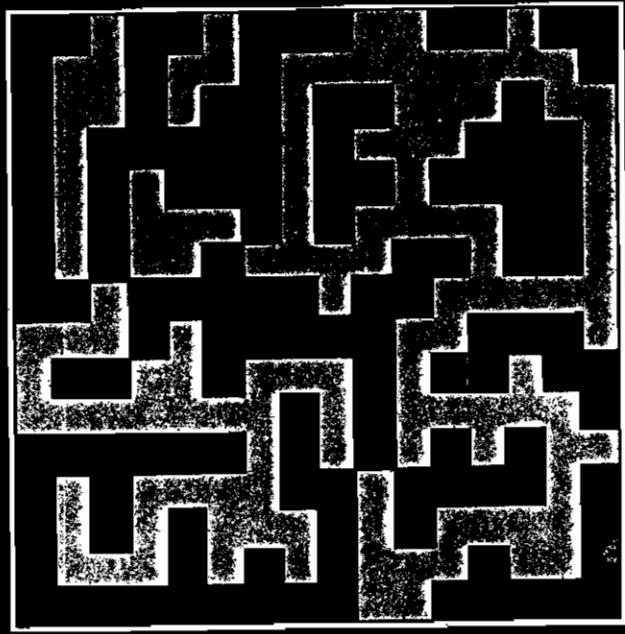


Colaboran:
V́ctor Aparicio
Manuel Desviat
Julían Espinosa
Enrique Jordá
Javier Montejo
Alberto Fernández Liria
José García
Manuel Gómez Beneyto
Guillermo Rendueles

Cronicidad en psiquiatría

Cronicidad en psiquiatría

Julían Espinosa, coordinador



CRONICIDAD EN PSIQUIATRIA

Coordinador: Julián ESPINOSA.

Autores:

**Víctor APARICIO.
Manuel DESVIAT.
Julián ESPINOSA.
Enrique JORDA.
Javier MONTEJO.
Alberto FERNANDEZ LIRIA.
José GARCÍA.
Manuel GOMEZ BENEYTO.
Guillermo RENDUELES.**

SUMARIO

| | Págs. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| I | |
| Introducción, por <i>Julión Espinosa Iborra</i> | 7 |
| II | |
| Respuesta social e institucional al problema del enfermo mental crónico: Una revisión histórica, por <i>Julión Espinosa Iborra</i> | 15 |
| III | |
| Epistemología de la cronicidad: I. La cronicidad: Ideología e historia de un epistema, por <i>Guillermo Rendueles Olmedo</i> . II. La cronicidad: Reflexiones acerca de su epistemología, por <i>José García González y Javier Montejo Candosa</i> | 73 |
| IV | |
| Estudio de los pacientes de larga estancia internados en ocho hospitales psiquiátricos españoles, por <i>Enrique Jordá Moscardó, Julión Espinosa Iborra y Manuel Gómez Beneyto</i> | 121 |
| V | |
| Desinstitucionalización de enfermos mentales crónicos sin recursos comunitarios: Un análisis de la experiencia del hospital psiquiátrico «Padre Jofré», de Bétera (1974-1986), por <i>M. Gómez Beneyto, A. Asencio, M. J. Belenguer, A. Cebrían, G. Cervera, V. Llopis, J. Salazar y A. Soria</i> | 237 |

© ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA.
C/. Villanueva, 11. 28001-Madrid.

Este libro ha sido presentado como ponencia al XVII Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

I.S.B.N.: 84-398-7712-9.
Depósito Legal: M. 33.578-1986.

Imprime: MARIAR, S. A. - Tomás Bretón, 51 - 28045-Madrid

V I

Alternativas a la cronicidad institucional, por *Víctor Aparicio Basauri, Blanca de las Heras Azofra, M.ª Eugenia Díez Fernández, Lorenzo Fernández Barriales y Bani Maya Morodo* 265

V I I

La nueva cronicidad, por *Manuel Desvial, Alberto Fernández Liria y Guillermo Rendueles Olmedo* 305

V I I I

Apéndices: Anotaciones al estudio de internados con estancia prolongada de los hospitales de Alicante, Asturias, Castellón, Leganés, Huelva y Valencia 359

Indice 395

I

INTRODUCCION

Julían ESPINOSA IBORRA

46. **Cuida la ropa** (colgarla, echarla a lavar, limpiar los zapatos...):

- 0. Desconocido.
- 1. Si, sin supervisión.
- 2. Si, con supervisión.
- 3. No.

47. **Lee y escribe:**

- 0. Desconocido.
- 1. Si.
- 2. No.

OBSERVACIONES :

VII

LA NUEVA CRONICIDAD

Manuel DESVIAT *
Alberto FERNANDEZ LIRIA **
Guillermo RENDUELES OLMEDO ***

(*) Psiquiatra. Director de los Servicios de Salud Mental-Hospital Psiquiátrico de Leganés, Madrid.

(**) Psiquiatra. Coordinador de Programas de los Servicios de Salud Mental-Hospital Psiquiátrico de Leganés, Madrid.

(***) Psiquiatra. Neuropsiquiatra de zona del INSALUD. Gijón.

1. DESCRIPCIÓN DE NUEVOS PATRONES DE CRONICIDAD

2. UBICIDAD, PERCEPCIÓN Y MANEJO DE LA NUEVA CRONICIDAD

3. DOS TRABAJOS DE CAMPO:

3.1. Cronicidad en una consulta de neuropsiquiatría. La generación de los 80 (Gijón)

Guillermo RENDUELES *
Pilar CAMARERO **

3.2. Cronicidad en un dispositivo de atención ambulatoria a la Salud Mental (Leganes) ***

Alberto FERNANDEZ LIRIA (1)
Manuel DELGADO CRIADO (2)
Pilar RICO GARCIA (2)
Cristina MOLINS GARRIDO (2)
Enrique PEREZ MARTINEZ (2)
Celia M.ª BUITRAGO GOMEZ (3)
Miguel DONAS HERNANDEZ (4)
José SANCHEZ GARCIA DE QUIROS (5)
Irene PEREZ ROLDAN (6)

(*) Neuropsiquiatra del ambulatorio de Gijón. INSALUD.
(**) A.T.S. del ambulatorio de Gijón. INSALUD.

