

PUBLICADO COMO

Fernández Liria A. Cronicidad en la psiquiatría de finales del siglo XX. En: Rebolledo S (coord). Rehabilitación psiquiátrica. Santiago: Universidad de Santiago 1997

ISBN: 84-8121-641-0

**CRONICIDAD EN LA PSIQUIATRÍA  
DE  
FINALES DEL SIGLO XX**

Alberto Fernández Liria  
Psiquiatra  
Universidad de Alcalá de Henares  
Coordinador de Salud Mental del Area 3 de Madrid

Correspondencia:  
Alberto Fernández Liria  
Fernán González 79, 6º C  
28009 MADRID

## INTRODUCCIÓN

Pocos temas han suscitado en la historia de la psiquiatría tanta polémica como el de la cronicidad. Y en pocos se ha implicado tanta pasión y se ha entereverado tanta ideología. Existen en nuestra lengua buenas revisiones históricas (Espinosa 1986, ) y conceptuales (Rendueles 1986, García González y Montejó 1986) sobre el tema. También son fácilmente asequibles textos que proporcionan buenos cortes transversales de la problemática en el mundo (Talbot 1981 y 1984). Aquí no intentaremos ni siquiera resumir unos u otros; nos limitaremos a establecer cuales son los patrones a través de los que el problema se manifiesta hoy y cual es el conocimiento que tenemos de la situación en nuestro país.

En un trabajo presentado hace ya diez años (Desviat, Fernández Liria, Rendueles 1986) señalábamos que el ingenuo optimismo de alguno de los promotores de los movimientos de reforma psiquiátrica de los sesenta, para quienes la cronicidad parecía un epifenómeno de la institución manicomial, se había trocado en perplejidad al comprobar que un fenómeno que parecía simple y localizado en el interior de los asilos, lejos de desaparecer con la institucionalización a la que consideraban su causa, se había vuelto multiforme y ubicuo. Propoiníamos entonces la consideración de cuatro patrones que, nos pareció, nos permitían encuadrar lo que habíamos encontrado tanto en la literatura como en nuestra práctica: 1) el remanente manicomial, 2) Los crónicos externalizados, 3) los usuarios crónicos de los servicios ambulatorios y 4) los *pacientes crónicos adultos jóvenes*. A ellos nos atenderemos para organizar nuestra exposición.

## EL REMANENTE MANICOMIAL

Ya en los primeros años setenta se puso de manifiesto que una parte de la población entonces asilada en los hospitales psiquiátricos occidentales no es capaz de vivir ni

autónomamente ni valiéndose de los apoyos existentes fuera de los hospitales, e iba a constituir lo que se conoció como el *núcleo duro* resistente a la desinstitucionalización. Se trataba de un número muy restringido de pacientes, en su mayor parte varones, de edad avanzada y con graves déficits de autonomía. Pero lo que su existencia traía a colación era el cuestionamiento de la idea de que el manicomio podía ser definitiva y totalmente superado (Bachrach 1986).

Estos pacientes podían agruparse en 4 categorías

- 1) pacientes con trastornos orgánicos cerebrales que producen deterioro psíquico y antes eran atendidos en los manicomios (eran casi la mitad del *núcleo duro*)
- 2) pacientes con trastornos de conducta graves relacionados con psicopatías, drogodependencias, alcoholismo o trastornos del control de los impulsos.
- 3) pacientes con esquizofrenias resistentes a los tratamientos
- 4) pacientes con problemas de orden físico o de control que dificultan su alojamiento o autonomía (epilépticos, retrasados mentales ligeros, deficientes sensoriales...)

Hoy las personas que podrían incorporarse a los grupos 1 y 4 ni siquiera se consideran responsabilidad del sistema de atención psiquiátrica. Lo que los movimientos de reforma han confrontado en ellos no es la existencia de una categoría de pacientes que van a requerir cuidados hospitalarios de por vida, sino la de un grupo de personas concretas que están ya viviendo en los hospitales psiquiátricos y para las que no resulta fácil encontrar una alternativa viable, pero que no va a renovarse. Constituyen lo que se ha conocido como *antigua larga estancia*. Esto se ha traducido por un lado en un progresivo envejecimiento de la población asilada y, por otro en un ritmo más lento de los procesos de desinstitucionalización que - allí donde no han dispuesto de fondos suficientes o se han llevado a cabo de modo *salvaje* - ha debido adecuar su ritmo al de la desaparición natural - por defunción o transinstitucionalización al sistema de atención a los

ancianos - de esta última generación de *antiguos crónicos*.

Las pertenecientes al segundo grupo constituyen un problema grave y de difícil manejo que se ha traducido en diversos países en tentativas de solución muy diferentes (de lo más penal a lo más terapéutico) que nunca han satisfecho - al menos a la vez- a los profesionales de salud mental, las autoridades judiciales o policiales, los pacientes y la opinión pública. Los pacientes esquizofrénicos lo suficientemente resistentes a toda intervención farmacológica o psicosocial como para necesitar un cuidados residenciales permanentes constituyen un grupo muy reducido, pero existen y siguen incorporando a su grupo nuevos casos. Lo que parece claro es que el Hospital Psiquiátrico tal y como era concebido antes de la era de la desinstitucionalización ni por sus dimensiones ni por sus contenidos representa una alternativa satisfactoria para ninguna de estas dos categorías que alimentan el grupo de lo que se conoce en la literatura británica como de *nueva larga estancia*.

En España el número de camas psiquiátricas antes de iniciarse los procesos de reforma era sensiblemente menor que el de la mayoría de los países desarrollados. Pero este fenómeno se dibujó como un exacto calco de lo descrito en ellos (Jordá Moscardó E, Espinosa Iborra J, Gomez Beneyto).

## **LOS CRÓNICOS EXTERNALIZADOS**

Los trabajos de seguimiento que intentaron averiguar el paradero y la situación de los pacientes que fueron dados de alta en los primeros procesos de desinstitucionalización arrojaron resultados descorazonadores tanto en América como en Europa (Para una revisión ver Desviat, Fernández Liria y Rendueles 1986). Se había sobreestimado la capacidad de adaptarse a condiciones de vida normalizadas de personas que habían vivido durante largos períodos en medios protegidos olvidando - o incluso sin haber llegado a aprender - las habilidades necesarias

para vivir autónomamente. Los nuevos dispositivos llamados a atender en mejores condiciones a la población antes asilada - como los Centros de Salud Mental Comunitaria que, por otra parte, se habían visto saturados por una demanda también nueva, de personas con patología "menor" que antes ni siquiera estaba en contacto con el sistema de atención psiquiátrica - se mostraron ineficaces para atender las necesidades de los pacientes externalizados que quedaron, en buena parte, desatendidos. Se trata de un grupo de pacientes mayoritariamente varones, de edad avanzada pero menores que los del apartado anterior y con diagnósticos de psicosis crónicas, trastornos de la personalidad y dependencias.

