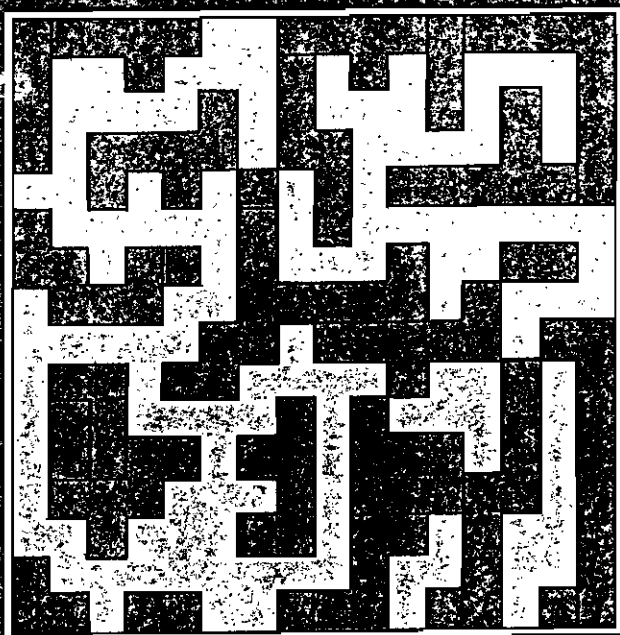


Colaboran:

Victor Aparicio  
Manuel Desviat  
Julián Espinosa  
Enrique Jorda  
Javier Montejo  
Alberto Fernández Liria  
José García  
Manuel Gómez Beneyro  
Guillermo Rendueles

*Cronicidad en psiquiatría*

*Julián Espinosa, coordinador*



*Cronicidad  
en  
psiquiatría*

## 1. DESCRIPCION DE NUEVOS PATRONES DE CRONICIDAD

## 2. UBICIDAD, PERCEPCION 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 (Leganés) \*\*\*

Alberto FERNANDEZ LERIA (1)  
Manuel DELGADO CRIADO (2)  
Pilar RICO GARCIA (2)  
Cristina MOLINS GARRIDO (2)  
Enrique PEREZ MARTINEZ (2)  
Clara M. BUTRAGO 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 ABRALRA 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 Leganés, sin cuyo esfuerzo en la recogida de información, no hubiera sido ni siquiera concebible.

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

toria, pero a costa, en ocasiones, de ingresos en centros privados o de aumentos sensibles en la tasa de suicidios consumados (en un trabajo en curso, hemos contactado que la *Totalidad* de suicidios registrados judicialmente en una comarca asturiana durante un año fueron enfermos con ingresos y altas en el Hospital Psiquiátrico Provincial).

#### Edad de la muestra

El envejecimiento de la muestra requiere pocos comentarios con más de la mitad de la muestra por encima de los 50 años.

— 30 años .....	5
— 30-40 años .....	10
— 40-50 años .....	14
— 50-60 años .....	39
— Más de 60 años ..	19

El retrato robot de este grupo se correspondería con hembra-varón en edades por encima de la cincuentena, con diagnósticos psicopatológicamente más pesados (psicosis, psicósomática), con ingresos y rechazos de petición en centros psiquiátricos, pero con mejor evolución laboral y social e incluso menor consumo de psicofármacos.

### 3.2. Cronicidad en un dispositivo de atención ambulatoria a la Salud Mental

#### INTRODUCCION

El C.S.M. del Distrito de Leganés atiende población del municipio del mismo nombre desde que fue inaugurado con personal del Hospital Psiquiátrico en el año 1971. En la actualidad está dividido en dos subequipos que atienden respectivamente población adulta —la que será objeto de nuestro estudio— e infanto-juvenil, con una definición laxa de estas dos categorías de edad.

El municipio de Leganés —situado en pleno cinturón industrial de Madrid— es una ciudad satélite de la capital con una población obrera que ha crecido a expensas, sobre todo, de movimientos migratorios con un pico en los años 60, desde los 4.000 habitantes que tenía antes de la guerra civil, hasta los 220.000 que tiene en la actualidad.

Hasta la fecha —con la perspectiva de la próxima inauguración en el municipio de un hospital comarcal del INSALUD— ha sido un Distrito sanitariamente bastante desasistido y hasta la citada inauguración del C.S.M., y a pesar de tener dos hospitales psiquiátricos de ámbito nacional en su territorio, igual de desasistido que el resto de la población española en materia de salud mental.

Desde enero de este año los Servicios de Salud Mental —que eran parte de los dispositivos de la AISN—, se han integrado en la red del Servicio de Salud Mental del Servicio Regional de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid que, en este Distrito y mediante acuerdos institucionales, operan en régimen de integración funcional con los recursos de salud mental municipales y, desde mayo de 1986, con los sanitarios del INSALUD, actuando el C.S.M. como segunda línea asistencial frente a la atención primaria.

Desde enero de 1986, toda la actividad asistencial de estos servicios tiene su reflejo en el Departamento de Informática del Hospital Provincial de Madrid a través de un sofisticado Sistema de Información que incluye todos los recursos del Servicio de Salud Mental de la Consejería de Salud y Bienestar Social.

Nuestra hipótesis de partida es que en éstos como en todos los servicios comunitarios de salud mental existe un grupo de pacientes que consumen prestaciones de forma continua durante períodos muy prolongados de tiempo sin que el internamiento psiquiátrico sea la forma predominante de consumo y que la provisión de estas prestaciones consume una parte muy importante del trabajo de estos servicios. Intentaremos caracterizar a este grupo de pacientes.

#### MATERIAL Y METODOS

Nuestro material está constituido por el conjunto de pacientes a los que se prestó asistencia en el Centro de Salud Mental de Zazaguemada en el primer semestre de 1986 (que nos ha sido accesible a través del registro de *fichas de identificación* del sistema de información vigente en el Servicio de Salud Mental de Madrid) y el conjunto de asistencias prestadas a estos pacientes (recogidas en el mismo sistema de información a través de la *ficha de asistencia* (ANEXOS 1 y 2)).

De entre las variables contenidas en ellas, seleccionamos las que nos parecieron o más relevantes o más fáciles de manejar —deechamos, por ejemplo, la utilización de la variable «ocupación» por estar registrada de modo excesivamente amplio para su manejo estadístico y de la variable «procedencia» por estar mal recogida en las historias

antiguas y ser forzosamente los dispositivos de atención primaria, en las nuevas—.

El material bruto así obtenido se procesó en un ordenador DIGITAL amablemente cedido por el Departamento de Investigación del Centro Nacional de Especialidades «Ramón y Cajal», mediante el «Paquete de procesamiento estadístico», elaborado por V. ABRARA y J. ZAPLANA para dicha institución en 1981. Las tablas que presentamos incluyen al pie referencia de la opción de dicho paquete utilizada para cada análisis.