Nuestro agradecimiento a: ANTONIO QUIROS y JESUS SANCHEZ GONZALEZ, del Departamento de Informática del Hospital Psiquiátrico Provincial a los que casi hemos vuelto locos. — VÍCTOR ABRAIRA del Departamento de Investigación del Centro Nacional de Especialidades «Ramón y Cajal», por su colaboración en el procesamiento informativo de los datos utilizados. — ENRIQUE GIL, Servicio Regional de Salud (Comunidad de Madrid), que nos aguantó, nos orientó y nos enseñó varias cosas.

(***). Los verdaderos artífices de este trabajo son los miembros del equipo de adultos del C.S.M. de Leganes, sin cuyo esfuerzo en la recogida de información, no hubiera sido ni siquiera concebible.

- (1) Psiquiatra. Servicios de Salud Mental de Leganes.
- (2) Médico Residente. Servicios de Salud Mental de Leganes.
- (3) Psicólogo. Servicios de Salud Mental de Leganes.
- (4) Asistente Social. Servicios de Salud Mental de Leganes.
- (5) Diplomada en Enfermería. Servicios de Salud Mental de Leganes.
- (6) Auxiliar Administrativo. Servicios de Salud Mental de Leganes.

La cuestión de la cronicidad atraviesa la psiquiatría interpellando sus fundamentos epistemológicos y sus estructuras asistenciales. Después de varias décadas de práctica en la comunidad, de formas de atención alternativas a la institucionalización psiquiátrica, estamos en condiciones de comprobar la existencia de un grupo de pacientes enganchados por largo tiempo en los servicios asistenciales ambulatorios. «Es quizá nuestra honra, sin duda nuestro destino, envejecer junto a nuestros pacientes: "duramos" con ellos...», escriben en un artículo reciente dos autores franceses al referirse a la nueva clínica del sector (1). El crónico de los hospitales psiquiátricos, de los manicomios, ha constituido hasta hace poco el paradigma de la cronicidad psiquiátrica. No en vano, la psiquiatría como especialidad científica se configura en el espacio cauteloso del manicomio.

Pero ni el hospital psiquiátrico ni sus crónicos externalizados o no, constituyen hoy un problema teórico o técnico. El relativo fracaso de la desinstitucionalización tiene explicaciones económicas y técnicas conocidas: falta de recursos sanitarios y socio-comunitarios suficientes; recortes en la política asistencialista socialdemócrata... Mas las dificultades de manejo de un heterogéneo grupo de «nuevos o viejos crónicos» en la comunidad, nada tiene que ver con la necesidad del manicomio. Concepciones interesadas, pretenden hacer recaer sobre la reducción de camas en hospitales psiquiátricos la cronicidad que estos depósitos antes ocultaban. El cierre de los manicomios resitúa la enfermedad psiquiátrica, como el cierre de los sanatorios antituberculosos, la tuberculosis; no implica su desaparición. El paralelismo hospital psiquiátrico-nosología clásica = locura, fue y es una simple ilusión contracultural, sin duda, necesaria para romper a nivel popular los límites entre lo normal y lo patológico. Nada más. Hoy las preguntas sobre la cronicidad, desprovistas del peso de los muros, de las tapias del asilo, se vuelven hacia el enfermo psíquico en la comunidad, hacia ese sedimento que queda en las consultas año tras año, amplio grupo dependiente de los servicios de salud mental, con o sin breves hospitalizaciones en unidades psiquiátricas. La cuestión no es la oposición agudo-crónico. La práctica directa en la comunidad, muestra la frecuencia de nuevos tipos de psicosis y neurosis estabilizados que pueden, superadas sus crisis, instalarse en pequeños trastornos, síntomas persistentes limitadores de la capacidad de vivir (trastornos mínimos que ZAGURY y CHAZAUD

denominan «SMIG ou symptôme minimal intrapsychique garanti», y definen en última instancia como una pérdida de su capacidad de gozar, de la economía de los «cuanta de plaisir» (2). En realidad no nos importa ahora que el método elegido para definir teóricamente al crónico sea un destino biológico, la presión social o el juego intrapsíquico de sus pulsiones, algo que deberemos abordar en profundidad en la clínica. Nos importa, de momento, señalar que tras cada reforma de las instituciones cerradas o territoriales, quedan «series humanas» que, en palabras de J. P. SARTRE, dejan de vivir sus vidas como un conjunto de elecciones y mediaciones, para transitarlas como enfermedad. Nos importa la persistencia de esa limitación que es para las personas la cronicidad. Problema planteado en todas las especialidades sanitarias, sobre todo con el envejecimiento y cambio de morbilidad de las poblaciones en los países post-industriales: el desplazamiento de las enfermedades infecciosas y carenciales por las crónicas y degenerativas (cardiopatías, accidentes vasculares, enfermedades respiratorias, diabetes, psicosis...) que generan una demanda prolongada en el tiempo. Consecuencias de la mejora del nivel de vida y de la eficacia reparadora del sistema sanitario. Una respuesta más global y científicamente adecuada de las ciencias de la salud ensaya reducir esta, quizá inevitable, cronicidad. La cronicidad no es, en definitiva, una cuestión psiquiátrica: es la salud en general la que se ve afectada, en el estado actual de nuestros conocimientos (*). Las sociedades deben aprender a convivir con una franja de la población incapacitada, que en algunos casos —tradicionalmente clientes de la psiquiatría— escapa al orden social y jurídico. A riesgo de caer en tentaciones totalitarias, en leyes represivas, las sociedades tienen que soportar esos jóvenes nuevos crónicos de comportamientos sociopáticos que define la literatura norteamericana. La existencia es, hoy por hoy, una forma de cronicidad, donde la compulsión a la repetición reina. Se trata de hacer más habitable, menos incapacitante para todos la vida. Es el precio de la libertad.