Esta situación fue blandida hasta la saciedad como un argumento pretendidamente definitivo contra los movimientos de desinstitucionalización y de la psiquiatría *comunitaria*. Se atribuyó, además, injustamente a la desinstitucionalización buena parte de los males que, en realidad, eran debidos a la crisis económica y al recorte de las prestaciones sociales que puso en la calle y privó de recursos a las personas mas desprotegidas. Pero exagerado o no, el fenómeno estaba allí y la concepción misma de la psiquiatría comunitaria hubo de cambiar sustancialmente otorgando el papel que merecían aspectos como la rehabilitación o los programas específicos de apoyo comunitario. Se trataba de un grupo de pacientes mayoritariamente varones, de edad avanzada pero menores que los del apartado anterior y con diagnósticos de psicosis crónicas, trastornos de la personalidad y dependencias.

Los estudios de evaluación a largo plazo llevados a cabo en los últimos años sobre los procesos de desinstitucionalización merecedores de tal nombre (no por el simple cierre de servicios para ahorrar fondos públicos) en Estados Unidos (Okin 1993) y en Gran Bretaña (Leff 1993) demuestran que la sustancial reducción en el número de camas se ha acompañado de un aumento en el grado de satisfacción y calidad de atención de los pacientes externalizados hace una década tras largos periodos de institucionalización.

En España no se han practicado grandes procesos de desinstitucionalización, entre otras cosas porque en nuestro país el número de personas asiladas era menor que en otros de nuestro entorno y, además, cuando se han realizado, se han llevado a cabo muy tarde, cuando ya se conocían cuales eran los problemas experimentados en los países que iniciaron estas prácticas y que procedimientos se proponían para evitarlos. En cualquier caso, las mas o menos pequeñas desinstitucionalizaciones llevadas a cabo en los 80 y 90 se han llevado a cabo aplicando las enseñanzas de las experiencias de otros países y extremando precauciones que, a veces, faltaron en alguna experiencia aislada que tuvo lugar durante los años 70 (Gómez Beneyto, Asencio, Belenguer, Cebrian, Cervera, Llopis Salazar y Soria 1986). Un estudio realizado en una de las comunidades en las que se han realizado procesos de reforma muestra una mínima presencia de personas desinstitucionalizadas en la población indigente o carente de hogar (Vega y Palomo 1995 a, b, y c).

## **LOS USUARIOS CRÓNICOS DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS**

El desarrollo de servicios "comunitarios" con capacidad y disposición para atender los - mal - llamados "trastornos mentales menores" abrió las puertas de la atención profesional a grandes poblaciones que antes no accedían a unos servicios centrados en el manicomio y orientados al manejo de la patología pesada. En los países pioneros en estos desarrollos se puso de manifiesto ya en los años 60 la existencia de un grupo de personas altamente dependientes de estos nuevos servicios que tenía un perfil clínico y epidemiológico muy diferente del de los crónicos hospitalarios (Schneider y Schwed 1965; Schneider, Guillem y Loren 1972).

Este mismo fenómeno se ha detectado con idénticas características en diversos servicios españoles (Rendueles y Camarero 1986, Fernández Liria, Delgado, Rico et als 1986). En el realizado en el Centro de Salud Mental de Leganés en 1986 (Fernández Liria, Delgado Rico et al

1986) resultó que un tercio de los usuarios del centro (el 2% de la población de referencia) eran crónicos (llevaban mas de 2 años de uso ininterrumpido de los servicios), que la edad de máximo riesgo era entre los 31 y los 50 años y que la condición de *mujer* es un factor mayor de riesgo para este tipo de cronicidad y que, además, implica un funcionamiento diferente de los otros factores estudiados. Así, mientras que para los hombres, la *convivencia con el conyuge* es un factor de protección, esta misma condición es un factor de riesgo para las mujeres. Además mientras que para los varones los diagnósticos de entrada *pesados* (psicosis, trastornos graves de la personalidad...) son un buen predictor de la posibilidad de convertirse en usuario crónico, resultó que, para las mujeres el riesgo de llegar a ser usuarias crónicas era *independiente del diagnóstico*.

En definitiva en este grupo de crónicos se incluyen pacientes que, en otro momento histórico se hubieran convertido en crónicos hospitalarios pero su presencia se ve desdibujada por la presencia de una población mucho mas numerosa que presenta trastornos menos graves o que, simplemente, ha convertido la consulta en un instrumento para afrontar la adversidad.

Este grupo de pacientes crónicos constituye un motivo mayor de reflexión en el diseño y pureza en marcha de los programas de atención y se han identificado estrategias para enfrentarlo (de hecho en un estudio que replicó el citado arriba en los mismos servicios 3 años mas tarde - cuando ya se habían considerado los hallazgos del anterior - no se detectó la anulación del efecto del diagnóstico para las mujeres (Fernández Liria 1991)). No nos detendremos, sin embargo en ellos porque, en general no son objetivo preferencial de los programas de rehabilitación.

## **PACIENTES CRÓNICOS ADULTOS JÓVENES**

### UN FENÓMENO NUEVO

La noción de *cronicidad* dejó en los años 70 de estar vinculada a la de *hospitalización*. Pero hasta los primeros años 80 aparecía como indisolublemente unida a la de *edad avanzada*. El término Paciente Crónico Adulto Joven - popularizado a través de su acrónimo en inglés *YACP* - apareció en 1980 como título de una conferencia promovida por el equipo del Centro de Salud Comunitaria de Rockland County (Pomona, Nueva York) dirigido por el Dr. BERT PEPPER. Con él se pretendía designar a un grupo de pacientes que venían siendo objeto de la atención y el trabajo de dicho equipo, cuya labor en este campo ha sido reconocida por la American Psychiatric Association en dos ocasiones a través de un *Significant Achievement Award* en 1983 y un *Gold Award* en 1985.

Este primer esfuerzo teórico y asistencial se recoge en un artículo (Pepper, Kirshner y Ryglewicz 1981) y dos libros (Pepper y Ringlewicz 1982 y 1984). En su planteamiento inicial se trata de un grupo heterogéneo de pacientes de edades comprendidas entre 18 y 30 o 35 años, cuyos trastornos debutaron en plena era de la desinstitucionalización, por lo que pasan muy poco tiempo en los hospitales, pero que presentan muy serios problemas de funcionamiento social y de manejo por los servicios comunitarios de salud mental y otras agencias sociales. Pepper destaca dos características:

- 1.- Sus graves dificultades en el funcionamiento social
- 2.- Su tendencia a usar inadecuadamente los servicios de salud mental de forma tal que consumen grandes cantidades de energía y tiempo de los clínicos sin que sea posible establecer planes viables de tratamiento.

Se trata de pacientes con una variedad de diagnósticos (40 en un grupo de 294) entre los que se encuentran como más frecuentes dos tercios de trastornos mentales mayores, seguidos de trastornos de la personalidad y abundan los diagnósticos múltiples .