## RESULTADOS

### Población atendida

En los seis primeros meses de 1986 se registraron en el Centro de Salud Mental de Zarzaguemada 5.899 actos asistenciales sobre 973 pacientes. Eliminados aquellos casos de atención a usuarios de fuera del sector, resto de antiguos compromisos institucionales y fichas con errores de cumplimentación, obtuvimos una población de 5.743 actos realizados sobre 946 usuarios (lo que arroja una media de poco más de seis actos por usuarios (uno al mes).

En el estudio consideramos nueve variables:

1. Sexo.
2. Edad.
3. Estado civil.
4. Situación laboral.
5. Tipo de convivencia.
6. Nivel educacional.
7. Diagnóstico.
8. Número de asistencias recibidas.
9. Grado de cronicidad.

En la población atendida, considerada globalmente, encontramos un predominio de las *mujeres* (61,8 %) frente a los varones (38,2 %) y de los *casados* (66,77 %) frente a los solteros (23,14 %), viudos (6,47 %), separados (2,23 %) y otros (1,38 %). La media de edad fue de 40,2 con un mínimo de 13 y un máximo de 87 (36,9 para los varones y 42,2 para las mujeres).

En cuanto a la *situación laboral* hay, incluso, en el grupo general un predominio de la titulada como *ama de casa*, 45 %, que llega a ser del 73 % para las mujeres. El grupo de trabajadores activos es del 28,3 % (del 46,9 % para los varones) siendo el de los parados

del 12 % (22,7 % para los varones), los pensionistas del 7 %, el de los estudiantes del 3,9 % y restando un 3,8 % de otros y sin especificar.

Por lo que respecta al *tipo de convivencia*, la mayoría, el 64,3 %, viven con su cónyuge, el 15,8 % con sus padres y también el 15,8 %, con otros familiares. Sólo el 3 % viven solos y resta un 1 % de «otros» que incluye amigos, residencias u otras instituciones, etc.

El máximo *nivel de estudios* alcanzados se distribuye de la siguiente forma: la mayoría, un 48,9 %, tienen estudios primarios, o bachiller elemental, un 7,2 % BUP, bachiller superior o FP, un 3,4 % enseñanza universitaria media o superior y el resto un 8,7 % de otros (que incluye educación especial y declarantes de títulos no homologados).

Por diagnósticos la distribución es como sigue:

— Psicosis orgánicas .....	2,5 %
— Psicosis funcionales .....	21,2 %
— Neurosis .....	44,9 %
— Trastornos de la personalidad .....	9,3 %
— Toxicodependencias .....	12,3 %
— Otros .....	9,8 %

Las psicosis funcionales se desdoblaron como sigue:

— Psicosis esquizofrénica .....	63,4 %
— Psicosis afectivas .....	22 %
— Estados paranoides .....	8,3 %
— Otras .....	6,2 %

Las neurosis se distribuyen así:

— Estados de ansiedad .....	22 %
— Histeria .....	7,5 %
— Estado fóbico .....	8,2 %
— Trastornos obsesivo-compulsivos .....	5,3 %
— Depresión neurótica .....	43 %
— Otros y sin especificar .....	13,8 %

Como ya se ha señalado la *media de asistencias* prestadas a cada usuario en este período es de poco más de seis, descontadas las primeras entrevistas «de recepción». Hay que señalar que esta media se ha obtenido sin considerar que un buen número de usuarios han

contactado con los servicios por primera vez en el período Y, por tanto, no han estado los seis meses siendo atendidos, y que, incluso, y por la misma razón, aquellos que han realizado su primer contacto a través de la entrevista «de recepción» y no han iniciado tratamiento, figuran con cero asistencias, por lo que esta media debe ser, en realidad, ligeramente superior.

El grado de cronicidad ha sido tipificado según el tiempo de permanencia en contacto con los servicios, establecido por la fecha de apertura de la primera historia clínica en cualquiera de los dispositivos del circuito de los servicios de salud mental del Distrito. Se establecieron inicialmente cinco grupos definidos por el número de años de uso de los servicios:

- Grupo 1: usuarios que se encuentran en su quinto año o más de uso.
- Grupo 2: usuarios que se encuentran en su cuarto año.
- Grupo 3: usuarios que se encuentran en su tercer año.
- Grupo 4: usuarios que se encuentran en su segundo año.
- Grupo 5: usuarios que se encuentran en su primer año.

El primer análisis de los datos así obtenidos nos permitió agrupar, por su semejanza, los grupos 1-3 que, en adelante y salvo especificación de lo contrario, constituirán nuestro grupo de crónicos y el 4-5 que serán los usuarios no cronicados.

La mayor parte de los usuarios de los servicios, 516 (54,6 %), se encuentran en su primer año de uso de los servicios (nuestro grado 5 de cronicidad), 123 (13 %) en su segundo año, 82 (8,7 %) en el tercer año, 48 (5 %) en el cuarto año, y 177 (18,7 %) en su quinto año o más.

Con el criterio propuesto, nuestros crónicos serán 307, un 32,4 % de los usuarios de los servicios durante el primer semestre de 1986, y el resto, 639 (67,6 %), formarán el grupo de pacientes con menos de dos años de uso.

Analizaremos a continuación los resultados obtenidos por el análisis de cada una de las variables, salvo indicación de lo contrario, para cada uno de estos dos últimos grupos.

### Edad

Una comparación de las medias de edad entre los cinco grupos establecidos por el tiempo de uso de los dispositivos de salud mental, por comparación de medias mediante T-Test estableció que no había diferencia significativa.

Sin embargo, y como puede observarse en la tabla 1, una vez estratificada la edad y constituida la consiguiente tabla de contingencia, el test de chi-cuadrado pone de manifiesto que existe una fuerte asociación entre esta variable y la de pertenencia a uno de los grupos establecidos por tiempo de uso en años y que en los grupos más crónicos están hiperrepresentadas las edades medias de (de 31 a 50 años) frente a las extremas.

Un análisis de este fenómeno mediante análisis de tablas estratificadas por grupos de edad controlando el sexo, pone de manifiesto que el máximo riesgo relativo se encuentra, para ambos sexos, en las edades comprendidas entre 41 y 50 años, seguido de la de 31 a 40 y que esta tendencia es más acusada entre las mujeres (RR = 9,583 frente a 5,402 para los varones y 7,274 frente a 3,974 para los varones, respectivamente (tabla 1b)).