Conscientes de este desafío, en Leganés, en las Areas Sanitarias Sur de Madrid, hemos iniciado un proceso de implantación de servicios comunitarios en salud mental, queremos que irreversible, cuando los recursos de los hospitales psiquiátricos Santa Isabel y Santa Teresa, así como los servicios de salud mental municipales y del INSALUD, en un plan que pretende la desaparición, en dos años,

(*) Otra cuestión es la especificidad de la psiquiatría que se diferencia en la clínica del resto de la medicina en la significación del sintoma. El sintoma no es en psiquiatría solamente un signo de enfermedad; sino que tiene un sentido, sea descubierto del sujeto, que lo vive como radicalmente extraño (en la psicosis), sea una imposibilidad de comprenderlo, como en la neurosis.

del hospital psiquiátrico y que presta ya servicios a través de circuitos asistenciales integrados en el aparato sanitario general, dando cobertura a la población (*) de esta zona.

1. DESCRIPCIÓN DE NUEVOS PATRONES DE CRONICIDAD

El tema de los nuevos crónicos, que salta a los ojos de los agudizados reformadores de la psiquiatría desde la calle, desde la Prensa y desde la tozuda experiencia de la clínica, matiza primero y pulveriza después el virginal optimismo terapéutico que inspiró los movimientos de transformación iniciados en los años 60. Su omnipresencia pone de manifiesto dos cosas: en primer lugar, que éste, como los anteriores procesos de reforma (los de PINEL o los de TUKE, los de KRAEPELIN o los de FREUD), podrá sostener su vigencia sólo a costa de reconocer su límite y hacer de lo que queda más allá del mismo el objeto privilegiado de su reflexión; son los «residuos» que han generado lo que finalmente caracteriza cada una de las «revoluciones» psiquiátricas (y, en general, de las sanitarias). En segundo lugar, la proliferación de nuevos crónicos señala la insuficiencia del aparato teórico que inspiraba estos movimientos para dar cuenta de su práctica y, aún más, de los límites de la misma. Tal vez por ello —y aquí es paradigmático el caso italiano— en el lugar de este optimismo tienden a aparecer como sustitutos el culto a la tecnificación (y el dogmatismo de las escuelas), la desesperanza (y el abandono del campo) o la ceguera (y la negación de la evidencia o la atribución de los hechos no previstos al abstracto poder de factores ajenos al movimiento o a la traición de los ex camaradas). Es tan obvio que ni allí ni aquí nos faltan ejemplos, que citarlos sería, no sólo innecesario sino, seguramente, cruel.

Sobre este —¿relativo?— fracaso se edifica otro optimismo, esta vez social que, si no ha llegado a constituirse en ideología articuladora de grandes sectores del movimiento de reforma —su origen se da en la observación de éste desde otras disciplinas—, sí actúa como «mala conciencia» del mismo. Según él la proliferación de crónicos constituiría un mero síntoma de la crisis de gobernabilidad, la atención a la salud mental sería un recurso social de mero control de

(*) El proyecto de trabajo de los seis distritos sanitarios de las Areas Sur es el desarrollo de los objetivos y programas generales del Servicio de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Madrid.

estos grupos marginales de población y la pervivencia de los mismos avivaría una esperanza de transformación de la sociedad. Los desarrollos castellanos (3) de las ideas de FOUCAULT —brillantemente representados entre nosotros por Fernando ALVAREZ-URIA (4)— son, si no el único, probablemente, sí el mejor exponente de lo que comentamos. Indudablemente los mecanismos socialmente aceptados de gestión del sufrimiento —y con ellos la psiquiatría y la sanidad en general—, responden y expresan el modelo social que se ofrece como salida a una crisis estructural que ha dinamitado la ilusión keinesiana de la sociedad del pleno empleo y el estado benefactor, de la misma manera que lo reflejan o responden a él los mensajes publicitarios o las políticas de obras públicas. La versatilidad a este respecto de las actuaciones de los nuevos dispositivos de salud mental pone de manifiesto —una vez más— la endeblez teórica de sus promotores y eso sí nos interesa. Pero no hay en el resultado de ese análisis ningún motivo de alegría ni pie para ningún optimismo. Constatamos los efectos de una nueva forma de dominación social, pero no vislumbramos los resortes sociales capaces de cuestionarla. El sufrimiento no genera en sí transformaciones sociales. Estas se producen en aquellas sociedades que, además de sufrimiento, generan intereses colectivos capaces de estructurarse para imponerlos. Y esto no tiene absolutamente nada que ver con lo que nos ocupa.

Por otra parte, es una evidencia ya que la cronicidad psiquiátrica no puede reducirse a la defectología clásica ni a los efectos de la manicomialización. A partir de los años 70 surgen estudios que señalan las insuficiencias de la desinstitucionalización y la pervivencia de pacientes psíquicos con tremendas dificultades para vivir fuera de un medio protegido. Los títulos de la bibliografía de este periodo son expresivos: «Algunos hechos de la Nueva Larga Estancia», «Nuevos patrones de cronicidad», «el crónico de los 70» (5, 8). TODD y BERNIE afirman: «La ola de optimismo ya alcanzó su cota máxima, en el campo de la psiquiatría existe una cronicidad irreductible, unos casos pesados». GORE escribe: «Los pacientes pueden ser dados de alta y las camas vaciadas por decisiones administrativas, pero en ausencia de algún cambio radical en su estado psíquico, esto se puede lograr solamente a costa de mucho sufrimiento por parte de los enfermos y de su familia» (8).

Nueva cronicidad de la que hemos encontrado descritos en la literatura cuatro patrones:

1. El remanente manicomial.
2. Los crónicos externalizados.
3. Los usuarios crónicos de servicios ambulatorios.
4. Los pacientes crónicos adultos jóvenes.

1.1. El remanente manicomial

ORDIELL describe los crónicos de una muestra de 47 enfermos ingresados entre los años 1967-70 en varios centros ingleses, distinguiendo cuatro grupos con un potencial evolutivo pesado que precisan tal grado de supervisión que éste sólo es posible en un hospital o medio protegido (9):

- Un primer grupo de crónicos por alteración cerebral o psicodromes de diversa intensidad que comprende el 40 % del total.
- Un segundo grupo caracterizado por trastornos de conducta graves con psicopatías, drogodependencia, alcoholismo, etc.
- Un tercer grupo que se corresponde con el diagnóstico de esquizofrenia.
- Un cuarto grupo con deterioros físicos de origen psíquico, con dificultades de alojamiento y control: epilépticos, subnormales ligeros, etc.