En opinión de Pepper se diferencian claramente de los pacientes desinstitucionalizados

(de más edad) y del grupo de "nuevos crónicos" nunca institucionalizados (y también mayores) a los que nos referíamos antes como "usuarios crónicos de servicios ambulatorios " porque:

- 1.- El fracaso es en ellos algo reciente
- 2.- Todavía están luchando por ser como los otros de su generación
- 3.- No han aprendido previamente como los pacientes desinstitucionalizados a ser dóciles y a hacer lo que se les manda.
- 4.- Actúan -y toman drogas- como la juventud desesperada y rebelde a la que pertenecen.
- 5.- Son propicios a volverse contra los profesionales de la salud mental en cuanto éstos intentan ocuparse de ellos.

Entre los problemas que estos pacientes tienen en común, Pepper cita:

- 1.- Su gran vulnerabilidad al stress
- 2.- Su dificultad para establecer relaciones estables
- 3.- Su incapacidad para conseguir o conservar algo bueno en sus vidas.
- 4.- Su incapacidad o rechazo de aprender de sus propias experiencias.
- 5.- Su gran capacidad de provocar sentimientos de frustración, malestar e inquietud en sus parientes y amigos y en los clínicos.

Lo que, en palabras de Pepper, los lleva a funcionar como personas sólo en un sentido marginal y a añadir a la paradoja de reunir las condiciones de "joven" y "crónico" el destino de ser "crónicamente jóvenes".

Ellos se presentan como víctimas de la sociedad y conciben sus trastornos como consecuencia del uso de drogas o de la "mala vida", rechazan el papel de enfermos mentales, sienten -en opinión de Pepper con mucho acierto- que la psicoterapia individual es insuficiente o

inadecuada para atender a sus necesidades, desprecian o no soportan las actividades de los centros de día pensados para pacientes externalizados, rechazan o usan a su aire la medicación y sólo aceptan ayuda cuando les impulsa a pedirla una grave crisis.

El estudio de Pepper los presenta como personas que viven mayoritariamente con sus padres u "otros" (68%) y si lo hacen solos (17%) es porque practican una vida errabunda. viven de fondos públicos o de sus padres. Sólo mantienen con la gente de su edad relaciones fugaces e insatisfactorias. Abusan del alcohol y de las drogas. Tienen frecuentes problemas con la ley. Presentan un alto riesgo de suicidio.

En el mismo número de Hospital and Community Psychiatry en que aparece este primer artículo, se recogen otras voces de alarma en el mismo sentido. Talbott (1981) -editor de la revista- apunta en una nota editorial hacia los factores demográficos que condicionan el concepto (del que acabarán siendo parte fundamental); Schwartz y Goldfinger (1981) desde el otro extremo del país (San Francisco) y desde un dispositivo asistencial totalmente diferente al de Rockland County (como es un servicio de urgencias hospitalización breve) muestra su alarma por la irrupción de un grupo de pacientes jóvenes cuya más relevante característica en su inadaptación a la oferta de servicios de salud mental disponibles y que acaban repercutiendo sobre la urgencia. Caton (1981) presenta un trabajo en que un grupo de idénticas características ha sido aislado en un estudio sobre esquizofrenias en la comunidad en el norte de Manhattan (Harlem), que ya presentó en la citada 1ª Conferencia sobre YACP en noviembre de 1980.

Hay una serie de elementos de acuerdo desde estas primeras señales de alarma. En primer lugar, todos los autores coinciden en señalar que se trata de un fenómeno nuevo. A la hora de buscar referencias útiles para su trabajo, las de Pepper se refieren exclusivamente al concepto de "síndrome de derrumbamiento social" elaborado por Gruenberg (1967, 1982) veinte años antes, para referirse a la situación, no sólo distinta, sino antitética de los pacientes asilados y ni más ni

menos que a Goffman (1962) a quien también se refiere Caton en el artículo recién citado, para expresar su convicción de que sus pretendidos hallazgos (como los de Dunham (1960) y los de Stanton y Schwartz (1954) a quienes también cita) sobre el papel del asilo en el hecho mismo de la cronificación, han sido desmentidos por los datos de su propio estudio. En el estudio de California (Schwartz y Goldfinger 1981) por su parte creen encontrar referencias a la presencia de pacientes molestos en los servicios de urgencia en un artículo de Robbins de dos años antes (que elabora al respecto el muy débil concepto de "**paciente indeseable**" (Robbins, Stern y Robins 1978) y en los entonces recientísimos trabajos de Bassuk y Gerson (1980) y Neil (1979). Pero una cosa es detectar un malestar, como en el caso de estos tres trabajos y otra, muy distinta, proponer una teoría que permita manejarlo. Lo que, por cierto, tampoco hacen Schwartz ni Caton, cuyo papel en este punto de desarrollo del concepto se limita a servir de corroboración a lo postulado por Pepper. Y, si el concepto de *marginación* propuesto por Segal y colaboradores (1977) parece más útil a Schwartz, esto tampoco trasciende un mero nivel descriptivo.

Más juego ha dado la tesis postulada por Talbott (1981) de que el problema enfrentado no es sino la traducción de las predicciones de Kramer (1977) sobre los problemas que iba a acarrear la llegada a la edad de máximo riesgo para la esquizofrenia de los individuos nacidos en el "**baby-boom**" que siguió a la Segunda Guerra Mundial y que determinan un importante ensanchamiento en la pirámide de edad americana.

En segundo lugar, parece que todos los pioneros del concepto coinciden en ponerlo en relación con el movimiento de desinstitucionalización en marcha que impide a estos pacientes el acceso al tipo de institución que hasta el momento había servido para manejar a sus predecesores.

Por último -y a pesar de que el de Schwartz (1981) es un estudio sobre pacientes que, en alguna ocasión, habían tenido un diagnóstico de esquizofrenia- todos coinciden en señalar que se trata de un grupo que no se define por sus características estrechamente clínicas y, menos que por

ninguna otra, por el diagnóstico sino en base a criterios -que Pepper llama "funcionales" - referidos a su modalidad de uso de los dispositivos de salud mental. A estas alturas del debate, cuáles puedan ser los factores determinantes de esos patrones de uso -aunque todo parece apuntar hacia algo que tiene que ver con la situación de la juventud en la calle-, resultaba un misterio.

#### DELIMITACION DEL CONCEPTO.

Si bien este primer planteamiento encontró, según nos relata Bachrach (1982), fuerte eco en multitud de servicios dispersos por toda la geografía estadounidense, como señala esta misma autora, tal eco se tradujo, en un primer momento, en una literatura "fugitiva" o tema de discusión en pasillos de congresos, sin traspasar la puerta de aquellos mecanismos de que la comunidad científica dispone -Bachrach citaba el *Index Medicus*- para afrontar teóricamente los problemas que le son propios. Para que se diera este paso fue preciso que el concepto fuera asentado, tras la "IIª Conferencia sobre Pacientes Crónicos Adultos Jóvenes" organizada por el CSMC de Rockland County, en un número de la revista HCP (que lanzó la primera señal de alarma y que se convirtió, después, en escenario principal de la polémica). Este número, además de una nota editorial firmada por Prevost (1982), contenía una propuesta de categorización de Sheets (1982) y, sobre todo, una revisión y formalización del tema a cargo de la especialista en cronicidad de la revista L. Bachrach (1982). La bajada a la arena del HCP de otra de las grandes autoridades americanas en pacientes crónicos, el californiano Lamb (1982) pocos meses después terminó esta labor de reconocimiento.