Tabla 1  
DISTRIBUCION POR EDADES EN LOS GRUPOS DE CRONICIDAD

Edad	Más de tres años	Uno o dos años
13 - 20 años	5 (2)	54 (8)
21 - 30 años	52 (17)	134 (21)
31 - 40 años	99 (32)	182 (29)
41 - 50 años	88 (29)	122 (19)
51 - 60 años	37 (12)	84 (13)
61 - 100 años	25 (8)	60 (9)

— Los números entre paréntesis son porcentajes respecto a la suma de cada columna.  
— OPCION: Tabla de contingencia. CHI-CUADRADO: 27,28 con cinco grados de libertad. EXISTE ASOCIACION p=0,0000674 (2 cola/s).

Tabla 1b  
ANÁLISIS DE TABLAS ESTRATIFICADAS POR GRUPOS  
DE EDAD CONTROL DE LA VARIABLE SEXO

Sexo	Edad						
	Años en Consulta	13:20	21:30	31:40	41:50	51:60	61:100
Varones	Más de tres años	3	28	25	23	13	2
	Uno o dos años	31	74	65	44	38	14
Mujeres	Más de tres años	2	24	74	65	24	23
	Uno o dos años	23	60	117	78	46	46

RR

3.910	3.974	5.402	3.535	1.476
4.600	7.274	9.583	6.000	5.750

CHI M-H	8.377	12.792	18.429	8.744	4.479	
P	0.003893	0.00046	0.00004	0.00326	0.03239	
RR M-H	4.188	5.320	7.139	4.569	3.776	
RR Max Ver	4.187	5.310	7.107	4.542	3.515	
LS MIET.	—	—	—	—	—	
LI MIET.	—	—	—	—	—	
LS CORN.	—	—	—	—	—	
LI CORN.	—	—	—	—	—	
CHI HOM.	0.026	0.377	0.333	0.263	1.244	GL = 1
P	0.86654	0.54669	0.57139	0.61444	0.26392	
		GL	CHI	P		
Prueba global de asociación		5	23.720	0.00029		
Prueba de tendencia		1	2.947	0.08203		

— Los RR que aparecen en las fichas a la derecha de la tabla lo son para cada sexo.  
Los que aparecen bajo la misma en la población global.

## Sexo

Como puede observarse en la Tabla 2 y aunque las mujeres son más numerosas que los hombres en la población asistida (61,8 %) y en los dos grupos establecidos en función del tiempo de uso de las consultas, esta tendencia es mucho más marcada en el grupo de pacientes crónicos (69 % frente a 58 %). La asociación de ambas variables queda demostrada, en nuestro experimento, con una  $p < 0,01$ .

Tabla 2  
DISTRIBUCION POR SEXOS EN LOS GRUPOS DE CRONICIDAD

Años en consulta		Más de tres años	Uno o dos años
Sexo			
Varones		94 (31)	266 (42)
Mujeres		212 (69)	370 (58)

— Los números entre paréntesis son porcentajes respecto a la suma de cada columna.  
— OPCIÓN: Tabla de contingencia. CHI-CUADRADO: 10,33 con un grado de libertad. EXISTE ASOCIACION  $p = 0,0014923$  (2 col/s).

## Estado civil

El mismo procedimiento empleado con las variables anteriores no demostró una asociación entre *grado de cronicidad* y *estado civil* ni en población atendida en general ni con control de la variable sexo.

## Situación laboral

En la población atendida, considerada globalmente, y como puede observarse en la Tabla 3, la más frecuente de las consideradas es la de *ama de casa* en ambos grupos, pero esta condición está hiperrepresentada en el *grupo de crónicos* (53 % frente a 39 % en el de menos de dos años de uso de los servicios) a expensas de la de *trabajadores activos* (21 % frente a 30 %), *estudiantes* (4 % frente a 2 %) y *pensionistas* (5 % frente a 8 %). La asociación entre las dos variables queda demostrada con una  $p < 0,001$ .

Controlando el sexo, sin embargo, encontramos que en nuestro experimento, no existe diferencia entre los dos grupos en estudio entre los varones (Tabla 4) y que en las mujeres la tendencia señalada arriba es aún más pronunciada (Tabla 5).

Tabla 3  
DISTRIBUCION POR SITUACION LABORAL EN LOS GRUPOS DE CRONICIDAD

Años en consulta	Más de tres años	Uno o dos años
<i>Situación laboral</i>		
En activo	64 (21)	193 (30)
Estudiante	7 (2)	28 (4)
Sus labores	162 (53)	247 (39)
Pensionista	15 (5)	49 (8)
Parado	37 (12)	71 (11)
Otros	20 (7)	48 (8)

— Los números entre paréntesis son porcentajes respecto a la suma de cada columna.  
— OPCION: Tabla de contingencia. CHI-CUADRADO: 21,55 con cinco grados de libertad. EXISTE ASOCIACION p = 0,0007202 (2 cola/s).

Tabla 4  
DISTRIBUCION POR SITUACION LABORAL EN LOS GRUPOS DE CRONICIDAD DE VARONES

Años en consulta	Más de tres años	Uno o dos años
<i>Situación laboral</i>		
En activo	44 (47)	125 (47)
Estudiante	5 (5)	11 (4)
Sus labores	2 (2)	7 (3)
Pensionista	9 (10)	40 (15)
Parado	23 (27)	57 (21)
Otros	9 (10)	26 (10)

— Los números entre paréntesis son porcentajes respecto a la suma de cada columna.  
— OPCION: Tabla de contingencia. CHI-CUADRADO: 2,63 con cinco grados de libertad. NO EXISTE ASOCIACION p = 0,7591346 (2 cola/s).

Tabla 5  
DISTRIBUCION POR SITUACION LABORAL EN LOS GRUPOS DE CRONICIDAD DE MUJERES

Años en consulta	Más de tres años	Uno o dos años
<i>Situación laboral</i>		
En activo	20 (9)	68 (18)
Estudiante	2 (1)	17 (5)
Sus labores	160 (76)	240 (65)
Pensionista	6 (3)	9 (2)
Parado	12 (6)	14 (4)
Otros	11 (5)	22 (6)

— Los números entre paréntesis son porcentajes respecto a la suma de cada columna.  
— OPCION: Tabla de contingencia. CHI-CUADRADO: 16,14 con cinco grados de libertad. EXISTE ASOCIACION p = 0,0066112 (2 cola/s).

