- * Tuñón M. La España del Siglo XX. Librería Española. París 1973.
- * Tyhurst L. Displacement and migration, a study in social psychiatry. AM J Psychiatry 107, 8: 561-568, 1951.
- * Valtueña JA. Diagnóstico del desarraigo. Jano 1984, 639: 16-17.
- * Vallbona R. La mayoría de africanos del Maresme se dedican ahora a recoger piñas. En peor situación tres meses después de las denuncias. El País 2153. Barcelona 17 febrero 1983.
- * Vallbona R. 25 empresarios del Maresme, acusados de esclavismo. El País 2167. Barcelona 3 marzo 1983.
- * Vallbona R. La guardia civil detiene a otro africano como coautor del homicidio de Blanes. El País 2177. Barcelona 13 marzo 1983.
- * Vallbona R. 2101 africanos se censan para afincarse en el Maresme. El País 9181. Barcelona 21 marzo 1983.
- * Vallejo A. Del subdesarrollo portugués al tercermundismo económico de Galicia. El País 2177. Barcelona 13 marzo 1983.
- * Van Geuns, HA Health care and Moroccan and Turkish immigrants. ^{A:} En Colledge M. ^í Svensson P-B. (eds). Migration and health. La Haya: OMS, 1986.
L'Haya
- * Vandellós JA. La inmigració a Catalunya. Barcelona XV Concurs Patxot i Ferrer, obra premiada, 1934.
- * Vanini M. Emigrazione e Psicopatologia. Contributo personale. Riv Sper Freniat 6: 1643-1644, 1979.
- * Vanni F. Contributo allo studio della patologia psichiatrica reattiva in emigrati di origine rurale. Atti de la Convenció Internacional sobre immigrazione, lavoro e patologia mentale: 337-357. Milán 1963.
- * Vasquez A. Social time: Foreign children at French school. Enfance 1980, 3: 179-191.
- * Vaz de Soto JM. Defensa del habla andaluza. Sevilla, Edusur, Cuadernos de Cultura Popular, 1981.

- * Vázquez E. Crecimiento y desarrollo de los hijos de emigrantes gallegos residentes en Caracas. Tesis Doctoral. Santiago de Compostela, 1979.
- * Vázquez, JL. Sociología de las neurosis, Psiquis 1981,4: 20-32.
- * Vázquez JL. Clase social y movilidad social como factores condicionantes de la salud mental. Documentación social 47: 17-27, 1982.
- * Vázquez JL, Díez DF. Las fuentes de información en la investigación epidemiológica en Psiquiatría. Psiquis 3: 23-30, 1982.
- * Vázquez JL, Padierna JA, Díez DF. El concepto de caso en la investigación psiquiátrica. Psiquis 5: 17-22, 1984.
- * Vázquez M. Para una nueva conciencia nacional catalana. ^{A:} Los inmigrantes en la sociedad y en la cultura catalanas. Península, Barcelona 1982.
- * Vázquez JL, Muñoz PE, Madoz V, Rodríguez F, Pastrana E, Varo J, Del Amo FJ. Influencia de los factores personales sobre la prevalencia neurótica. Actas Luso-españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines 7 (4): 267-283, 1981.
- * Vázquez-Nuttall E, Avila-Vivas Z. Working with Latin American families. Family Therapy Collections 1984, 9: 74-90.
- * Negro GR. Contributo allo studio della psicopatologia da radicamento. Riv Sper Freniat 93 (5): 1179-1213, 1969.
- * Verhaegen P (ed.) Mental health in foreign workers Lovaina: Acco, 1972.
- * Vila MA. Les migracions i Catalunya. Barcelona, El Llamp 1984.
- * Viladot MA. El bilingüisme a Catalunya. Investigació psicològica. Barcelona, Laia 1981.
- * Viladot MA. Psicología i ideologia. A propòsit de l'article "Valoració de judicis sobre el caràcter català". Quaderns de Psicologia 1983, 7.1:101-108.
- * Vilar P. Procés Històric i cultura catalana. ^{A:} Reflexions crítiques sobre la cultura catalana. Barcelona, Departament de Cultura de la Generalitat de Catalunya, 1983: 7-51.
- * Vilas M, Varo JM. Problemas psíquicos de los emigrantes. ^{A:} Escuela de Asistentes Sociales. El Asistente Social en el tratamiento del enfermo psiquiátrico. Pamplona, Ediciones Universidad de Navarra, 1973: 40-64.
- * Villa JL. Les troubles digestif fonctionnel chez l'emigré italien en Suisse Romande. Rev Med Psychosomatique 9: 100-105, 1960.
- * Villa JL. Problemes d'hygiène mentale du travailleur étranger en Suisse. Rev Société Vaudoise d'hygiène mentale 59, rapport 1961.
- * Villa JL. Problemes de L'adaptation psychosociales de la main d'oeuvre étrangère en Suisse. Praxis 5, 14: 363-371, 1962.
- * Villa JL. Les difficultés d'adaptation du travailleur italien. Med Preventive 8: 393-408, 1963.
- * Villa JL. Problemes de depaysement et d'assimilation des ouvriers étrangers en Suisse. Praxis 54 (8): 144-149, 1965.
- * Villa JL. Aspects rrationnels de la xenophobie. Médecine et Hygiène 857, 1969.

- * Vuori, HV ¿Qué es la Atención Primaria de Salud?. Atención Primaria, 1987, 1:74
- * Vuori, HV Atención Primaria de Salud en Europa: Problemas y soluciones. Atención Primaria 1987,1: 1-10.
- * Watt NF, Lubersky AW. Childhood roots of schizophrenia. J Consult Clin Psychol 44: 363-375, 1976.
- Weed, LL Medical Record, Medical Education and Patient Care. Cleveland (Ohio): The Press of Case Western Reserve University, 1969.
- * Weinberg AA. Psychosociology of the Immigrant. The Israel Institute of Folklore and Ethnology. Jerusalem 1949.
- * Weinberg AA. Migration and Belonging. A Study of Mental Health and Personal Adjustment in Israel. M. Nijhifi, La Haya 1961.
- * Western, Europes Migrant Workers Report no. 28. Minority Rights group 1978.
- * White, GM The role of cultural explanations in "somatization" and "psychologization". Soc.Sci. Med. 1982, 16: 1519-1530.
- * Williams F, Tannopolsky A, Hand D. Case definition and case identification in psychiatric epidemiology: review and assessment. Psychological Medicine 10:101-114, 1980.
- * Wing JK, Mann SA, Leff JP, NixonJM. The concept of a "case" in psychiatric population survey. Psychological Medicine 8: 203-217, 1978.
- * Winnicott DW. La capacidad de estar solo. Revista de Psicoanálisis 1959, 2 (XVI): 139-146.
- * Winnicott DW (1960). La teoría de la relación paterno-filial. A: En El preceso de maduración del niño. Laia, Barcelona 1975.
- * Winnicott DW (1965). El proceso de maduración del niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Laia, Barcelona 1975.
- * Yap MB. Mental Diseases Peculiar to certain cultures: a survey of comparative psychiatry. Y Ment Sci 97: 313-327, 1951.
- * Yule W, Berger M, Yule B, Morton J, Bagley C. Children of West Indian immigrant. 1. Rates of behavioural deviance and of psychiatric disorder. J Child Psychol Psychiatry 15: 241-262, 1974.
- * Yule W, Berger M, Rutter M, Yule B. Children of West Indian immigrants. II. Intellectual performance and reading attainment. J Child Psychol Psychiatry 16: 1-17, 1974.