Bachrach (1982) sitúa como trasfondo del problema tres tipos de factores. El primero se refiere a los efectos de la desinstitucionalización (Bachrach, uno de los artífices aunque también de las conciencias críticas de este movimiento se cuida bien, de toda formas, de señalar que el

fenómeno no puede ser encarado tampoco como un mero artefacto de la desinstitucionalización). Esta determina el fenómeno en dos sentidos: por un lado, diversifica los dispositivos de atención (antes reducidos al asilo) y a su personal, y hace más fácil que los pacientes "escapen" a su acción. Por otro -y en esto coincide con la formulación de Prevost (1982) - incrementa la **visibilidad** de estos pacientes que de este modo están en la calle en lugar de recluirlos de por vida en el asilo.

En segundo es de orden **demográfico** y se refiere por un lado a los efectos del baby-boom (previstos por Kramer (1977) y citado por Talbott (1982) y, por otro, a la gran movilidad geográfica que afecta a toda la población de esa franja de edad y que repercute en los pacientes dificultando su vinculación a los sistemas de atención y facilitando su acceso a modos disfuncionales de vida al ponerlos en contacto con las bolsas de marginación que se alojan en las grandes ciudades (Bachrach 1987)

El tercero se refiere a la pertenencia o fácil acceso de esta población a una cultura de la calle que, al menos en los Estados Unidos de América, incluye como valores el uso de drogas o el desprecio de formas de vida que se asocian con facilidad a los objetivos y prestaciones de los sistemas de atención a la salud mental.

Bachrach se hace eco del intento de categorización de estos pacientes propuesto en este mismo número de H & CP por Sheets y colaboradores (1982). Estos, que detectan problemas muy diferentes en una población de crónicos atendida en un programa de rehabilitación, según la edad, creen detectar tres subgrupos en la población descrita por Pepper. El grupo de "baja energía y bajo nivel de demanda" más parecidos a los "nuevos crónicos" de los años 70, el de "alta energía y alto nivel de demanda" que se correspondería con el descrito por Schwartz y colaboradores (Schwartz y Goldfinger 1981) y el de "alto nivel de funcionamiento y de aspiraciones" de más alta clase social y engañosa apariencia saludable.

A Lamb (1982), bien bregado en el tema de los efectos de la desinstitucionalización sobre los pacientes crónicos (Lamb 1971 y 1979), la novedad del tema le parece debida a la necesidad de estos pacientes (a quienes aplica el término "drifters" derivado del verbo to drift que designa el acto de ser llevados a la deriva los restos de un naufragio) de encarar las preocupaciones y problemas propios de este momento del ciclo vital en una situación que les impide resolverlos. El aspecto de la "juventud crónica" tangencialmente señalado por Pepper parece imponerse al de la "cronicidad juvenil".

A partir de este momento y hasta 1987 no se discute la pertinencia del concepto: se habla de él y, sobre todo, se trabaja con él considerando la definición de Bachrach como definitiva.

El libro editado por Pepper y Ryglewicz ese mismo año reproduce casi textualmente artículos de ese número de H & CP (Sheets Prevost y Reihman 1982, Bachrach 1982) o se refieren a experiencias narradas en el de julio de 1981 (Pepper, Ryglewicz, Kirschner 1982) o pormenorizan líneas de trabajo en marcha en Rockland County o Nueva York en general (Hopper Baxrer y Cox 1982, Gruenberg 1982, Klein 1982, Flax 1982, Nefinger y Schiff 1982 Schacter, Goldberg y Gap 1982, Ryglewicz 1982) -o experiencias semejantes (Stein y Test 1982) o recogen algunos de los conceptos citados como antecedentes (Gruenberg 1982). Es llamativa la concurrencia de un filósofo (Gorovitz 1982) que intenta abordar el aspecto ético del problema, a mi modo de ver bastante pobremente.

En lo que se refiere a los intentos de perfilar, reacotar o enriquecer el propio concepto reseñaremos sólo aquellas aportaciones que han sido de trascendencia para la posterior evolución de la polémica.

McCarrick y colaboradores (McCarrick, Handerscheid y Bertolucci 1985), por ejemplo, en un trabajo en el que da por sentado el concepto en los términos de Bachrach, estudian los factores relacionados con el **acting-out** en estos pacientes y señala entre éstos el abuso de alcohol

(con efectos más adversos en estos pacientes), el de drogas (con iguales efectos en todas las edades pero más frecuente en éstas) y la ruptura en la toma de la medicación. El interés del artículo radica en que McCarrick pone en relación este último factor con uno de los objetivos del movimiento desinstitucionalizador: evitar el ETIQUETAMIENTO de los usuarios. McCarrick coincide con Weinstein (1983) en señalar que tal "etiquetamiento" no sólo no es perjudicial, sino que el rol de enfermo produce más ventajas que inconvenientes. El tema es importante porque algunas de las alternativas ofrecidas por los servicios que trabajan con estos pacientes y que analizaremos en el apartado siguiente son altamente estigmatizadoras y porque ese es uno de los argumentos con que finalmente Estroff (1987) tratará de poner fin a la discusión.

Test y colaboradores, por su parte, (Test, Knoedler, Alliness y Burke 1985) revisan las definiciones utilizadas de cronicidad en función de la incapacidad (Pepper 1982, Stanton y Schwartz 1954, Segal, Baumohl y Johnson 1980), la necesidad de soporte comunitario (Intagliata y Baker 1984) y la definición de los subgrupos de Sheets (Sheets, Prevost y Reihman 1982) y proponen una nueva en función del **ALTO RIESGO** para desarrollar una incapacidad. La muestra de su estudio se compone de pacientes con trastornos esquizofrénicos o del orden de la esquizofrenia.

Bender (Bender 1986) confirma la validez del concepto y establece el uso de una serie de variables que se han utilizado ampliamente en investigaciones posteriores, incluidas las españolas

En base a ello la presencia del grupo se detectó en los Estados Unidos como un problema que afectaba a los más diversos dispositivos sociosanitarios como unidades hospitalarias, instituciones a medio camino, unidades ambulatorias, o instituciones sociales generales (para una revisión ver Fernández Liria 1991).

#### CONSECUENCIAS Y ALTERNATIVAS ASISTENCIALES.

Decir que los YACP se definen por su mal uso de los servicios diseñados para el manejo comunitario de los trastornos mentales es tanto como aceptar que la existencia de estos exige la transformación de aquellos (o, en el peor de los casos, el reconocimiento de su fracaso). Por ello, y desde el principio, los trabajos sobre este grupo de pacientes se han cuidado, a la vez que de definirlo, de proporcionar alternativas en este terreno.

De nuevo la alternativa más completa correspondió desde el principio a Pepper y al CMHC de Rockland County. En el mismo trabajo (Pepper 1981) en que propuso el término, Pepper describía un circuito diseñado para la atención de esta población que incluye.