**Tipo de convivencia**  
Como muestra la Tabla 6 puede demostrarse una asociación entre tipo de convivencia y nivel de cronicidad, estando hiperrepresentados

Tabla 6  
DISTRIBUCION POR TIPO DE CONVIVENCIA EN LOS GRUPOS DE CRONICIDAD

Años en consulta	Más de tres años	Uno o dos años
<i>Tipo de convivencia</i>		
Solo	10 (3)	17 (3)
Con el cónyuge	201 (66)	385 (61)
Con los padres	47 (15)	97 (15)
Con otros familiares	30 (10)	114 (18)
Otros	18 (6)	23 (4)

— Los números entre paréntesis son porcentajes respecto a la suma de cada columna.  
— OPCION: Tabla de contingencia. CHI-CUADRADO: 12,49 con cuatro grados de libertad. EXISTE ASOCIACION p = 0,0141240 (2 cola/s).

en el grupo de crónicos las categorías vive con su cónyuge y la de convivientes no pertenecientes a la familia, a expensas de la de los que viven con otros familiares diferentes del cónyuge o padres.

Controlando la variable sexo, resulta que en los varones son las categorías hiperrepresentadas en el grupo de crónicos son la de vive solo y la de vive con sus padres a expensas de la de vive con su cónyuge (al revés que en la general) y vive con otros familiares diferentes del cónyuge o padres (Tabla 7).

Como podría esperarse a la vista de lo anterior, en las mujeres (Tabla 8) las categorías vive con su cónyuge o vive con convivientes diferentes de la familia están hiperrepresentadas a expensas de todas las demás en el grupo de crónicos.

Tabla 7  
DISTRIBUCION POR TIPO DE CONVIVENCIA EN LOS GRUPOS DE CRONICIDAD DE VARONES

Años en consulta	Más de tres años	Uno o dos años
Tipo de convivencia		
Solo	4 ( 4)	5 ( 2)
Con el cónyuge	43 (46)	140 (53)
Con los padres	30 (32)	52 (20)
Con otros familiares	11 (12)	56 (21)
Otros	6 ( 6)	13 ( 5)

— Los números entre paréntesis son porcentajes respecto a la suma de cada columna. — OPCION: Tabla de contingencia. CHI-CUADRADO: 10,44 con cuatro grados de libertad. EXISTE ASOCIACION  $p = 0,0333473$  (2 cola/s).

Tabla 8  
DISTRIBUCION POR TIPO DE CONVIVENCIA EN LOS GRUPOS DE CRONICIDAD POR MUJERES

Años de consulta	Más de tres años	Uno o dos años
Tipo de convivencia		
Solo	6 ( 3)	12 ( 3)
Con cónyuge	158 (75)	245 (66)
Con los padres	17 ( 8)	45 (12)
Con otros familiares	19 ( 9)	58 (16)
Otros	12 ( 6)	10 ( 3)

— Los números entre paréntesis son porcentajes respecto a la suma de cada columna. — OPCION: Tabla de contingencia. CHI-CUADRADO: 11,30 con cuatro grados de libertad. EXISTE ASOCIACION  $p = 0,0232485$  (2 cola/s).

#### Nivel educacional

La Tabla 9 nos muestra cómo existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel educacional y el grado de cronicidad.

Aunque en ambos grupos —como en la población de Leganés— la categoría más numerosa es la de estudios primarios, en el de crónicos están hiperrepresentadas las de *analfabeto* o *sin escolarizar* (20 % frente a 17 %) y la de *estudios universitarios de grado medio o superior* (4 % frente a 3 %), así como el cajón de sastre de los declarantes de títulos no homologados.

A la vista de este resultado pensamos que podría deberse a un efecto espúreo relacionado con la distinta distribución de las edades en ambos grupos. Un análisis con las tablas de contingencias estratificadas por grupos de edad, sin embargo, confirmó la tendencia.

#### Diagnóstico

La Tabla 10, referida al total de usuarios, nos muestra cómo, a pesar de que el diagnóstico de *neurosis* es el más frecuente en ambos grupos (44 %), en el de «crónicos» están hiperrepresentados el de las *psicosis funcionales* (29 % frente a 16 %) y, en menor medida, el de los *trastornos de la personalidad* (10 % frente a 9 %) a expensas de las *toxicodependencias* (6 % frente a 16 %), las *psicosis orgánicas*



Tabla 9  
DISTRIBUCION POR NIVEL EDUCATIVO EN LOS GRUPOS DE CRONICIDAD

Años en consulta	Más de tres años	Uno o dos años
Nivel educativo		
Analfabetos/Sin escolarizar	61 (20)	108 (17)
Enseñanza Primaria	145 (47)	316 (50)
EGB o B. Elemental	39 (13)	91 (14)
BUP - FP	13 (4)	55 (9)
Enseñanza Universitaria	13 (4)	19 (3)
Otros	35 (11)	47 (7)

— Los números entre paréntesis son porcentajes respecto a la suma de cada columna.  
— OPCION: Tabla de contingencia. CHI-CUADRADO: 11,99 con cinco grados de libertad. EXISTE ASOCIACION  $p = 0,0346664$  (2 cola/s).

Tabla 10  
DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICO EN LOS GRUPOS DE CRONICIDAD

Años en consulta	Más de tres años	Uno o dos años
Diagnóstico		
Psicosis orgánicas	2 (1)	16 (4)
Psicosis funcionales	80 (29)	70 (16)
Neurosis	124 (44)	194 (44)
Trastornos de la personalidad	28 (10)	38 (9)
Toxicodependencias	17 (6)	70 (16)
Otros	29 (10)	51 (12)

— Los números entre paréntesis son porcentajes respecto a la suma de cada columna.  
— OPCION: Tabla de contingencia. CHI-CUADRADO: 33,28 con cinco grados de libertad. EXISTE ASOCIACION  $p = 0,0000057$  (2 cola/s).

(1 % frente a 4 %) y el apartado de «otros» que incluye trastornos psicósomáticos y reacciones de adaptación.  
Un análisis de la prevalencia de los distintos tipos de psicosis nos muestra una sobrerrepresentación en el grupo de crónicos de la *esquizofrenia* a expensas de la psicosis afectiva y, en menor medida, de los estados paranoides (Tabla 11).

Tabla 11  
DISTRIBUCION DE LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE PSICOSIS EN LOS GRUPOS DE CRONICIDAD

Años en consulta	Más de tres años	Uno o dos años
Diagnóstico		
Psicosis esquizofrénica	55 (69)	42 (60)
Psicosis afectivas	11 (16)	19 (27)
Estados paranoides	6 (7)	6 (9)
Otros	6 (7)	3 (4)

— Los números entre paréntesis son porcentajes respecto a la suma de cada columna.  
— OPCION: Tabla de contingencia. No aplicable: algún(os) valor(es) teórico(s) es menor de 1 o más del 20 % son menor de 5.

Una tabla semejante para los diferentes tipos de neurosis no demuestra asociación alguna.

