

LA CRONICIDAD EN PSIQUIATRIA. SU CONCRECION EN EL AREA ATENDIDA POR EL HOSPITAL DE ZAMUDIO.

ABSTRACT.

A partir de la necesidad de definir el número y características de los pacientes crónicos que deben ser atendidos por el Hospital de Zamudio, se comienza por la definición operativa del propio concepto de "crónico".

Se procede a continuación a un recuento de los pacientes que reúnen las características previamente definidas, especificando datos como área de residencia, sexo y edad.

Con los datos obtenidos, pueden conocerse tasas de incidencia por 1.000 habitantes, para los distintos tipos de cronicidad definidos y en las distintas áreas.

El volumen de datos obtenidos permite una proyección de dichas tasas al conjunto de la provincia de Vizcaya, con un intervalo de confianza del 95 %.

Se realiza un análisis estadístico somero de la distribución por sexos en los distintos tipos de cronicidad, con respecto a la existente en el conjunto de la población de la provincia, y de las diferencias de edad y tiempo de hospitalización por sexos.

El trabajo trata de la exposición de resultados preliminares, referidos a una población de 245.569 habitantes, de un estudio más amplio en vías de realización que analizará los datos referidos a una población de 497.250 habitantes.

Guillermo González Roa.
Médico Adjunto. Servicio de Rehabilitación. Hospital Psiquiátrico de Zamudio.

**LA CRONICIDAD EN PSIQUIATRIA.
SU CONCRECION EN EL AREA ATENDIDA POR EL HOSPITAL DE
ZAMUDIO.**

RESULTADOS PRELIMINARES.

Por Guillermo González Roa.

Bermeo, Mayo de 1.992

1.- INTRODUCCION.

La necesidad de definir, tanto cuantitativa como cualitativamente, a los crónicos, surgió al mismo tiempo que el Plan de Sectorización de la Asistencia Psiquiátrica en Vizcaya. Dado que en dicho Plan se encomendaba la atención hospitalaria de unas determinadas áreas de población al Hospital de Zamudio, y que su Servicio de Rehabilitación debería atender a los crónicos procedentes de esas áreas, las preguntas surgieron de inmediato: ¿Cuántos hay?. ¿Son hombres o mujeres, jóvenes o viejos?. ¿Es posible saber su distribución por áreas?. Pero ante todo, ¿de qué estamos hablando?. ¿Qué diablos es "un crónico"?

En efecto, en el lenguaje psiquiátrico es muy frecuente el encontrar la expresión "crónico" o "crónica" aplicada como adjetivo calificativo a otra palabra, que o bien hace referencia a una patología en sentido amplio, o bien se refiere a un cuadro nosológico concreto: "esquizofrenia crónica" o "enfermo crónico" son expresiones que todos usamos a diario. Pero también es cierto que esto ocurre sólo en el lenguaje psiquiátrico digamos "oficial" o "formal", porque en esto como en todo también existe un segundo lenguaje psiquiátrico, que con un carácter mucho más "informal", o de información, no reviste carácter menos científico: el lenguaje que se usa para leer una comunicación oficial en un Congreso es a veces muy distinto que el usado en las conversaciones de pasillo de ese mismo Congreso, pero en los dos casos se está transmitiendo información entre profesionales, y el lenguaje usado no quita validez a una ni a otros. Entre nosotros, ¿puede haber duda de que usamos un lenguaje para redactar los informes y las historias clínicas, y otro distinto en las conversaciones de la hora del café?. Y sin embargo, ambos son lenguajes psiquiátricos, igualmente válidos.

Pues bien, en este segundo lenguaje, el "informal", también aparece la palabra "crónico", pero con un carácter distinto: ya no tiene un contenido adjetivo, sino sustantivo. Hablamos de "un crónico", o incluso usamos el superlativo, "un cronicazo", y todos entendemos el mensaje que se transmite con esa palabra aunque nunca nos hayamos detenido a definir el concepto. Al convertir la palabra en sustantivo, parece como si la entidad patológica, la nosología, las clasificaciones, hubieran desaparecido, o al menos hubieran pasado a un plano muy secundario, ante la importancia que reviste la evolución: llega un momento en que poco importa ya que el paciente será psicótico o neurótico, lo importante es que es "un crónico". Nuestra búsqueda iba orientada en este sentido, a sabiendas de que no se podría localizar en las publicaciones una definición exacta, ni aún aproximada, del cronicazo, por la sencilla razón de que todos los trabajos se publican en lenguaje formal, y ahí este concepto no existe. Pero ha servido para conocer mejor el otro concepto, el formal, de enfermo mental crónico.