- **Un Servicio de crisis** que suele actuar como puerta de entrada y que ofrece intervenciones en el centro o a domicilio y tratamiento a corto plazo (Flax 1982).
- **Una unidad de Hospitalización Breve** orientada a la crisis (17 días de estancia media) (Flax 1982).
- **Un programa residencial** en dos fases con 20 camas llamado *Community Link-Up Experience (CLUE)* que incluye a la vez actividades en Centro de Día o actividades programadas en otros recursos comunitarios.
- **Un Hospital de Día** (en programa de 14 semanas) para casos agudos como alternativa a la hospitalización que incluye trabajo de grupo, psicoterapia individual y familiar y actividades educacionales y recreativas (Neffinger, Schiff 1982, Neffinger 1981).
- **Clínica ambulatoria** con un amplio abanico de prestaciones
- **Dos centros de apoyo comunitario** (Schacter y Goldberg 1982) con funciones rehabilitadoras y que incluye los *case managers* encargados de guiar por el circuito a los usuarios que lo necesitan.

Desde allí han promovido y desde entonces han trabajado con la *National Alliance for the*

*Mentally Ill* que agrupa 25.000 familias y la asociación FAMILYA (*Families of Mentally Ill Young Adults*).

Posteriormente han creado nuevas alternativas residenciales en casas y la oficina de información TIE (*The Information Exchange*).

Los trabajos de Bachrach (1982a, 1982b) Sheets, Prevost y Reihman (1982 a y b) y Lamb (1982) teorizan estos requerimientos y señalan la necesidad de promover alternativas residenciales y de incidir sobre la mentalidad y actitudes de los tratantes y de prever, en base a estudios epidemiológicos la evolución de la prevalencia del fenómeno.

Bachrach propone los siguientes principios comunes para todos los pacientes crónicos, y que inspiraron las experiencias de los "programas modelo" (Bachrach 1982, 1981, 1980):

1. Atender con máxima prioridad a los pacientes más incapacitados.
2. Capacitar a los pacientes para acceder a una gama completa de servicios.
3. Trabajar sinérgicamente con otros recursos y agencias sociocomunitarios.
4. Proporcionar atención altamente individualizada para cada paciente.
5. Disponer de personal especialmente entrenado
6. Hacer programas flexibles, evaluables y modificables al variar las necesidades.
7. Disponer de un número restringido de camas hospitalarias y de un contacto con ellas.
8. Diseñar alternativas valorables y comprensibles desde la peculiar cultura de la población a atender.

Lamb (1982), en su concepción para este grupo de pacientes es aún más radical. En su opinión se trata:

1. Como primer paso, de establecer redes de servicios ambulatorios y de rehabilitación de gran calidad.
2. De no dejarse guiar por objetivos de curación o normalización cuando tales objetivos no

son realistas.

3. De orientarse, en cambio, a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Una exposición detallada de como estos principios se han aplicado en los países anglosajones puede encontrarse en Fernández Liria (1991).

### LEGITIMIDAD DEL CONCEPTO

Si los YACP no fueron, como predecían los estudiosos del tema "el gran problema de la psiquiatría americana de los 80" (Pepper 1982, Egri y Caton 1982, Hopper, Baxrer y Cox 1982, Gruenberg 1982) fue, en todo caso, porque el gran problema que la psiquiatría americana de los 80 tuvo que afrontar fue la política de la administración Reagan. Pero los YACP fueron, sin duda, fuente de buena cantidad de quebraderos de cabeza. El concepto de YACP no sólo ha resultado útil a la hora de designar a un grupo de pacientes al que identifica, sino que ha servido para articular toda una muy fructífera polémica sobre los medios a utilizar para hacer realidad los objetivos de la salud mental comunitaria. Los YACP han actuado como emergente o como señal de alarma de una crisis, han mostrado qué soluciones no eran válidas y han forzado un importante trabajo de reflexión para encontrar las que sí pudieran serlo.

En este estado de cosas y en enero de 1987, en una breve nota editorial aparecida en H & CP, Estroff (1987), como aquel niño del cuento que grita de pronto que el rey está desnudo, viene a señalar lo que, quizás por demasiado evidente, nadie hizo notar y lo que toda la discusión subsecuente sencillamente ignoró: El concepto se articula a partir de la comparación de crónicos jóvenes con crónicos de más edad y de tal comparación se pretenden extraer conclusiones sobre la cronicidad. Para extraer consecuencias sobre la cronicidad hubiera sido necesario comprar jóvenes crónicos con jóvenes no crónicos. Al no hacerlo -¡Nadie, en una polémica que lleva ya 6 años lo ha hecho!- las conclusiones extraídas lo son, probablemente, sobre la juventud. Porque -

nos dice Estroff- las conductas que tanto alarman en estos jóvenes son las propias de su grupo de edad y la distancia que los separa de los crónicos de más años es la misma que separa a los jóvenes que no son ni pacientes, ni crónicos, de sus padres. Por otro lado -nos dice Estroff- el rótulo "YACP" y alguna de las alternativas diseñadas a su sombra son (aunque a eso ya hemos hecho referencia) altamente estigmatizadoras. La conclusión de Estroff se resume con claridad en el título de su pequeño artículo: "NO more Young Adult Chronic Patient".

No creo que le falte razón a Estroff en lo que se refiere a la estructura lógica de la articulación del concepto. No me parece, en cambio, que su denuncia sobre la estigmatización que su uso supone, a la que ya se habían adelantado Winterstein y Rapp (1986), vaya a sorprender a sus promotores, que, como hemos visto, ya se habían curado en salud al respecto. Hay que decir, además, que su artículo no sólo no pone punto final a la polémica, sino que se acompaña en el mismo número de H & CP de dos trabajos sobre el tema y se sigue de un ritmo de producción idéntico al previo.

Porque hay algo que se le escapa a Estroff: se trata de un grupo de pacientes que se define por su modalidad de uso de servicio. Pacientes y modalidad que existen y que son fácilmente identificables. Si queremos pensar en su origen habrá que considerar la situación de la juventud, los cambios habidos en la articulación de la sociedad civil como consecuencia de las políticas neoliberales y, sobre todo, creo yo, en la crisis económica que preside ambos factores. Pero - independientemente de lo acertado del rótulo, a los técnicos de los servicios de salud mental tal grupo les obliga a replantear los objetivos, métodos y procedimientos de que se venían valiendo para desarrollar su trabajo. Es lo que ocurre desde hace 10 años. Es lo que ocurrirá en nuestro país en breve.

Lo que entretanto había sucedido se explica, quizás, mejor por el proceso de sustantivización del concepto en el sentido en el que Leona L. Bachrach lo refiera haciendo

alusión recientemente al concepto de "enfermos mentales graves y persistentes (SPMI)" (¿Sustituto del de "pacientes crónicos adultos jóvenes (YACP)" para la década de los 90?) (Bachrach 1990 ).

En cualquier caso el concepto de YACP señalaba un grupo bien identificable de pacientes que producía un abanico bien completo de problemas. Y para eso ha servido. Pero no hay que olvidar, si se quiere utilizar sin peligro, que señala una insuficiencia congénita de un modelo de atención. Y no sólo una crisis de la nosología al uso.