Controlando la variable sexo, encontramos que mientras entre los *varones* (Tabla 12) la hiperrepresentación de las psicosis funcionales es aún más acusada (48 % frente a 17 %) y este aumento se da a expensas de las neurosis (18 % frente a 28 %) en las mujeres (Tabla 13), y aunque ello pueda extrañar a alguien *no se demuestra asociación entre diagnósticos y grado de cronicidad*.

Las Tablas 14 y 15 nos muestran la distribución de los diferentes tipos de psicosis para uno y otro sexo en cada uno de los grupos de cronicidad.

Tabla 12  
DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICOS EN LOS GRUPOS DE CRONICIDAD DE VARONES

Años en consulta	Más de tres años	Uno o dos años
Diagnóstico		
Psicosis orgánicas	1 ( 1)	8 ( 4)
Psicosis funcionales	39 (48)	32 (17)
Neurosis	15 (18)	52 (28)
Trastornos de la personalidad	9 (11)	17 ( 9)
Toxicodependencias	12 (15)	59 (32)
Otros	6 ( 7)	17 ( 9)

— Los números entre paréntesis son porcentajes respecto a la suma de cada columna.  
— OPCION: Tabla de contingencia. CHI-CUADRADO: 30,16 con cinco grados de libertad. EXISTE ASOCIACION p = 0,0000205 (2 cola/s).

Tabla 13  
DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICO EN LOS GRUPOS DE CRONICIDAD DE MUJERES

Años en consulta	Más de tres años	Uno o dos años
Diagnóstico		
Psicosis orgánicas	1 ( 1)	8 ( 3)
Psicosis funcionales	41 (21)	38 (15)
Neurosis	109 (55)	141 (56)
Trastornos de la personalidad	19 (10)	21 ( 8)
Toxicodependencias	9 ( 3)	11 ( 4)
Otros	23 (12)	34 (13)

— Los números entre paréntesis son porcentajes respecto a la suma de cada columna.  
— OPCION: Tabla de contingencia. CHI-CUADRADO: 7,53 con cinco grados de libertad. ESTE TEST NO DEMUESTRA ASOCIACION p = 0,1827590 (2 cola/s).

Tabla 14  
DISTRIBUCION DE LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE PSICOSIS EN LOS GRUPOS DE CRONICIDAD DE VARONES

Años en consulta	Más de tres años	Uno o dos años
Diagnóstico		
Psicosis esquizofrénica	35 (90)	24 (75)
Psicosis afectiva	1 ( 3)	5 (16)
Estados paranoides	2 ( 5)	1 ( 3)
Otros	1 ( 3)	2 ( 6)

— Los números entre paréntesis son porcentajes respecto a la suma de cada columna.  
— OPCION: Tabla de contingencia. NO APLICABLE: algún(os) valor(es) teóric(oc)s es menor de 1 o más del 20 % son menor de 5.

Tabla 15  
DISTRIBUCION DE LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE PSICOSIS EN LOS GRUPOS DE CRONICIDAD DE MUJERES

Años en consulta	Más de tres años	Uno o dos años
Diagnóstico		
Psicosis esquizofrénica	20 (49)	18 (47)
Psicosis afectiva	12 (29)	14 (37)
Estados paranoides	4 (10)	5 (13)
Otros	5 (12)	1 ( 3)

— Los números entre paréntesis son porcentajes respecto a la suma de cada columna.  
— OPCION: Tabla de contingencia. NO APLICABLE: algún(oc)s valor(es) teóric(oc)s es menor de 1 o más del 20 % son menor de 5.

#### Número de asistencias prestadas

Un análisis del número de asistencias prestadas a cada paciente en uno y otro lugar mediante el test de NEWMAN-KENLS-HARTLEY para comparación de medias, no demostró diferencias significativas entre uno y otro.

## DISCUSION

Los resultados expuestos en el apartado anterior ponen de manifiesto una asociación estadísticamente significativa entre grado de cronicidad y las variables *edad*, *sexo*, *situación laboral* (sólo para las mujeres), *tipo de convivencia*, *nivel educacional y diagnóstico* (sólo para los varones). No se puede demostrar asociación con las variables *estado civil y número de asistencias prestadas*.

Creemos que tales asociaciones no tienen todas el mismo significado, ya que mientras podemos afirmar que el hecho de ser mujer o tener un diagnóstico de esquizofrenia son, sin lugar a dudas, factores de riesgo de la cronicidad, como lo es para las mujeres el vivir con su cónyuge o la profesión *sus labores*, y que el diagnóstico de neurosis (para los varones) o la juventud son factores de protección, condiciones como la de *vive con sus padres*, que aparece hiperrepresentada para los varones en el grupo de crónicos, puede ser una consecuencia de la propia condición de paciente crónico.

En primer lugar llama la atención que *un porcentaje importante de los actos asistenciales realizados en el C.S.M. (32,4 %) son prescripciones a pacientes crónicos*. De hecho un 18,7 % se deben a pacientes con más de cinco años de consulta.

En el apartado anterior señalábamos la hiperrepresentación en la muestra de crónicos de los grupos medios de edad (31 a 50 años) a expensas de los extremos. Creemos poder afirmar que *la pertenencia a dichos grupos de edad constituye un factor de riesgo para la cronicidad*, mientras que la pertenencia a los extremos en la distribución de edades actuaría como factor de protección. Señalábamos también que esta tendencia es más acusada entre las mujeres.

Dado que estos grupos de edad de mayor riesgo no se corresponden con el saber admitido sobre la máxima prevalencia de los trastornos mentales, creemos que este efecto se debe al tipo de desempeño social y al modo de vida asociado a este grupo de edad (y especialmente para las mujeres) en una población obrera como la que estudiamos. Confirmar este hipótesis requeriría de nuevos estudios.

El hallazgo de que las mujeres consultan más, es universal en este tipo de estudios y nuestros resultados no hacen sino confirmarlo. Nuestro trabajo permite suponer, además, que *la condición de mujer es un factor de riesgo de cronicidad*. A la vista de los resultados obtenidos en el estudio de la situación laboral y de los diagnósticos, creemos poder afirmar que este efecto se debe también a las condiciones de vida de las mujeres en este medio social, probablemente porque la asistencia a la consulta suple otras deficiencias sociales, culturales o afectivas.