Estos pacientes constituyen lo que en la literatura anglosajona se llama «hard core» difícilmente desinstitucionalizable de los hospitales psiquiátricos y que retorna a ellos cuando se intenta manejar desde otros dispositivos de atención (10, 18). Aunque la definición y los límites (según parámetros psiquiátricos o no) de dicho grupo varían notablemente de uno a otro autor y no falta quien afirma que finalmente sus dimensiones no justifican la alarma (19), parece que hay un cierto consenso en considerar que su existencia es una realidad. Realidad en la que se fundamentan predicciones sobre el futuro de los hospitales mentales incluso en boca de adalides de la desinstitucionalización (20) y que ha constituido uno de los ejes en torno a los que gira la polémica que actualmente enfrenta a los partidarios y detractores del movimiento desinstitucionalizador americano con el telón de fondo de la política regresiva de la Administración REAGAN (21, 24).

1.2. Los crónicos externalizados

Otra de las fuentes que nutren este concepto del nuevo crónico es el análisis de los llamados «enfermos externalizados»: «pacientes con estancias, en general, largas en el hospital psiquiátrico dados de alta por razones de la nueva política administrativa de reducción de camas». El análisis que autores como TAUSKY realiza sobre la calidad de vida que estos enfermos llevan en la comunidad lo señala

como «más lamentable para sí y para el entorno que la que llevarían en el asilo» (25).

El perfil de estos nuevos patrones de cronicidad externalizada sería la siguiente: enfermos varones de 40 años sin trabajo cualificado con más de seis ingresos —altas precoces (puerta rotatoria)— sin familia directa y con diagnósticos que combinan varias etiquetas del tipo psicosis con alcoholismo injertado, borderline con trastornos de conducta que tienen en común un fracaso en las tareas de adaptación a las normas sociales.

Los resultados en otros países con modelos similares no son más optimistas, así LEGARD (26), en Copenhague, al estudiar, en 1970, 270 ingresos que se producen entre 1955-1963, encuentra que el 10 % continúan en instituciones hospitalarias, el 25 % dependen de consultas externas de una institución, y el 67 % de la muestra se benefician de una renta de invalidez. En hospitales franceses «modelo» las tasas de reingresos y cronificación son aún más elevadas, así GENTIS (27) describe en St. Alben que, de 225 ingresos de 1965, habían reingresado, en 1975, 104 y permanecían 40 enfermos en el hospital; o LAMBERT en Villeguif, sobre 180 enfermos de 1957, describe cómo en 1970, vivían 150 de ellos, 110 fuera del hospital, 35 sin ningún reingreso, 17 hospitalizados, dos en prisión, cuatro se habían suicidado y 14 vivían protegidos en un medio familiar.

El General Accounting Office (28), órgano investigador del Congreso de USA, evaluaba los efectos de la desinstitucionalización citando el abandono de los antiguos pacientes de los hospitales del Estado y el fracaso en proveerlos de una calidad de vida razonable y de servicios profesionales efectivos en un encuadre comunitario. LANGSLEY (29) confirma que «el fracaso en el establecimiento de servicios psiquiátricos y alternativas residenciales antes de sacar a los pacientes de los hospitales ha sido la mayor razón de crítica al movimiento de salud mental comunitario. Los centros de salud mental no han asumido seriamente sus responsabilidades sobre la población total, incluyendo a los enfermos crónicos, niños, ancianos y minorías». Las críticas a los errores del movimiento desinstitucionalizador, pueden resumirse en las palabras de Jack WEINBERG, Presidente de la A.P.A.: «antes de que se realicen las reinsertiones en la comunidad, ésta debe ser preparada, los recursos movilizados y determinada la tolerancia de la población para absorber confortablemente a los enfermos e incapaces» (29).

La insuficiencia, incapacidad o inadecuación de los servicios «comunitarios» para manejar este grupo de pacientes constituye la línea principal de la imagen pública de los servicios de salud mental y de las polémicas antes citadas en pro o en contra la desinstitucionalización. Aunque la acusación de inatención a este grupo de pa-

cientes por los dispositivos ambulatorios ha sido denunciada como mero efecto óptico (30) o rebatida con furia por los defensores del sistema comunitario (24, 25), la insuficiencia de las prestaciones ofertadas como alternativas es de general aceptación (10, 11, 12, 15, 23, 24, 31, 39) al menos entre los participantes en la acalorada polémica americana. Al parecer, los nuevos recursos con que se pretendía atender a la vieja población institucionalizada se consumen en atender poblaciones nuevas que antes no demandaban servicios y el grupo de ex pacientes queda inatendido (22, 25). Así en los Estados Unidos, donde la *prevención primaria*, que proponía CAPLAN (40), parecía marcar el desafío y la debilidad del sistema de atención propugnado por KENNEDY, el espacio dedicado a ésta ha decrecido hasta casi no dejar rastro en la literatura al uso para dejar paso a los efectos —¿devastadores?— de algo que parece tan simple como la mera desinstitucionalización de los pacientes asilados. El dilema de SCHULL (es un error sacar a los pacientes del hospital psiquiátrico y es un error dejarlos en él) enfrenta al colectivo de técnicos en una discusión en la que es difícil ponerse de acuerdo en cuáles son «los hechos», mientras la Administración americana procede al desmantelamiento fáctico de los dispositivos sobre los que se discute, sin más orientación que la que le proporciona la brújula despiadada de la escuela —de economía— de Chicago.

1.3. Los usuarios crónicos de servicios ambulatorios

Otro patrón de «nueva cronicidad», presente en las publicaciones psiquiátricas desde los años 70, es el resultante de una asistencia técnicamente avanzada, en la que los enfermos han llegado a ser crónicos sin ingreso hospitalario alguno, como muestran los autores suizos SCHNEIDER, GUILLEM, y otros (41, 42).