### YACP EN ESPAÑA

En nuestro país se ha llevado a cabo un estudio para investigar la posible existencia de un grupo semejante de pacientes en las redes de servicios resultantes de los procesos de reforma. Se llevó a cabo en Leganés (Madrid) durante el proceso de transformación del antiguo hospital psiquiátrico en la red de servicios que actualmente constituye el Instituto José Germain. En ese momento la red consistía en un centro de salud mental, una unidad de urgencias/hospitalización breve, una unidad de rehabilitación y una unidad de larga estancia/residencia asistida.

Se estudiaron, a través del registro acumulativo de casos psiquiátricos existente en la red, las características clínicas y sociodemográficas y los patrones de uso de 2450 pacientes atendidos durante un año y se pusieron en relación con el tiempo de uso continuado (cronicidad) y la edad (con ellos resultaban grupos de crónicos jóvenes, crónicos no jóvenes, no crónicos jóvenes y no crónicos no jóvenes). Se analizaron las variables cualitativas (las sociodemográficas y el diagnóstico) a través del análisis de tablas de contingencia y las cuantitativas a través del test de Newman Keuls para la comparación de medias en distribuciones no paramétricas con el paquete estadístico PRRESTA-PC.

Resumiremos a continuación las conclusiones de ese estudio:

- 1.- La primera y fundamental conclusión fue que también en nuestro medio el grupo de pacientes crónicos jóvenes se caracteriza por una serie de notas sociodemográficas y de uso de servicios que le hacen merecer una consideración conjunta en la planificación y programación de los servicios de salud mental.
- 2.- Este grupo se compone de Un reducido grupo de pacientes con un alto consumo de prestaciones.
- 3.- Si se trata de sujetos que presentan con más frecuencia que el resto de los pacientes en general y que el resto de los crónicos diagnóstico de psicosis funcional o de trastorno de la personalidad.
- 4.- La diferencia en el uso de servicios entre sujetos de uno y otro sexo es mayor en el grupo de pacientes no crónicos lo que nos permite atribuir la mayor presencia de varones que han descrito numerosos estudios americanos en el grupo de crónicos jóvenes no a su condición de cronicidad, sino a la de juventud.
- 5.- Son personas que con más frecuencia que sus coetáneos, (aunque con la misma que los crónicos "de vieja escuela") son solteros y viven en forma dependiente de la generación anterior. por lo que cabe esperar en un futuro relativamente próximo una quiebra de su sistema de soporte y la incorporación a la red de una demanda constituida por sujetos maduros, sin recursos, aislados y con trastornos graves, demasiado jóvenes para incorporarse a los programas de previsión social para ancianos y sin las características esperadas en una red de atención a la salud mental que prevé o la rotura brusca pero remediable del soporte comunitario por la irrupción de la patología aguda o la existencia de un soporte suficiente para garantizar una vida normalizada.
- 6.- Se trata de personas que trabajan en menor medida que la población en general y que sus coetáneos en particular.
- 7.- El grupo de crónicos jóvenes forma parte de una generación más culta y con más expectativas sociales que el de sus padres.

8.- No hemos confirmado que los patrones diagnósticos entre los pacientes crónicos jóvenes o no, sean diferentes en hombres y mujeres. Creemos que este hecho -que contradice nuestros propios resultados de 1986 (Fernández Liria, Delgado y Rico 1986)- es producto de una serie de medidas tomadas para evitar la psiquiatrización y la cronificación yatrogénica de algunos problemas asociados a la condición de mujer en un barrio obrero.

9.- Estos pacientes no sólo consumen más prestaciones de atención ambulatoria del resto, sino que además las consumen de mayor "calidad" o sofisticación (psicoterapia). Además dan muestras de una "inquietud en la red" que puede ser un indicador de esa capacidad para causar stress en los profesionales o de esa inadecuación de la oferta a que refiere toda la literatura americana.

10.- También consumen con más frecuencia servicios de hospitalización y lo hacen, en mayor medida, sin utilizar los ambulatorios. Lo mismo ocurre con la urgencia hospitalaria.

11.- Son los usuarios por excelencia de la Unidad de Rehabilitación que proporciona residencia y cuidados de enfermería a personas incluidas en programas -a veces muy sofisticados- de rehabilitación. Se trata de una prestación de alto coste y de atención intensiva y este hallazgo redunda en el sentido de lo que hasta aquí venimos señalando.

12.- Los pacientes crónicos jóvenes, a diferencia de los demás edad, no utilizan las prestaciones de larga estancia -residencia asistida (lo que probablemente está en la base de buena parte del resto de los fenómenos observados).

13.- Los pacientes crónicos jóvenes se diferencian pues, de los de los pacientes crónicos de más edad en una serie de características sociodemográficas. Pero en las que no son directamente dependientes de las políticas de atención a la salud mental (como el "tipo de convivencia") lo hacen en la medida en que se parecen más al grupo de jóvenes no crónicos. La mayor diferencia clínica respecto a los crónicos de vieja escuela se debe también a una decisión política: la de

atribuir el cuidado de los deficientes mentales a una institución diferente de la psiquiátrica (cuando no al mismo proceso de envejecimiento como es el caso de las psicosis orgánicas).

Es respecto al uso de servicios en lo que este grupo de pacientes se diferencia tanto del resto de los jóvenes como de los crónicos de más edad. Dado que lo que ha variado es la oferta de servicios, lo más razonable es pensar que **la emergencia de este grupo pone de manifiesto no la entrada en escena de un problema nuevo, sino la forma de expresión en un contexto nuevo -el creado por la reforma psiquiátrica- del viejo problema del cuidado y el tratamiento de los pacientes graves.** Pero esta desustantivización del concepto (Bachrach 1990) lejos de restarle interés lo convierte en un útil analizador de los intentos de reforma.

De las conclusiones antedichas pueden extraerse algunas consecuencias asistenciales:

1) Este grupo de pacientes consume un gran volumen de atención y lo hace de un modo disfuncional. Convertirlo en grupo diana de programas específicos, aunque suponga el empleo de una cantidad considerable de recursos, no sólo mejorará la atención que el mismo recibe, sino que liberará recursos que podrán emplearse en atender más eficazmente a otros grupos. En otras palabras: podría ser incluso rentable.

2) La correcta atención a este grupo requiere desarrollar instrumentos técnicos adecuados para el tratamiento de la esquizofrenia y los trastornos de la personalidad, que son los más característicos del mismo.

3) El hecho de que estos pacientes no sólo consuman más prestaciones sino que, además, consuman más las más sofisticadas, requiere ser considerado a la hora de pensar en la dotación de los servicios. Pero además, hay que hacer un esfuerzo conceptual y recordar el principio de establecer objetivos limitados y realistas, ya que si el despliegue de tales medios se acompaña de expectativas insensatas, sólo servirá para cultivar el sentimiento de frustración en pacientes y terapeutas.