Llama la atención que aunque el *estado civil* no aparezca como variable asociada a la cronicidad si lo sea el *tipo de convivencia* y que lo sea de modo diverso para uno y otro sexo. Así, *para las mujeres el hecho de vivir con su cónyuge aparece como factor de riesgo de cronicidad, mientras que en los varones esta misma condición aparece como factor de protección*. Indudablemente las condiciones prevalentes de la vida conyugal y el rol de «esposa» inciden en la mujer en el sentido señalado en el párrafo anterior, mientras que protegen a los varones. Estos sufren el máximo riesgo de cronicidad en las categorías *vive solo* (lo que también está ampliamente descrito en la literatura) y *vive con sus padres*, lo que

- 1) o es una consecuencia del propio trastorno —que impide su emancipación— y actúa aquí como factor de confusión;
- 2) o tiene que ver con la falta de solvencia económica y desempeño laboral que provocaría esta situación;
- 3) o es verdaderamente, en sí, un factor de riesgo.

La situación laboral de *ama de casa*, es la más frecuente en ambos grupos pero *actúa, además, como factor de riesgo de cronicidad*. Llama la atención que, en nuestro estudio, la situación laboral no se correlaciona con el grado de cronicidad en los varones y que el *paro* no aparece como factor de riesgo. Una vez más nos encontramos con la constatación de fenómenos asociados al rol prevalente de «esposas».

Llama la atención que *la pertenencia a los dos extremos de la escala de niveles educativos constituye un factor de riesgo de cronicidad*. Creemos que con los datos de que disponemos no podemos explicar este fenómeno que puede tener que ver con el distanciamiento del grupo mayoritario de vecinos (el del nivel de estudios primarios) y la consiguiente marginación, con la inadecuación de los tratamientos utilizados para este tipo de pacientes o con una selección de estos pacientes, que pueden resultar más gratificantes para el terapeuta, por parte de éstos a la hora de optar por técnicas que suponen tratamientos largos.

Probablemente el hallazgo más llamativo de nuestro estudio es que, *entre las mujeres, no se demuestra asociación entre diagnóstico y grado de cronicidad*. La cronificación en las consultas de salud mental es, pues, para las mujeres, como venimos comentando, función del rol de mujer y concretamente del de esposa, lo que nos debe poner sobre aviso sobre el tipo de funciones que nuestra actividad cumple para la comunidad en que trabajamos y creemos que debe ser motivo de nuevos estudios. Con esta situación contrasta la clara asociación existente entre los varones, entre los que el diagnóstico de

psicosis funcional (al revés que el de psicosis orgánica) sea un factor de riesgo de cronicidad y el de neurosis un factor de protección.

Por último, en nuestro estudio la condición de «ser crónico» no arroja una demanda de actos asistenciales diferentes de la de los pacientes en general para un periodo dado.

De todo ello creemos poder concluir que existen en nuestro estudio dos grupos diferentes de pacientes crónicos, cuyos respectivos perfiles serían:

a) *Mujer, de edad entre 31 y 50 años, casada, de profesión ama de casa, que vive con su cónyuge, con estudios primarios o sin escolarizar y con cualquier diagnóstico, pero más frecuentemente con la neurosis.* Se trata de un grupo de usuarios cuya demanda viene determinada por sus condiciones de vida y el rol social que deben desempeñar. El papel de los servicios de salud mental para ellos sería el de apoyo o suplencia de la falta de aportes básicos por la comunidad.

b) *Varón, de edad media, de cualquier estado civil, en cualquier situación laboral, que viven solos o con sus padres, que se sitúan en los extremos de la escala de nivel educacional, con diagnóstico de psicosis funcional.* Este grupo demanda una atención centrada en el recurso a un especialista para atender un trastorno que entra dentro de la competencia de éste y que se caracteriza por causar alarma social.

## CONCLUSIONES

1. La atención a los pacientes crónicos constituye un trabajo importante de los servicios ambulatorios de salud mental, consumiendo casi un tercio de los actos asistenciales realizados por éstos.

2. Atendiendo a la edad el máximo riesgo de cronicidad aparece para ambos sexos (aunque con más fuerza para las mujeres) en las edades comprendidas entre 31 y 50 años. Esto está probablemente en relación con el tipo de desempeño social y modo de vida asociados a este grupo de edad en un medio obrero urbano como el de Leganés.

3. La condición de *mujer* aparece como factor de riesgo de cronicidad y esto se debe, probablemente, a las condiciones de vida de las mujeres en este medio social que hace aparecer la asistencia continuada a la consulta como medio de suplir otro tipo de carencias.

4. La *convivencia con el cónyuge* aparece en las mujeres como un factor de riesgo, mientras que juega en los varones como factor de protección, lo que parece en relación con los roles respectivos de esposa y marido en este medio social. El *vivir solo* aparece como un factor de riesgo para los varones: la hiperrepresentación entre los

varones del grupo que *vive con sus padres* requeriría de más estudios para optar entre el abanico de hipótesis que abre.

5. La *situación laboral «ama de casa»* aparece como factor de riesgo de cronicidad para las mujeres, mientras que no se demuestra asociación entre cronicidad y situación laboral para los varones. El paro no aparece como factor de riesgo. De nuevo nos encontramos frente a los efectos del rol de «esposas».

6. El explicar el hecho de que *la pertenencia a los extremos de la escala de nivel educativo, constituya un factor de riesgo de la cronicidad*, requeriría de nuevas investigaciones.

7. *El diagnóstico no es una variable relacionada con el riesgo de cronicidad en el grupo de mujeres*, lo que redundaría en el sentido de lo que venimos señalando para este colectivo. En los hombres el riesgo de cronicidad es máximo con diagnóstico de psicosis funcional y el de neurosis a pesar de estar bien representado en el grupo de crónicos, arroja un riesgo relativo mucho menor.

8. La condición de cronicidad no influye sobre el número de *actos asistenciales consumidos* por cada usuario.

9. Creemos poder detectar en nuestros servicios *dos patrones de cronicidad* que se relacionan con dos tipos de demanda. El primero tendría un perfil típico en un usuario mujer, entre 31 y 50 años, casada, de profesión ama de casa, que vive con su cónyuge, con estudios primarios o sin escolarizar y con diagnóstico de neurosis. Se trata de un grupo que demanda de nuestros servicios una función de suplencia de los aportes que no encuentra en la comunidad. El segundo grupo respondería al perfil, varón, del mismo tramo de edad, en cualquier estado civil y situación laboral, que viven solos o con sus padres, que han realizado estudios que se sitúan en los dos extremos de la escala y con diagnóstico de psicosis funcional. Aquí la demanda se centra alrededor de un trastorno que causa más alarma social.

