

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

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

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

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

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

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

Termes clau:

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

Resum:

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

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

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

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

1. Introducció

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

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

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

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

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

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

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

EXPLORACIONS

Malversament «antisaniari» per consulta de Neuropsiquiatria de Zona l'any (exploracions reiterades innecessàries, polimedicació, exploracions «reasseguradores»)	12 milions/any (mínim)
Malversament «antisaniari» per atenció inadequada als «pacients funcionals» de cada consulta de M. Capçalera de l'INSALUD (càlculs de 1978)	261.000 ptes/mes 3 milions/any/consulta
Conjunt de consultes de Medicina General de l'Estat	86.108 milions ptes. 1978

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Material i mètodes

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

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

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

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

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

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

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

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

Les hipòtesis amb què començarem el treball eren les següents:

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

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

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

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

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

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

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

3. Resultats comentats

3.1. Indicadors psicosocials en la recerca aleatòria en els fitxers

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TAULA 4. *Característiques de la freqüentació en les especialitats*

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

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

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

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

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

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

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

** = significatives

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4. *Recerques especials*

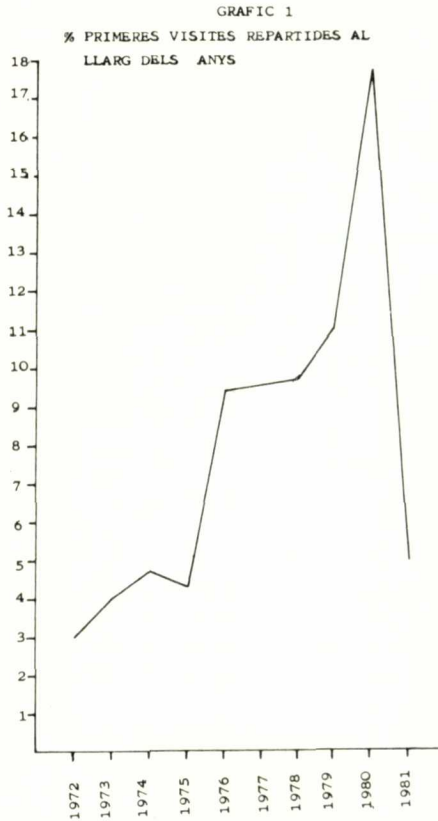
Hauriem d'incloure, finalment, una sèrie de recerques especials que realitzem tractant de trobar índexs numèrics de cronicitat, somatització i cronificació medicalitzada. Algunes d'elles vénen resumides a la taula 6.

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

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

4. *Discussió sobre les dades de la nostra mostra*

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



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

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

4.1. Verificació de les hipòtesis

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

4.1.1. La Consulta de Neuropsiquiatria és la consulta a la qual acudeixen més persones d'un ambulatori d'especialitats situat en un barri format per treballadors i

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

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

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

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

4.2. *Resum dels índexs epidemiològics i assistencials neuropsiquiàtrics*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Alguns comentaris finals

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografia

1. ACHARD, L., GALEANO, J. *Vicisitudes del immigrant*. Comunicació presentada al 33^e Congrés Internacional de Psicoanàlisi. Madrid, 1983.
2. ANGUERA, I. *Influència de l'Hospital General en la salut comunitària*. En: Jornades de Treball Salut Mental i Comunitat a Catalunya. Barcelona: Secció Col·legial de Psiquiatre, Col·legi Oficial de Psicòlegs, 1982; 101-111.
3. ANGUERA, I., SERRA, J., SEDÓ, R., CABEZAS, R., DÍAZ, D., REBES, V., NOLLA, J., WULFF, J. *Valoración de la demanda asistencial en un dispensario de medicina interna en un Hospital General*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, 1976, 36(1):51-64.
4. GALINT, M. (1968). *El médico, el pacient y la enfermedad*. (Dos tomos). Buenos Aires, Editorial Libros Básicos, 1971.
5. BALINT, M., BALINT, E. (1961). *Techniques Psychotherapeutiques en médecine*. Paris, Payot, 1966.
6. BALINT, M., BALINT, E., GOSLING, R., HILDEBRAND, P. *A study of Doctors*. Londres, Tavistock Publications, 1966.
7. BALINT, E., NORELL, J.S. (comp.) (1973). *Seis minutos para el paciente*. Buenos Aires, Paidós, 1979.
8. BALINT, M., ORNSTEIN, P.H., BALINT, E. (1972). *Focal Psychotherapy*. Londres, Tavistock Publications, 1972.
9. BASSOLS, R., HERNÁNDEZ, V., JIMÉNEZ-MARTÍN, E. Aportacions del Psicoanàlisi a la Salut Mental Comunitària. En: Jornades de Treball Salut Mental i Comunitat a Catalunya. Barcelona: Secció Col·legial de Psiquiatres, Col·legi Oficial de Psicòlegs, 1982: 31-38.
10. BAYÉS, R. *Psicología y Medicina*. Barcelona, Fontanella, 1979.
11. BAYÉS, R. *El médico, un placebo de lujo para una sociedad pobre*. Análisis y Modificación de conducta, 1982, 8(18): 259-280.
12. BELENES, R., CASAS, M., MÉNDEZ, E., SÉCULI, E., SEGURA, A. *L'Assistència extrahospitalària de la Seguretat Social a la ciutat de Barcelona*. Barcelona, C.A.P.S., Col·legi de Metges de Barcelona, 1978 (Exemplar mimeografiat).
13. BELENES, R., BRAVO, F., CUERVO, J., GUTIERREZ, R., REVENTÓS, J. *Anàlisi orgànic i funcional de l'INSALUD a Catalunya*. Barcelona, C.A.P.S. Col·legi de Metges de Barcelona, 1980 (exemplar mimeografiat).
14. BERNER, P. *Psychopathologie des migrations*. Encicl Méd Chir. Psychiatrie 1967: 37880 A 10.