4) El fenómeno de "inquietud en la red" así como la tendencia a utilizar abusiva, cuando no exclusivamente los servicios hospitalarios (incluida la urgencia) obliga a reforzar los mecanismos de coordinación de las diversas estructuras del área sanitaria y a estudiar procedimientos para incrementar la accesibilidad de los servicios ambulatorios o la asertividad de los programas de cuidado.

5) El mayor nivel cultural y las mayores expectativas sociales de estos pacientes respecto a las generaciones anteriores condicional el que suelen rechazar las actividades de ocupación y los modelos de reinserción a los que, probablemente, sus padres se hubieran acomodado. Esto es fundamental considerarlo a la hora de diseñar los programas de rehabilitación.

6) La esperable quiebra del soporte social hoy aportado a estos pacientes por una generación envejecida, y la esperable dificultad de los mismos para buscar alternativas autónomas supone, a mi modo de ver, el más grave desafío al actual modelo de atención, diseñado sobre el supuesto de que los pacientes gozan de ese mínimo soporte que sólo se quiebra, coyunturalmente, en la crisis.

El trabajo de programas como los de "case management" en el sentido de ayudar a la construcción de redes sociales alrededor de estas personas debe complementarse (en una sociedad como la nuestra en la que no cabe confiar en exceso en milagrosos esfuerzos del estado benefactor por salvar a esta población en el momento en que se detecte) con el apoyo y la colaboración con las asociaciones de usuarios y allegados.

7) El hecho de que los YACP pertenezcan más a menudo a categorías laboralmente inactivas (sobre todo unido a lo anterior) pone sobre el tapete la necesidad -además de dedicar recursos a intentar una rehabilitación laboral cuando sea posible- de garantizar un soporte económico. Las dificultades emanan en gran medida, sin duda, de una legislación rígida que se adapta con dificultad a la consideración de la incapacidad laboral a causa del trastorno mental.

Pero se deben también a un factor subjetivo que hace que esta ausencia de trabajo productivo aparezca nuestro estudio encubierta en categorías como "estudiante" o "ama de casa" para salvar un cierto sentimiento de "vergüenza" propio de la familia. En la medida en que estas categorías no están protegidas económicamente es necesario actuar sobre el fenómeno a través del asesoramiento a los usuarios y a sus familiares y del esfuerzo por modificar la percepción social.

8) En las poblaciones en las que, como la de referencia en este estudio cabe esperar, por la estructura de la pirámide de población, un incremento brusco de la población en la edad del grupo estudiado hay que prever que esto va a requerir un aumento de la dotación de los sistemas de atención aunque la población total no varíe.

9) Caso de modificarse la decisión política de encomendar el cuidado de los deficientes mentales a instituciones no sanitarias también deberían revisarse todas las previsiones sobre necesidades.

10) De confirmarse que existe una tendencia a la disolución de las barreras culturales que dificultan a los varones el tomar la decisión de consultar por la mal llamada "patología menor" cabría esperar un aumento de la demanda por este tipo de patología. Ello tendría consecuencias tanto sobre el nivel especializado de la atención como sobre la atención primaria, que atiende la mayor parte de esa patología.

11) El borramiento en la diferencia en cuanto a los factores que determinan el riesgo de cronificación entre hombres y mujeres, que había sido detectada en el estudio que sobre la misma red se realizó en 1986 (Fernández Liria, Delgado y Rico, 1986), y que parece atribuible a las medidas tomadas para entrar la psiquiatrización y la cronificación yatrogénica de los problemas asociados a la condición de ama de casa de la clase obrera, avala la conveniencia de diseñar estrategias en este sentido.

Bachrach LL. Overview Model Programs for Chronic Mental Patients. *Am. J. Psychiatry* 1980; 137: 1023 - 1031.

Bachrach LL. General Hospital Psychiatry: Overview from a Sociological Perspective. *Am. J. Psychiatry* 1981; 138: 879 - 887.

Bachrach LL. Young Adult Chronic Patients: An Analytical Review of the Literature. *Hosp. Community Psychiatry* 1982a; 33: 189 - 197.

Bachrach LL. Program Planning for Young Adult Chronic Patient in Pepper B, Ryglewicz M (eds.): *The Young Adult Chronic Patient, New Directions for Mental Health Services*, 14, San Francisco. 1982b.

Bachrach LL. The future of the State Mental Hospital. *Hospital and Community Psychiatry* 1986; 37: 467 - 474.

Bachrach LL. Geographic Mobility and the Homeless Mentally Ill. *Hosp. Community Psychiatry* 1987; 38: 27 - 28.

Bachrach LL. What's in an adjective? Or an acronym? *Hosp. Community Psychiatry* 1990; 41: 601.

Bassuk EL, Gerson S. Chronic Crisis Patients: A Discrete Clinical Group. *Am. J. Psychiatry* 1980; 37: 1513 - 1517.

Bender MG. Young Adult Chronic Patients: Visibility and Style of Interaction in Treatment. *Hosp. Community Psychiatry* 1986; 37: 265 - 268.

Caton CLM. The New Chronic Patient and the System of Community Care. *Hosp. Community Psychiatry* 1981; 32: 475 - 478.

Desviat M, Fernandez Liria A, Rendueles G. La nueva cronicidad. En Espinosa J (coord). *Cronicidad en Psiquiatría Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1986: 309-323.

Dunham HW. Weinberg HK. *The Culture of the State Mental Hospital*. Wayne State University Press Detroit. 1960

Espinosa J. Respuesta social e institucional al problema del enfermo mental crónico: una revisión histórica. En Espinosa J (coord). *Cronicidad en Psiquiatría Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1986: 15-72.

Estroff SE. No more Young Adult Chronic Patient. *Hosp. Community Psychiatry* 1987; 38: 5.

Fernández Liria A. El concepto de paciente crónico adulto joven: pertinencia y relevancia para la planificación y organización de los servicios de salud mental. Tesis Doctoral. Universidad

Autónoma de Madrid 1991.

Fernández Liria A, Delgado M, Rico P, Molins C, Perez Martínez E, Buirtrago C, Donas M, Sanchez J, Perez Roldán I. Cronicidad en un dispositivo de atención ambulatoria a la salud mental (Leganés). En Espinosa j (coord). Cronicidad en psiquiatría. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría 1986: 332-357

Flax JW: Crisis Intervention with the Young Adult Patient. in Pepper B; Ryglewicz H: The Young Adult Chronic Patient. New Directions for Mental Health Services 14, San Francisco, 1982

García González J, Montejo J, La cronicidad: reflexiones acerca de su epistemología.

Goffman E. Asylums: Essays on the Social Salvation of Mental Patients and Other Inmates. Aldive, Chicago 1962. (Existe traducción castellana)

Gómez Beneytro M, Asencio A, Belenguer MJ, Cebrian A, Cervera G, Llopis V, Salazar J, Soria A. Desinstitucionalización de enfermos mentales crónicos sin recursos comunitarios: un análisis de la experiencia del hospital psiquiátrico Padre Jofré. En Espinosa j (coord). Cronicidad en psiquiatría. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría 1986: 237-263.