2.- MATERIAL Y METODO.

En primer lugar, se procedió a una revisión de la literatura en busca de definiciones de criterios que sirvieran para la clasificación de un determinado individuo en la categoría de "crónico". Estos criterios fueron adaptados posteriormente a nuestra realidad concreta con el fin de obtener definiciones operativas, obteniéndose las definiciones que se exponen en los cuadros I y II.

CUADRO I.

CRITERIOS DE DEFINICION DEL "ENFERMO MENTAL CRONICO".

- 1.- EXISTENCIA DE ENFERMEDAD MENTAL.
- 2.- DE DETERMINADA DURACION EN EL TIEMPO
- 3.- QUE PRODUCE CIERTO GRADO DE DISCAPACIDAD PARA LA VIDA SOCIAL NORMAL.

CUADRO II.

DEFINICIONES OPERATIVAS.

1.- EXISTENCIA DE ENFERMEDAD MENTAL.

- Se supone en el sujeto en tratamiento en los Servicios de Salud Mental. Se excluyen los casos de:
 - Psicopatología infantil (hasta 14 años).
 - Adicciones (alcohol u otras drogas).
 - Debilidades mentales u oligofrenias.

2.- DURACION EN EL TIEMPO.

- Se considera duración prolongada si se produce una de las siguientes circunstancias:
 - El paciente lleva dos años o más hospitalizado en la fecha del estudio.

- El paciente ha tenido una estancia hospitalaria superior a seis meses continuados en el último año.
- El paciente ha tenido tres o más ingresos hospitalarios en el último año, sea cual sea la duración de los mismos.
- El paciente lleva un mínimo de dos años continuados de tratamiento ambulatorio en la fecha del estudio, tenga o no ingresos durante dicho periodo.

3.- DISCAPACIDAD.

- Se da por supuesta si se cumplen los requisitos 1 y 2.

Se fijó como fecha del estudio el año 1.990, y se procedió a la recogida de datos tanto en los Servicios Centrales de Salud Mental del Servicio Vasco de Salud - Osakidetza como en los distintos Centros de Salud Mental.

Para cada uno de los pacientes se recogen los siguientes datos:

Número.- Correlativo desde 1.

Tipo.- Indicando si es: Larga estancia.
6 meses.
3 reingresos.
2 años ambulatorios.

Centro.- Hospital o CSM en que se ha producido y mantenido el contacto.

Nombre.- Dos apellidos e inicial del nombre.

Sexo.- Se indica 0 si es mujer, o 1 si es hombre.

Edad.- La que tenía el paciente en 1.990.

Sector.- Indicando: Baracaldo - Sestao.

Portugalete - Santurce.

Uribe - Costa.

Encartaciones - Zona minera.

Además, en los pacientes del grupo 1 (Larga estancia) se recoge el tiempo de hospitalización en años referidos a 1.990, y en los del grupo 4 (Ambulatorios) se recoge el número de la Historia Clínica precedido de la inicial del CSM donde se presta la atención.

La recogida de datos se efectuó a partir del Enero de 1.991, por el siguiente procedimiento:

Grupo 1.- Mediante revisión del fichero de pacientes ingresados en los Centros de la Comunidad Autónoma (y en algunos de fuera de ella, pero que mantienen conciertos con el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza) en los archivos centrales del Servicio de Salud Mental del SVS-Osakidetza en Vizcaya.

Grupo 2.- Mediante revisión de los libros de registros de ingresos y altas, también en los archivos centrales de Salud Mental.

Grupo 3.- Igualmente, mediante revisión de los libros de registros de ingresos y altas en archivos centrales.

Grupo 4.- Es el que mayores dificultades ha planteado, puesto que en la mayor parte de los CSM el único soporte válido de información es la Historia Clínica. Ello ha obligado a la revisión de historias, una a una, en los distintos CSM, para comprobar fecha de incorporación al circuito y fechas de revisiones sucesivas que permitan determinar el tiempo en tratamiento y si existe continuidad o no.

La recogida de datos continúa en el momento actual, pero ya pueden presentarse resultados preliminares referidos a dos de los cuatro sectores que constituyen el estudio, y que representan aproximadamente el 50 % de la población total a analizar.

3.- RESULTADOS.

Insisto en que se trata de resultados preliminares de un estudio más amplio. Los que se presentan aquí se refieren exclusivamente a los sectores o áreas de Baracaldo-Sestao y Portugalete-Santurce, formados por los cuatro municipios citados.

Se presentan en forma de tablas, a continuación:

TABLA I. AREAS BARACALDO-SESTAO Y PORTUGALETE-SANTURCE.