Para estos autores la esencia de la cronicidad se caracteriza por la búsqueda de una relación que excluye tanto el conflicto interno como la relación terapéutica, evitando, por tanto, la resolución del mismo. Se busca la relación de apoyo, el contacto y su continuidad, convirtiéndose a este grupo de enfermos en «eternos demandantes». «Enfermos que muestran en grado diverso un retraimiento de las funciones autónomas del yo, un apagamiento de sus capacidades de relación y una disminución de su capacidad de trabajo. Pacientes que evidencian una tendencia a evitar las relaciones humanas insatisfactorias y un deseo inconsciente de obtener beneficios secundarios de su enfermedad».

La caracterización epidemiológica de una muestra de varios centenares de enfermos atendidos en los centros psicosociales del

| | Pacientes seguidos | Pacientes no seguidos |
|-----------------------------|--------------------|-----------------------|
| Después de tres meses | 95 % | 85 % |
| Después de un año | 74 % | 54 % |
| Después de dos años | 59 % | 46 % |

1.4. Los «pacientes crónicos adultos jóvenes»

A los citados habría que añadir un cuarto patrón de nueva cronidad que, desde que en 1980, en una conferencia, los servicios de Rockland Country (Nueva York) dirigidos por PEPPER acuñaran para referirse a él el término de Paciente Crónico Adulto Joven (cuyas siglas en inglés —YACP— se han hecho célebres), amenaza con convertirse, además de en el gran problema de la psiquiatría —por lo menos de la americana (pero, dónde está la frontera de los Estados Unidos de América?)— de los 80, en la última moda en salud mental.

Se trata de un grupo de pacientes que no han tenido experiencias previas de internamiento prolongado y cuyo origen ponen los artífices del concepto en relación con tres fenómenos (46, 47):

1. La llegada a la edad de mayor riesgo para las esquizofrenias de la población nacida en el *boom de natalidad* que siguió a la segunda guerra mundial (sobre cuyo efecto ya había prevenido KRAMER en 1977 (48)).
2. La circunstancia de que esta eclosión de individuos necesitados de atención se da en el marco de un *movimiento de desinstitutionalización* que cuestiona —y hasta cierra— los dispositivos tradicionales de manejo social de esta demanda: los manicomios.

3. La aparición de todo ello en el marco aún más general de una crisis económica que determina el crecimiento de los márgenes de la sociedad, el cuestionamiento, desde ellos, de los valores de la misma y la consolidación de una subcultura en la que el uso de las drogas no médicas, la delincuencia y la movilidad demográfica forman parte del modo habitual de vida de la población adscrita a ellos en los países desarrollados.

Son pacientes con cuadros clínicos muy variables (49, 58) que PEPPER (55) caracteriza por sus déficits severos de adaptación social y su uso «inapropiado» de los servicios y la consiguiente capacidad de generar «stress» en éstos (lo que coincide con la definición del tercer grupo de las propuestas para ellos por SHEETS y que básicamente se

cantón de Lausanne, con un planteamiento asistencial centrado en equipos situados en la comunidad (médicos, enfermos y asistente social) puede resumirse en:

1. Básicamente mujeres amas de casa o que no ejercen actividad productiva alguna (84 % de la muestra); frente a un 16 % de hombres habitualmente productivos (sólo 1/3 de este 16 % de crónicos ambulatorios no realiza actividad laboral).

2. La edad no parece jugar un papel determinante, lo que resulta sorprendente si se lo compara con los crónicos hospitalizados. Todas las edades se encuentran representadas con un único punto nodal de mujeres entre 45-49 años.

3. El estado civil y la soledad no tiene gran importancia en el crónico ambulatorio, al revés del hospitalario.

4. Parece ser que la clase social es un elemento definidor, en sentido de que la cronicidad se da, sobre todo, al nivel de las clases socio-profesionales más bajas, y los diagnósticos de cronicidad siguen las hipótesis clásicas de REDLISCH (43) sobre descenso social con relación a la generación anterior, y vivienda en barrios periféricos.

5. La forma de llegada al ambulatorio del crónico es también significativa: el apartado espontáneos es mayoritario y los crónicos son los más motivados a recibir ayuda y los que mejor contacto hacen con su médico desde el primer momento, siempre dentro de la pasividad y la dependencia.

6. Los diagnósticos de esquizofrenia y organicidad, fundamentalmente la epilepsia, forman el 30 % de los casos. Son más abundantes los diagnósticos de neurosis y depresión neurótica que comprenden el 55 %. El resto son orgánicos.

7. Los crónicos reciben un tratamiento farmacológico y socio-terapéutico en una mayor proporción que los agudos, que son tratados más frecuentemente con psicoterapia y modelos psicodinámicos.

Este estudio del crónico ambulatorio ha sido continuado y confirmado, en los últimos años, en Gran Bretaña por B. COOPER (44) en un trabajo titulado: «A study of One hundred Chronic psychiatric Patients identified in general practice», en el que llega a idénticos resultados que el grupo suizo.

Igualmente, existen trabajos que intentan relacionar el seguimiento ambulatorio y su influencia en la readmisión de crónicos: ORLINSKI, para la totalidad de enfermos suecos, relata las TASAS DE NUMERO DE REINGRESOS en relación con el seguimiento ambulatorio que contribuyen a un cierto pesimismo terapéutico (45).

basa en su agresividad, baja tolerancia a la frustración, comportamiento impulsivo, problemas con la ley, y gran movilidad tanto en el uso de servicios —en «puerta giratoria»— como geográfica: toda una definición.