Gorovitz S: A Philosopher's View in Pepper B, RyglewiczH. eds: The Young Adult Chronic Patient. New Directions Mental Health Services, 14, San Francisco, 1982

Gruenberg EM. Social Breakdown in Young Adults Keeping Crisis from Becoming Chronic, in Pepper B, Ryglewicz H eds.; The Young Adult Chronic Patient. New Directions form Mental Health Services 14, San Francisco 1982

Gruenberg EM. The Social Breakdown Syndrome Some Origins. Am. J. Psychiatry 1967; 123: 1481 - 1489.

Hopper K. Baxrer E, Cox S: Not Making It Crazy: The Young Adult Chronic Patients in New York City, in Pepper B, Ryglewicz H. The Young Adult Chronic Patient. New Directions for Mental Health Services 14, San Francisco, 1982

Intagliata J, Baker F. A comparative analysis of the young adult chronic patient in the New York State's Community Support System. Hosp. Community Psychiatry 1984; 35: 45 - 50.

Jordá Moscardó E, Espinosa Iborra J, Gomez Beneyto. Estudio de los pacientes de larga estancia internados en ocho hospitales psiquiatricos españoles. En Espinosa j (coord). Cronicidad en psiquiatría. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría 1986: 121-236

Klein DF. Psychopharmacology: Special Considerations, in Pepper B; Ryglewicz H eds; The Young Adult Chronic Patient. New Direction For Mental Health Services, 14. San Francisco, 1982

Kramer M. Psychiatric Services and the Changing Institutional Scene 1950 - 1985. Rockville Md. National Institute of Mental Health 1977

Lamb HR, Goertzel V. Discharged Mental Patients - Are They Really in the Community?. *Archives of General Psychiatry* 1971; 24: 29 - 34.

Lamb HR, Goertzel V. The Long-term Patient in the Era of Community Treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1977; 34: 679 - 682.

Lamb HR. Young Adult Chronic Patients; the New Drifters. *Hosp. Community Psychiatry* 1982; 33: 465 - 468.

Leff J (ed). The TAPS Project: Evaluating community placement of long-stay psychiatric patients. *Br J Psychiatry* 1993; 162 (suppl 19)

McCarrick AK, Handerscheid RW, Bertolucci DE. Correlates of Acting-out Behaviours among Young Adult Chronic Patients. *Hosp. Community Psychiatry* 1985; 36: 848 - 853.

Neffinger GG. Partial Hospitalization an Overview. *Journal of Community Psychology* 1981: 9: 262 - 269.

Neffinger GS, Schiff JW. Treatment by Objectives: a Partial Hospital Treatment Program, in Pepper B, Ryglewicz H eds; *The Young Adult Chronic Patient*. 14, New Direction for Mental Health Services, San Francisco, 1982

Neil JR. The Difficult Patient. *Journal of Clinical Psychiatry* 1979; 40: 209 - 212.

Okin RL, Pearsall D. Patient's perception of their quality of life 11 years after discharge from a State Hospital. *Hosp Community Psychiatry* 1993, 44: 236-240.

Pepper B, Kirshner MC, Ryglewicz H. The Young Adult Chronic Patients; Overview Of a Population. *Hosp. Community Psychiatry* 1981; 32: 463 - 469.

Pepper B; Ryglewicz H Eds. *New Directions For Mental Health Services; The Young Adult Chronic Patient* 14. Jossey Bass. San Francisco 1982

Pepper B; Ryglewicz H Eds. *New Direction For Mental Health Services; Advances In Treating The Young Adult Chronic Patient*, 21. Jossey Bass. San Francisco 1984

Prevost JA. Youthful chronicity: Paradox of the 80's. *Hosp. Community Psychiatry* 1982; 33: 173.

Rendueles G. La cronicidad: ideología e historia de un epistema. En Espinosa j (coord). *Cronicidad en psiquiatría*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría 1986: 75-103

Rendueles G, Camarero P. Cronicidad en una consulta de neuropsiquiatría; la generación de los 80 (Gijón). En Espinosa j (coord). *Cronicidad en psiquiatría*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría 1986: 324-332

Robbins E; Stern M; Robbins L et als. Unwelcome Patients; Where Can they Find Asylum?. Hosp. Community Psychiatry 1978; 24: 44 - 46.

Ryglewicz H. Working with the family of the psychiatrically disabled Young Adult, in Pepper B, Ryglewicz H: The Young Adult Chronic Patient, New Directions for Mental Health Services 14. San Francisco, 1982

Schacter M, Goldberg W. GAP; A Treatment Approach for the Young Adult Chronic Patient, in Pepper B, Ryglewicz H eds. The Young Adult Chronic Patient. New Direction for Mental Health Services, San Francisco, 1982.

Schneider PB, Schwed S. A propos de l'importance de l'attitude medicale dans la passge à a chonicité en médecine psychosomatique. Revue de Medicine Psychosomatique 1965; 5: 192

Schneider PB, Guillem P, Loren JA. Le malade chronique en psychiatrie ambulatoire; etude de 309 patients dits choniques. Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie 1972; 110: 151-168

Schwartz SR; Goldfinger SM. The New Chronic Patient; Clinical Characteristics Of An Emergting Subgroup. Hosp. Community Psychiatry 1981; 32: 470 - 474.

Segal SP, Baumohl J; Johnson E. Failing through the cracks mental disorder and social margin in a young regrant population. Social Problems 1977; 24: 387 - 400.

Segal SP, Baumohl J, Johmson E. Engaging the disengaged; proposals on madness and vagrancy. Social Work 1980; 25: 358 - 365.

Sheets JL, Prevost JA, Reihman J: Young Adult Chronic Patients: Three Hypothesized subgroups. Hosp. Community Psychiatry 1982; 33: 197 - 203.

Sheets JL, Prevost JA, Reihman J: The Young Adult Chronic Patient; Three Hypothesized Subgroups, in Pepper B; Ryglewicz H: The Young Adult Chronic Patient. New Direction for Mental Health Services n° 14, San Francisco, 1982

Stanton AH, Schwartz MS. The Mental Hospital Basic Books. New York City, 1954

Stein LI, Test MA. Community Treatment of the Young Adult Chronic Patient, in Pepper B, Ryglewicz H eds. The Young Adult Chronic Patient. New Directions form Mental Health Services. San Francisco 1982

Talbott JA(ed): The chronic mentally ill: treatment, programs, systems. New York: Human Sciences Press, 1981

Talbot JA (ed). The chronic mental patient, five years later. Orlando: Grune & Straton 1984

Talbott JA: Commentary: The Emerging Crisis in Chronic Care. Hosp. Community Psychiatry 1981; 32: 441.

Test MA, Knoedler WH, Allness DJ, Burke BA. Characteristics of Young Adults With Schizophrenic Disorders Treated in the Community. *Hosp. Community Psychiatry* 1985; 36: 853 - 858.

Vega S, Palomo T

Weinstein RM: Labelling Theory and the Attitudes of Mental Patients. *Review J. Health Soc. Behav.* 1983; 24: 70 - 84.

Winferstein RT; Rapp CA. The Young Adult Chronic Patient; a Dissenting view of an emerging concept. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1986; 9: 3 - 13.