	Número	x Edad x T.H.	x E-T.H.	Larga est.-
Mujer	74	59,82	26,38	32,64
Hombre	48	55,57	19,04	35,38
Total	122	58,16	23,49	33,71
Sign.	p<0,05	N.S.	p<0,01	N.S.
6 meses.-				
Mujer	14	53,92		
Hombre	8	36,38		
Total	22	47,24		
Sign.	N.S.	p<0,05		
3 reing.-				
Mujer	15	43,00		
Hombre	27	40,08		
Total	42	41,15		
Sign.	p<0,05	N.S.		

Ambulat.-		
Mujer	338	51,57
Hombre	230	43,10
total	568	48,14
Sign.	p<0.001	p<0,01

TOTAL GENERAL.-		
Mujer	441	52,72
Hombre	313	44,56
Total	754	49,34
Sign.	p<0.001	p<0,01

TABLA II.
INCIDENCIA POR 1000 HABITANTES.
BARACALDO - SESTAO

	Mujeres	Hombres		
Total				
Población 1991.- Baracaldo	53556	51615		105171
Sestao	18252	17352		35604
Total	71808	68967	140775	
Incidencia.-	Larga E.	6 meses	3 reing.	Amb. Total
Barac.- Mujeres.				2,22
Barac.- Hombres.				1,74
Barac.- Total.				1,99
Sestao.-Mujeres				2,90
Sestao.-Hombres.				1,61
Sestao.-Total.				2,28
TOTAL.- Mujeres.	0,68	0,14	0,11	2,40
Hombres.	0,38	0,03	0,29	1,71
Total.	0,53	0,09	0,20	2,06
				2,88

TABLA III.
INCIDENCIA POR 1000 HABITANTES. P ORTUGALETE - SANTURCE

	Mujeres	Hombres	Total
Población 1991.- Portug.	28025	27130	55155
Santurce	25156	24483	49639
Total	53181	51613	104794
Incidencia.-	Larga E.	6 meses	3 reing. Amb. Total

TOTAL.- Mujeres	0,47	0,08	0,13	3,12	3,80
Hombres	0,43	0,12	0,14	2,17	2,85
Total	0,45	0,10	0,13	2,65	3,33

TABLA IV
INCIDENCIA TOTAL POR 1000 HABITANTES.

	Larga est.	6 meses	3 reing.	Amb.	Total
Mujeres	0,59	0,11	0,12	2,70	3,53
Hombres	0,40	0,07	0,22	1,91	2,59
Total	0,50	0,09	0,17	2,31	3,07

TABLA V
LOS CRONICOS AMBULATORIOS. TASAS POR 1000 HABITANTES.

	Mujeres	Hombres	Total
Baracaldo	2,22	1,74	1,99
Sestao	2,90	1,61	2,28
Portugalete	4,25	3,32	3,79
Santurce	2,11	1,14	1,63
Total	2,70	1,91	2,31

TABLA VI.
PROYECCION A LA TOTALIDAD DE LA PROVINCIA.

	Mujeres	Hombres	Total
Población 1991.-	589366	564149	1153515
Larga est.	348	226	577
6 meses	65	39	104
3 reingr.	71	124	196
Ambulat.	1591	1078	2665
Total.-	2080	1461	3541

4.- CONCLUSIONES.

En el conjunto de las áreas estudiadas puede afirmarse que, por cada 10.000 habitantes, hay como mínimo 30 enfermos mentales crónicos, de los que:

- 5 están ingresados en un Hospital desde hace mucho tiempo.
- 1 se ha pasado mucho tiempo en un Hospital.
- 1 entra y sale continuamente de un Hospital.
- 23 llevan mucho tiempo en tratamiento ambulatorio.

Estos resultados son trasladables al conjunto de la provincia, lo que nos daría que en Vizcaya hay, por lo menos:

- 570 pacientes hospitalizados desde hace al menos dos años.
- 100 pacientes que han pasado más de seis meses en el Hospital en un año.
- 190 pacientes en régimen de "puerta giratoria".
- 2.600 pacientes en tratamiento ambulatorio de larga duración.

5.- OBSERVACIONES FINALES.

Los enfermos mentales crónicos necesitan, sin duda, una asistencia sanitaria. pero hemos visto que en la propia concepción de enfermo mental crónico va implícita también la existencia de un cierto grado de discapacidad para la vida social normal, con lo que también es preciso que reciban una atención social. Tradicionalmente, los Hospitales Psiquiátricos, los viejos Manicomios, proporcionaban, junto a una atención sanitaria (sobre cuyo grado de calidad se podría discutir, pero no creo sea éste el lugar), un cierto grado de atención social, al menos en relación con otras personas. El problema surge cuando, tras el externamiento del enfermo, aquella cobertura social que hacía el manicomio ya no la hace nadie. Es cierto que la atención sanitaria continúa, pero ello cubre sólo una parte de las necesidades, una de las caras de la moneda.