L. L. BACHRACH (47) resume el cuadro diciendo que se trata de pacientes de entre 18 y 35 años que han vivido en la era de la desinstitutionalización desde el comienzo de su enfermedad. De lo que —a los seis años del acunamiento del concepto y horrendo término— no cabe ninguna duda a juzgar por la literatura (al menos por la americana; en nuestro país, en cambio, no conocemos ninguna referencia al tema) es que este grupo de población ha ejercido sobradamente su supuesta capacidad de «generar "stress" en los servicios». La inviabilidad de los servicios diseñados para atender a los grupos de crónicos desinstitutionalizados para dar una gestión técnica a la insatisfacción de grupos de individuos más o menos «normalizados» de las sociedades opulentas que citábamos antes, para hacer cargo de esta nueva —y creciente— población, es el punto de partida de todas las reflexiones realizadas hasta la fecha sobre el tema. Las alternativas diseñadas al efecto a base de una especie de bricolage social de inspiración psiquiátrica o movimiento «scout» para mentes discolos (52, 59), aunque han servido de ocasión para la imposición de alguna condecoración académica de auténtico sabor americano, y han cosechado éxitos circunscritos, no parecen fácilmente generalizables y menos fuera de la opulencia de su país de origen. La detección del grupo parece desafiar al movimiento desinstitutionalizador, como reconocen las figuras más representativas del mismo (46) y hubiera servido de excelente argumento a los nuevos defensores del manicomio si no fuera porque esta modalidad de manejo está aún más alejada de lo que esta población podría aceptar de lo que puedan estarlo las salas de urgencia de los hospitales generales, los dispensarios de salud mental con sus psiquiatras y sus asistentes sociales, los médicos de cabecera, los campamentos juveniles con ribetes rehabilitadores o las organizaciones de autoayuda.

2. UBICUIDAD, PERCEPCION Y MANEJO DE LA NUEVA CRONICIDAD

Si estos nuevos crónicos tienen un don es, sin duda, el de la ubicuidad. En las páginas precedentes los hemos visto aparecer en países tan diferentes y con sistemas sanitarios tan distintos como Suiza, Gran Bretaña, los Estados Unidos de América, Dinamarca, Suecia y Francia. Sólo la visibilidad del grupo y la tolerancia a la

misma por la sociedad y por los propios profesionales varían de un modelo social a otro, en este o aquel sistema de atención a la salud o bajo la óptica de tal o cual modelo epistemológico tomado como inspiración de la reforma.

Reproducimos un excelente resumen de la situación proporcionado por GARRONE que en este año de 1986 declaraba a la revista «El Médico» la siguiente evaluación: «Nosotros, hace 15 años, hicimos una experiencia en este sentido y el 10 % de los enfermos aprendieron una profesión que podían desarrollar en la sociedad una vez restablecidos. El 90 % restante era capaz de trabajar porque les enseñamos un ritmo, una disciplina, una posibilidad de trabajar en grupo, de respetar al vecino y eso es importante, como lo demuestra el hecho de que el 80 % de los enfermos que pasaron por nuestros talleres de adaptación encontraran trabajo. Estos resultados no están mal si pensamos que eran enfermos que salían del hospital psiquiátrico tradicional y podían vivir en la sociedad y trabajar. Al resto se les consideraba inválidos, con seguro de invalidez, y quedaban en los talleres protegidos. Pero hoy todo ha cambiado y esto ya no es posible. Solamente reinsertamos un 10 ó 15 %. La proporción se invirtió más tarde y ahora el 15 % encuentra un trabajo normal y el resto es asistido por el seguro de invalidez, que ahora se ha vuelto más generoso y más permeable, como referencia a la dificultad de encontrar empleo».

Actualmente, los talleres persisten, pero tienen un tiempo parcial de actividad de dos o tres horas, de forma que pueda asistir más gente que necesite tener una ocupación diaria. Pero este trabajo ya no es productivo —con miras a un puesto laboral—, sin algo más artístico, más ergoterápico. Por otra parte, se desarrollaron unos grupos de distracción en los que hay dos o tres animadores que se ocupan de que jueguen, pinten, etc., en una palabra, de que se diviertan, y esto viene consolidado por actividades colectivas fuera de la ciudad en algunas épocas del año, como, por ejemplo, pasar 15 días en un chalet de montaña, o realizar viajes turísticos, y esto funciona bien.

Los nuevos crónicos reaparecen también allí donde todo el diseño asistencial parte de la lucha contra la marginación de poblaciones, allí donde la crítica radical de las vías gradualistas de la reforma psiquiátrica era el punto de partida de un movimiento —Psiquiatría democrática— a cuya crisis asistimos en estos últimos años. La pre-
visión, por parte de BASAGLIA, de que la enfermedad mental tenía «un doble» en la marginación social, la negación de la vía reformista sobre las fases de apertura del hospital psiquiátrico, propuesto tradicionalmente (del hospital custodial a lo terapéutico-comunitario), la sustitución de los grupos terapéuticos articulados en torno a la

psiquiatría administrativa por lo asambleario, el replanteamiento de la institucionalización, la terapia ocupacional, la laborterapia como rasgo de pseudoidentidad a romper, por la reintegración del individuo a la sociedad civil y a sus instituciones de trabajo y ocio, si bien logran destruir el manicomio y articular una *ley nacional realmente ejemplar, fracasando en la evitación de esa nueva cronicidad*.

Los resultados de su momento de éxito, con el hundimiento del manicomialismo en Italia entre 1965-1980 y su sustitución por una atención territorial, se puede evaluar ya en términos cuantitativos sobre la cronicidad. Según DA SALVIA, en 1986 (60), estos resultados comprenden una disminución del 30 % de las camas psiquiátricas y una reducción del 44 % de los enfermos internados. Al margen de la crítica tradicional a este sistema —la criminalización de la locura, la psiquiatrización sumergida de asilos y centros privados, el aumento de tasas de la vagabundez y suicidio—, el fin de la cronicidad hospitalaria crea —en palabras de DA SALVIA— una situación caracterizada «porque en Italia hoy, el problema de la larga estancia ha sido sustituido por el de la asistencia prolongada territorial» o «respuesta repetitiva del servicio a necesidades no satisfechas». En su estudio este grupo de nuevos crónicos comprendía el 25 % de todos los usuarios, lo que de nuevo nos devuelve un perfil conocido: indistintamente hombres y mujeres, sin particular influencia del factor edad, menos escolarizados, no casados, en la gran mayoría marginados en condiciones no profesionales y portadores de diagnósticos graves que describen estados de sufrimiento psicótico. Concluye nuestro autor: «para los usuarios que acumulan estas características sociales psiquiátricas, el riesgo de hacerse viejos usuarios de los servicios psiquiátricos es, sin duda, real».