- (39) GUDEMAN, J. E.; SHORE, M. F. (1984): *Beyond Deinstitutionalization. A New Class of Facilities for the Mentally Ill*. «New Engl. J. Med.», 311: 13; págs. 832-836. Sept. 27, 1984.
- (40) CAPLAN, G. (1964): *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books, New York, 1964 (Trad. esp. Paidós, 1980).
- (41) SCHNEIDER, P. B.; SCHWED, S. (1965): *A propos de l'importance de l'attitude médicale dans le passage à la chronicité en médecine psychosomatique*. «Rev. Med. Psychosomatique», 5, 2, págs. 192. Avril-mai-juin, 1965.
- (42) SCHNEIDER, P. B.; GUILLEN, P.; LOREN, J. A. (1972): *Le malade chronique en psychiatrie ambulatoire. Etude de 309 patients dit chroniques*. «Archives Suisses de Neurologie, Neurochirurgie et de Psychiatrie», 110, 1, págs. 151-168. 1972.
- (43) HOLLINGSHEAD, A. B.; REDLICH, F. C. (1958): *Social Class and Mental Illness: A Community Study*. John Wiley & Sons, New York, 1958.
- (44) COOPER, B. (1965): *A study of One Hundred Chronic Psychiatric Patients Identified in General Practice*. «Br. J. Psychiatry», 111, págs. 595-605. 1965.
- (45) ORLINSKI.
- (46) TALBOTT, J. A. (1981): *Commentary: The Emerging Crisis in Chronic Care*. «Hosp. Community Psychiatry», 32: pag. 441 (recogido en «The YACP Collected Articles from H & CP»).
- (47) BACHRACH, L. L. (1982): *Young Adult Chronic Patients. An Analytical Review of the literature*. «Hosp. Community Psychiatry», 33: págs. 189-197. 1982.
- (48) KRAMER, M. (1977): *Psychiatric Services and the Changing Institutional Scene 1950-1985*. Rockville Md National Institute of Mental Health.
- (49) ATWOOD, N.; BECK, J. C. (1985): *Service and Patient Predictors of Continuation in Clinic-Based Treatment*. «Hosp. Community Psychiatry», 36, 8, págs. 865-869. August, 1985.
- (50) CARPENTER, M. D.; MULLIGAN, J. C.; BADER, I. A.; MEINZER, A. E. (1985): *Multiple Admissions an Urban Psychiatric Center: A Comparative Study*. «Hosp. Community Psychiatry», 36, 12, págs. 1305-1308. December, 1985.
- (51) MCCARRICK, A. K.; MANDERSCHIED, R. W.; BERTOLUCCI, D. E. (1985): *Correlates of Acting-Out Behaviors Among Young Adult Chronic Patients*. «Hosp. Community Psychiatry», 36, 8, págs. 848-853. August, 1985.
- (52) PEPPER, B. (1985): *Gold Award: Addressing the Needs of Young Adult Chronic Patients*. Rockland County Unified Services, Pomona, New York. «Hosp. Community Psychiatry», 36, 11, págs. 1210-1212. November, 1985.
- (53) CATON, C. L. M. (1981): *The New Chronic Patient and the System of Community Care*. «Hosp. Community Psychiatry», 32: págs. 475-478. 1981.
- (54) LAMB, R. (1982): *Young Adult Chronic Patients: The New Drifters*. «Hosp. Community Psychiatry», 33: págs. 465-468. 1982.
- (55) PEPPER, B.; KIRSHNER, M. C.; RYGLEWICZ, H. (1981): *The Young Adult Chronic Patients: Overview of Population*. «Hosp. Community Psychiatry», 32: págs. 463-469. 1981.
- (56) PREVOST, J. A. (1982): *Youthful chronicity: Paradox of the 80s*. «Hosp. Community Psychiatry», 33: pag. 173. 1982.
- (57) SHEETS, J. L.; PREROST, J. A.; REMAN, J. (1982): *Young Adult Chronic Patients: Three Hypothesized subgroups*. «Hosp. Community Psychiatry», 33: págs. 197-203. 1982.
- (58) TEST, M. A.; KNOEDLER, W. H.; ALLNESS, D. J.; BURKE, B. A. (1985): *Characteristic of Young Adults With Schizophrenic Disorder's Treated in the Community*. «Hosp. Community Psychiatry», 36, 8, págs. 853-858. August, 1985.
- (59) BANAKA, W. H.; YOUNG, D. W. (1985): *Community Coping Skills Enhanced by an Adventure Camp for Adult Chronic Psychiatric Patients*. «Hosp. Community Psychiatry», 36: págs. 746-748. July, 1985.

- (60) DA SALVIA, D. (1986): *Orígenes, características y evolución de la reforma psiquiátrica italiana a partir del año 1978*. «Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría», 6, 16, págs. 69-85. Enero-marzo, 1986.
- (61) DIEKER, T. (1986): *How to ensure that money follows the patients*. «Hosp. Community Psychiatry», 37, 3, págs. 256-260. March, 1986.
- (62) WILLIAMS, P.; WILLIAMS, W. A.; SOMMER, R.; SOMMER, B. (1986): *A Survey of the California Alliance of the Mentally Ill*. «Hosp. Community Psychiatry», 37, 3, págs. 253-256. March, 1986.
- (63) GOLDMAN, H. H.; FEDER, J.; SCANLON, W. (1986): *Chronic Mental Patients in Nursing Homes: Reexamining Data From the National Nursing Home Survey*. «Hosp. Community Psychiatry», 37, 3, págs. 269-272. March 1986.
- (64) GRANLICK, A. (1986): *Taking Issue: The Asylum Scene*. «Hosp. Community Psychiatry», 37, 5, pag. 433. May, 1986.
- (65) ZINNMAN, S. (1986): *Taking Issue: Self Help: The Wave of the Future*. «Hosp. Community Psychiatry», 37, 3, pag. 213. March, 1986.
- (66) KROLL, J.; CAREY, K.; HAGEDORN, R. A.; DOG, P. F.; BENAVIDES, E. (1986): *A survey of Homeless Adults in Urban Emergency Shelters*. «Hosp. Community Psychiatry», 37, 3, págs. 283-286.
- (67) LAMB, H. R.; HOFFMAN, A.; HOFFMAN, F.; OLIPHANT, E. (1986): *Families of Schizophrenics: A Movement in Jeopardy*. «Hosp. Community Psychiatry», 37, 4, págs. 353-357.
- (68) SCHNOR, D. B. et al. (1986): *Assessing the Family Environment of Schizophrenia Patients With Multiple Hospital Admissions*. «Hosp. Community Psychiatry», 37, 3, págs. 249-252. March, 1986.
- (69) BECKER, R.; BANKS, S. (1986): *A Statistical model for determining Suitability for Community*. «Hosp. Community Psychiatry», 37, 3, págs. 265-268. March, 1986.
- (70) FAULKNER, L. R.; MCFARLAND, B. H.; LARCH, B. B.; HARRIS, W. J.; YOHE, C. D. (1986): *Small Group Work Therapy for the Chronic Mentally Ill*. «Hosp. Community Psychiatry», 37, 3, págs. 273-279. March, 1986.
- (71) SOKOLOVE, R. L.; TRIMBLE, D. (1986): *Assessing Support and Stress in the Social Networks*. «Hosp. Community Psychiatry», 37, 4, págs. 370-372. April, 1986.
- (72) SHOENFELD, P.; HALEVY, J.; HEMLEY-VANDER VELDEN, E.; RUHF, L. (1986): *Long Term Outcome of Network Therapy*. «Hosp. Community Psychiatry», 37, 4, págs. 373-376. April, 1986.
- (73) ALLEN, J. G.; TARNOFF, G.; GOYNE, L. et al. (1986): *An innovative Approach to Assessing Outcome of Long-Term Psychiatric Hospitalization*. «Hosp. Community Psychiatry», 37, 4, págs. 376-380. April, 1986.
- (74) GELLER, J. L. (1986): *In again Out again: Preliminary Evaluation of a State Hospital's Worst Recidivists*. «Hosp. Community Psychiatry», 37, 4, págs. 386-389. April, 1986.
- (75) SIVOTKIN (1969): *The Chronic Care System in the USSR*. Yale University Press, N. Y.
- (76) VOLOVIK, V. M.; ZACHEPITSKIL, R. A. (1986): *Treatment, Care and Rehabilitation of the Chronic Mentally Ill in the USSR*. «Hosp. Community Psychiatry», 37, 3, págs. 280-282. March, 1986.