15. BERNER, P., ZAPOTOCZKY, H.G. *Psychopathologie des transplantés*. Confrontations Psychiatriques 1969, 4:135-154.
16. BION, W.R. (1963). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires, Paidós, 1966.
17. BOSCH, M., BRISE, E., DIAZ-MUNGUIRA, J.M., FÁBREGAS, J.L., MACHO, J.L., PÉREZ, R., PI, J., TORRA, M. *Estudi i proposta per a la reconversió i desenvolupament de l'assistència municipal en salut mental a Barcelona-ciutat*. Barcelona, Ajuntament de Barcelona, 1980 (polic.).
18. BRAVO, F., DE MIGUEL, J., POLO, R., REVENTÓS, J., RODRÍGUEZ, J.A. *Sociología de los Ambulatorios*. Barcelona, Ariel-Demos, 1979.
19. CALVO, F. *Emigración y elaboración del duelo*. Tesis Doctoral. Barcelona, Universitat Autònoma, Facultat de Medicina, 1972.
20. COCHRANE, A.L. *Efectiveness and efficiency: random reflections on health services*. Washington: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972.
21. CODERCH, J. *Psiquiatria dinámica*. Barcelona, Herder, 1975.
22. COOPER, B., HARWIN, B.G., DEPLA, C., SHPHERD, M. *Mental Health Care in the Community: an evaluative study*. Psychological Medicine, 1975, 5, 372-380.
23. CORSER, CH., PHILIP, A. *Emotional Disturbance in Newly Registered General Practice Patients*. Brit J Psychiat, 1978, 132: 172-176.
24. CRESPO, M.D., RODRÍGUEZ, F., DEL AMO, F., MUERZA, P., PASTRANA, E. *Salud Mental y Epidemiología: un estudio de la prevalencia de neurosis en el medio rural y urbano*. Boletín de la Asociación Española de Neuropsiquiatria, 1980, 3(6): 5-30.
25. DAUMEZON, G. *Transplantation et maladie mentale*. Rev Practicien, 1965, 15:119-137.
26. DIAZ-MUNGUIRA, J.M., BERMEJO, J., MARCOS, M.J., TIZÓN, J.L. *Per a una reconversió de les consultes de Neuropsiquiatria dels Ambulatoris de l'INSALUD*. En: Jornades de Treball Salut Mental i Comunitat a Catalunya. Barcelona: Secció Col·legial de Psiquiatres, Col·legi Oficial de Psicòlegs, 1982: 133-138.
27. DROBNIC, L., CANELA, J., BENI, C., EZPELETA, A., CASTELLS, E. *Estudi de l'ús de les consultes i de les prescripcions farmacològiques a l'Assistència Primària de Barcelona*. Gaceta Sanitària, 1963, 8(2): 58-61.
28. ERIKSON, E.H. (1963). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires, Hormé, 1970.
29. FREUD, S. (1917). *Duelo y melancolía («La aflicción y la melancolía»)*. En: Metapsicología (O.C.I.), Madrid, Biblioteca Nueva, 1967.
30. FRIESSEM, D.H. *Travailleurs étrangers en République Fédérale Allemande. Quelques résultats et réflexions dans une optique médico-sociale et Psychiatrique*. Informations Psychiatriques, 1975, 51:283-291.
31. GOLDBERG, D.P. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Londres, Maudsley Monographs, Oxford University Press, 1966.
32. GOLDBERG, E.M., NEIL, J.E. *Social Work in General Practice*. Londres, Allen & Unwin, 1973.
33. GORZ, A. *Ecología y Política*. Barcelona, El Viejo Topo, 1980.
34. HOUP, J.L., ORLEANS, C.S., GEORGE, L., BRODIE, K.H. *The importance of Mental Health Services to General Health Care*. Cambridge, Massachusetts, Ballinger Publishing Co, 1979.
35. ILLICH, I. *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona, Barral, 1975.
36. INSALUD. *Necesidades Sanitarias y Recursos Asistenciales*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1980.
37. JENICEK, M., CLEROUX, M. *Epidemiologie: principes, techniques, application*. Edisem, 1982.
38. JERVIS, G. (1975). *Manual crítico de Psiquiatria*. Barcelona, Anagrama, 1977.
39. KLEIN, M. (1940). *El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos*. En: Contribuciones al psicoanálisis (Obras Completas 2). Buenos Aires, Paidós, 1975.
40. LEACH, G. *The biocrats: implications of medical progress*. Nova York, Mac Graw-Hill, 1970.
41. MOSER, R.H. *Diseases of medical progress: a study of iatrogenic disease*. Nova York, Springfield, 1969.
42. NIE, N., HADLAIHULL, C., STEINBRENNER, K., BENT, D. S.P.S.S.: *Statistical Package for the Social Sciences* (second ed.). Nova York, McGraw-Hill Book Company, 1975.

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