No quisiéramos finalizar este eje descriptivo sin dejar constancia de cómo dos sistemas antagónicos de enfrentamiento con la relación cronicidad-asistencia, como son el USA americano y el soviético, van a coincidir en un punto diferencial con la psiquiatría europea: para ambos el enfermo crónico es algo no susceptible ya de ser tratado en el campo de lo médico y la rehabilitación es objeto de abordaje específico por otros métodos. Así, en un trabajo de LAMB y GOERTZEL (5), titulado: «The long term patient in the era of Community Treatment» exponen cómo el sistema de dar altas del hospital estatal de California consistió simplemente en dar un abundante subsidio económico a estos pacientes crónicos definidos en la psiquiatría americana como psicosis funcional. El trabajo sobre 100 pacientes muestra que:

a) El 20 % se las han arreglado para encontrar hospedaje: 25 viven solos, 42 con familia, 16 en hoteles, 10 con otros ex pacientes,

cuatro con amigos y dos en hogares protegidos de carácter más o menos religioso.

b) El 76 % tienen contacto con trabajadores de salud mental del área privada.

c) Sólo el 4 % han reingresado en hospitales estatales, mientras que 32 tuvieron cortas estancias en centros privados.

d) Sólo la mitad reciben tratamiento neuroléptico.

De alguna forma llama la atención cómo 2/3 de esta muestra es capaz de vivir independiente con un asentamiento no institucional o segregativo.

Experiencias semejantes se han realizado a lo largo y ancho de los EE.UU. (52, 61, 62). En una situación de restricción de fondos, como la americana actual, han sido sustentadas tanto por el argumento de su gran eficacia como por el de su bajo coste (61) y promovidas tanto por organizaciones de autoayuda como desde los servicios de salud mental. La proliferación de organizaciones, instituciones y servicios que disputan —con ventaja— a los de salud mental la gestión de los problemas de los pacientes mentales crónicos como microgrupo social —que ha llevado a algunos (63) a proponer el término de *transinstitucionalización* como alternativa, más real, al de *desinstitucionalización*— ocupa, hoy, en un momento de redefinición de identidades de la sanidad pública, la psiquiatría, las presiones sociales del Estado y la responsabilidad de los ciudadanos frente a él, buena parte de la atención de los profesionales y usuarios de los servicios de salud mental (64, 67). La idea subyacente es clara: la cronicidad es un hecho inevitable, no abordable médicamente, y la gestión de sus efectos sociales —objetivo que sustituye al de la *curación* o prevención de la misma— es una tarea —en una sociedad en que las competencias del Estado en la estructuración de la vida civil se encuentran en franca regresión— de estructuración de la vida cívica. El tipo de demanda hacia el entorno que se estructura alrededor del «ser esquizofrénico» es más parecido al generado por «ser negro», «ser hispano» o «ser inmigrante ilegal» que al de «ser diabético». La única actitud coherente con esto, por parte de los dispositivos de atención a la salud mental, consiste en tomar nota del hecho, definir los supuestos «verdaderamente sanitarios» que en esta situación puedan generarse y ofertar, desde fuera, su ayuda técnica (68, 74).

La asistencia al crónico en la URSS, también aparece plenamente desmedicalizada. Así SIVOTKIN en un artículo titulado: «The Chronic Care System in the URSS» (75), describe la organización psiquiátrica del hospital Kaschenko que atiende al distrito de Moscú, descarga los enfermos con una estancia de tres meses hacia dos tipos

de centros: «los sanatorios» para enfermos que precisan curas de reposo y dedicación (fundamentalmente psicogerítricos) y hacia las «colonias» donde los crónicos realizan pautas muy rígidas de rehabilitación laboral y en donde las tasas de atención médica son mínimas: un médico por cada 100 camas, estando sobrecargadas de trabajadores sociales y monitores de laborterapia y alcanzando, como dice nuestro autor, «altos niveles de productividad».

En una reciente revisión VOLOVİK y ZACHEPITSKII (76) repasan lo que consideran «grandes transformaciones en la atención a la salud mental en los últimos años» en busca de formas de atención des-institucionalizada. Estas se refieren a dos órdenes lógicos relacionados pero distintos. En primer lugar, la propia categorización de los usuarios que se venía haciendo desde los *dispensarios psiconeurrológicos* según la clasificación —basada en observaciones clínicas— de ZEVEICH desde 1939, ha habido, como propuso BRESHAW en 1973, ser modificada —ampliándose e incrementando sustantivamente el peso de los aspectos socio-familiares y socio-laborales— o sustituida por otras más operativas. De este artículo recogemos la propuesta por el *Instituto de Investigación Psiquiátrica de Moscú*:

| PACIENTES | OBJETIVO |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1. Pacientes que requieren frecuentes hospitalizaciones. | Prevenir recaídas. |
| 2. Pacientes con trastorno de curso crónico pero con recaídas. | Proporcionar entorno estable; apoyo y prevención. |
| 3. Pacientes con síntomas residuales. | Tratamiento y supervisión más intensivos. |
| 4. Pacientes con problemas socio-adaptativos. | Apoyo en la adaptación socio-laboral. |
| 5. Pacientes que no requieren hospitalización ni tratamiento. | |
| 6. Pacientes hospitalizados. | |

Creemos que la tabla adjunta resulta bastante ilustrativa, sobre todo si tenemos en cuenta que la psiquiatría soviética se cuenta entre las que ha mantenido un interés inquebrantable por la observación psicopatológica fina.

Tal categorización cobra todo su verdadero significado cuando la imaginamos operando en un circuito de atención que consta de:

— *Dispensarios psiconeurrológicos* que atienden cada área sanitaria que, a su vez, se divide en distritos (zona básica de atención primaria) y cuyas funciones, según el artículo referido, son:

- Dar tratamiento ambulatorio.
- Poner a los pacientes en relación con los servicios de bienestar social.
- Gestionar la rehabilitación social y laboral.

— *Hospitales de día* que albergan a más del 50 % de los esquizofrénicos «institucionalizados».