ANEXO 1

FICHA DE IDENTIFICACION

- 01. Número de historia ..... Fecha .....
  - 02. Número Seguridad Social o Carnilla Banfisa .....
  - 03. Nombre del paciente .....
  - 04. Sexo .....
  - 05. Fecha de nacimiento ..... / ..... / .....
  - 06. Estado civil ..... Código.....
  - 07. Domicilio .....
  - 08. Población..... Código Postal .....
  - 09. Código Sectorial .....
  - 10. Teléfono .....
  - 11. Ocupación ..... Código.....
  - 12. Situación laboral ..... Código.....
  - 13. Tipo de convivencia ..... Código.....
  - 14. Nivel educacional ..... Código.....
  - 15. Procedencia ..... Código.....
- (Los registros que siguen sólo se cumplimentan para el grupo de edad infantil)
- 18. Escolarización ..... Código.....
  - 17. Ocupación del padre ..... Código.....
  - 18. Ocupación de la madre ..... Código.....
  - 19. Lugar de nacimiento del padre .....
  - 20. Lugar de nacimiento de la madre .....
  - 21. Fecha de nacimiento del padre ..... / ..... / .....
  - 22. Fecha de nacimiento de la madre ..... / ..... / .....
  - 23. Nivel educacional del padre ..... Código.....
  - 24. Nivel educacional de la madre..... Código.....
  - 25. Remitente ..... Código.....

ANEXO 2



FICHA DE ASISTENCIA

- 01. Número de historia .....
- 02. Nombre del paciente .....
- 03. Programa .....
- 04. Modalidad asistencial .....
- 05. Diagnóstico (CIE 9.ª, O.M.S.) .....
- 06. Profesionales actuantes .....
- 07. Fecha .....

## VIII

### APENDICES

Anotaciones al estudio de Internados con  
estancia prolongada de los hospitales de Alicante,  
Asturias, Castellón, Leganés, Huelva y Valencia

© 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.

## SUMARIO

	<i>Págs.</i>
Introducción, por <i>Julión Espinosa Iborra</i> .....	1
Respuesta social e institucional al problema del enfermo mental crónico: Una revisión histórica, por <i>Julión Espinosa Iborra</i> .....	11
Epistemología de la cronicidad: I. La cronicidad: Ideo- logía e historia de un epistema, por <i>Guillermo Ren- dues Olmedo</i> . II. La cronicidad: Reflexiones acerca de su epistemología, por <i>José García González</i> y <i>Javier Montejo Candosa</i> .....	111
Estudio de los pacientes de larga estancia internados en ocho hospitales psiquiátricos españoles, por <i>En- rique Jordá Mascardó, Julión Espinosa Iborra</i> y <i>Manuel Gómez Beneyro</i> .....	114
Desinstitucionalización de enfermos mentales crónicos sin recursos comunitarios: Un análisis de la experien- cia del hospital psiquiátrico «Padre Jofré», de Bé- tera (1974-1986), por <i>M. Gómez Beneyro, A. Aser- cio, M. J. Belenguier, A. Cebrián, G. Cervera, V. Llopis, J. Salazar</i> y <i>A. Sorla</i> .....	121

I.S.B.N.: 84-398-7712-9.

Depósito Legal: M. 33.578-1986.

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



© 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

## SUMARIO

	<i>Págs.</i>
Introducción, por <i>Julión Espinosa Iborra</i> .....	7
I	
I I	
Respuesta social e institucional al problema del enfermo mental crónico: Una revisión histórica, por <i>Julión</i> <i>Espinosa Iborra</i> .....	15
I I I	
Epistemología de la cronicidad: I. La cronicidad: Ideo- logía e historia de un epistema, por <i>Guillermo Ren-</i> <i>dues Olmedo</i> . II. La cronicidad: Reflexiones acerca de su epistemología, por <i>José García González</i> y <i>Javier Montejo Candosa</i> .....	73
I V	
Estudio de los pacientes de larga estancia internados en ocho hospitales psiquiátricos españoles, por <i>En-</i> <i>rique Jordá Moscardó</i> , <i>Julión Espinosa Iborra</i> y <i>Manuel Gómez Beneyto</i> .....	121
V	
Desinstitucionalización de enfermos mentales crónicos sin recursos comunitarios: Un análisis de la experien- cia del hospital psiquiátrico «Padre Jofré», de Bé- tera (1974-1986), por <i>M. Gómez Beneyto</i> , <i>A. Asen-</i> <i>cio</i> , <i>M. J. Belenguer</i> , <i>A. Cebrián</i> , <i>G. Cervera</i> , <i>V.</i> <i>Llopis</i> , <i>J. Salazar</i> y <i>A. Soría</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

Introducción, |

Respuesta soci  
mental cró  
*Espinosa I*

Epistemología  
logía e hist  
*dues Olm*  
de su epis  
*Javier Mon*

Estudio de lo  
en ocho ho  
*rique Jora*  
*Manuel Gc*

Desinstitucion  
sin recurso  
cia del ho:  
tera (1974-  
*cio, M. J.*  
*Llopis, J. i*