— Instituciones de *empleo protegido* que se integran con lo anterior de forma que un taller protegido recibe usuarios que acaban de ser dados de alta en un Hospital de Día y, tras dos o tres semanas de preparación para ello, los deriva a una empresa (que puede tener o no una gradación de requerimientos a nivel de rendimiento para sus trabajadores) o, si el proceso de adaptación ha resultado imposible, los devuelve al Hospital de Día. El seguimiento se realiza en ocasiones desde la empresa o, por lo general, desde el dispensario y el proceso puede conllevar o no el uso de un Hospital de Noche.

Si el procedimiento es distinto del americano —que lo es y mucho— ello se debe a la muy diferente articulación entre Estado y sociedad y al antitético modelo sanitario de los dos países. La concepción del crónico y su relación con los dispositivos de atención a la salud, por el contrario, no pueden ser más parecidos.

3. DOS TRABAJOS DE CAMPO

A la vista de lo hasta aquí referido nos pareció que no podíamos plantearnos seriamente una ponencia sobre la cronicidad sin referirnos al tema de la cronicidad en régimen ambulatorio, aún sabiendo que nuestra aportación a este aspecto del tema no podría tener la misma solvencia que la dedicada a su versión hospitalaria.

Presentamos a continuación dos trabajos. El primero ha sido realizado en una consulta de neuropsiquiatría de Gijón y se refiere a los pacientes que, habiendo consultado por primera vez en el año 80, reaparecieron en la consulta durante el año 1985. El segundo, realizado en el equipo de adultos del Centro de Salud Mental de Leganés, estudia los pacientes que acudieron a consulta durante el primer semestre de 1986, clasificándolos según el tiempo que lle-

van siendo asistidos. Esperamos que sirvan, por lo menos, para señalar la existencia de otra cronicidad que no se registra en los estudios realizados en hospitales porque no tiene nada que ver con esto.

3.1. Cronicidad en una consulta de neuropsiquiatría. La generación de los 80

MATERIAL Y METODOS

Nuestro material lo constituyó la revisión de todas las consultas realizadas en el ambulatorio del INSALUD por el consultorio de neuropsiquiatría durante el año 1980 que reaparecieron en 1985.

Las condiciones de la asistencia en dichas consultas han sido descritas por uno de nosotros (Guillermo RENDUELES) como fuente de un tipo específico de rotulación médica de un malestar que no encuentra acomodo en ninguna otra patología somática, una vez agotadas todas las exploraciones objetivas. El volumen de este tipo de asistencia constituye para otro de los autores de este trabajo (Manuel DESVIAT) el colchón que permite realizar otra psiquiatría en los centros de salud mental.

El número de actos médicos en la consulta de neuropsiquiatría del área sanitaria de Gijón ascendió en 1980 a 4.700 que se repartieron 1.475 personas (no enfermos en la medida que algunas eran peticiones sobre capacidad laboral y otros casos no psiquiátricos).

El número de enfermos que fueron aceptados como caso psiquiátrico y tratados, se redujo a 865 que constituyen nuestro material al que calificaremos como la «*Generación del 80*» en sentido amplio. Constituyendo 282 los casos psiquiátricos que establecían contacto por primera vez con un servicio especializado (aunque este último dato se presta a confusión dado el alto consumo previo de psicofármacos que estas personas habían sufrido al ser prescritos por su médico de cabecera y de ahí que no puedan ser calificados como generación del 80 en sentido estricto).

Nuestra metodología consistirá fundamentalmente en analizar la reaparición de individuos de esta generación a lo largo de 1985 como pacientes de la misma consulta de neuropsiquiatría, así como, en la medida de lo posible, acercarnos a la carrera de los casos que no reaparecen pero que si lo hacen en el fichero del área como clientes de otras especialidades somáticas.

En esta revisión de 1985 realizáramos (una vez identificados los que reaparecen como cronicados en sentido estricto de la generación del 80) dos grupos separados por el número de consultas realizadas a lo largo de 1985, entre aquellos que demandaron más de cuatro consultas a lo largo del año de los que solicitaron menos de una consulta por trimestre. La razón metodológica de ese reagrupamiento reside en que tal como SCHNEIDER señala, existen dos relaciones, básicas al margen de la terapéutica, excluida por el marco asistencial, en el campo de la cronicidad. La una comprende la relación de experto o relación de reparación en la que se trata de confirmar que todo esté bajo el control del experto que reafirma la autoidentidad del enfermo y que a lo sumo retoca dosis de prescripciones de fármacos. Dicho grupo solicitará/obtendrá un número no superior a 3-4 consultas/año, bajo el arquetipo «vengo-vendré-a verle un par de veces al año».

El otro modelo propuesto por SCHNEIDER para valoración de la cronicidad es la del APOYO, en ella el enfermo sin intentar explorar sus conflictos internos busca ventilar su sintomatología, ajustar su medicamento-doctor, contener su angustia mediante la relación y encontrar apoyo a sus estrategias de enfrentamiento con la realidad. Este bloque de enfermos solicitará-encontrará una relación más estrecha en el tiempo, consultará con una media bimensual por encima de esos cuatro contactos-año con que arbitrariamente separamos una relación de otra.

Una descripción cuantitativa de nuestra muestra completará este apartado. La generación del 80 estaba constituida:

a) A nivel de sexos por 629 mujeres, 236 hombres. La proporción de 1/3 en favor de la mujer constituye desde ROTH y WOVRRHE un tópico de la epidemiología psiquiátrica administrativa que nuestra muestra no hace sino reafirmar.

b) A nivel de edad la generación del 80 se reparte así:

- Menor de 20 años: 25 casos.
- Entre 20-30 años: 69 casos.
- «30-40 años»: 130 casos.
- «40-50 años»: 27 casos.
- «50-60 años»: 201 casos.
- «60-70 años»: 129 casos.
- Más de 70 años: 40 casos.

c) El reparto por diagnóstico, que debe ser recogido por todos los interrogantes que el tiempo dedicado al mismo y la ausencia de cualquier aporte psicométrico o de informe social limita y con el