Desde esta perspectiva, y considerando la división en cuatro grupos que hemos hecho a lo largo del trabajo, podríamos decir que los enfermos del grupo 1, los de larga estancia, son los afortunados: ellos, y sólo ellos, son los que tienen cubiertas sus necesidades tanto sanitarias como sociales. El resto, no: reciben atención sanitaria, eso sí, pero ¿quién se ocupa de que coman, de dónde duermen, de con quién y cómo se relacionan?. Se dirá que eso es competencia de los Servicios Sociales. De acuerdo, pero decirlo no resuelve el problema, sólo lo elude. No existe coordinación alguna entre los Servicios Sanitarios y los Sociales, es más, con frecuencia no existe ni siquiera contacto.

Quizá la situación en el País Vasco es peor en este sentido que en otras Comunidades Autónomas, debido a que aquí, la Ley de Territorios Históricos determinó con claridad que los temas sanitarios son competencia del Gobierno autónomo, mientras que los asuntos sociales competen a las Diputaciones Forales. Si dependiendo ambas cosas de un sólo Organismo es muy difícil trabajar de acuerdo (como ocurría cuando la Asistencia Psiquiátrica

dependía de la diputación), imagínese el lector lo que ocurrirá cuando, además, dependen de organismos distintos. Y si, como es el caso, el Departamento de Sanidad del Gobierno corresponde a un partido político, y el Departamento de Bienestar Social de la Diputación, a otro partido distinto. (Se trata sólo de un ejercicio. En realidad, este último hecho influye bien poco: cuando los dos Departamentos correspondieron al mismo partido, bien fuese éste el PNV o el PSE-PSOE, tampoco hubo la más mínima colaboración).

En teoría, la solución es fácil: proporcionen los Servicios Sociales el soporte básico (alojamiento, manutención, nivel económico mínimo, ocupación, si es necesario protegida), y cubran los Servicios Sanitarios la parte que les corresponde, allí donde se encuentre el enfermo: en su domicilio, en Residencia, en Hogar protegido, donde sea. La dificultad radica en que ninguna de las partes entiende a la otra. Desde los Servicios Sanitarios se ponen reparos para atender, por ejemplo, a personas acogidas en Residencias; y desde los Servicios Sociales se entiende que un enfermo, por el hecho de serlo, es competencia de Sanidad para todo.

En esta situación, el hecho es que, para atender al volumen de enfermos crónicos detectados en el área de influencia de Zamudio, se cuenta con lo siguiente:

- Una unidad hospitalaria, llamada de "media estancia", con 48 camas para ambos sexos, en el Hospital de Zamudio.
- Un pequeño taller ocupacional en Zamudio, de unas 20 plazas.
- Otro pequeño taller en Sestao, algo menor.

Nada más. Ni una sola plaza en residencia, ni un sólo Hogar protegido, ni una sola "casa a medio camino". En estas circunstancias, las batallas que a diario sostienen las Asistentes Sociales del Servicio de Rehabilitación para conseguir dar de alta a un enfermo con un mínimo soporte revisten caracteres indescriptibles. Con frecuencia, hay que recurrir a las amistades personales, a la implicación directa y personal en el caso, al "peregrinaje" casi limosnero para solicitar por favor algo que debería poder exigirse como derecho del paciente. Cuando se consigue, no pasa nada, en eso consiste su trabajo; cuando no, será porque no se ha trabajado lo suficiente, o lo suficientemente bien.

Me consta que tanto en los Servicios Sanitarios como en los Sociales hay personas perfectamente conscientes del problema, y deseosas de resolverlo desde una perspectiva de colaboración se ve posible. Para ello, será necesario que alguien de el primer paso, y desde mi ubicación en la parte sanitaria, me permito sugerir que seamos nosotros.

¿Cómo?. Saliendo de nuestro circuito exclusivo, y ofertando el servicio sanitario allí donde sea necesario. Y no me refiero a crear más Centros de Salud Mental o más Consultorios, que al fin y al cabo no son

más que extensiones del sistema sanitario, sino a salir del propio sistema. Sugiero la creación de equipos volantes, que puedan actuar tanto en el domicilio del paciente como en Residencias, Hogares, Alojamientos de transeúntes, Clubs de jubilados, en cualquier sitio. Será a partir de ahí cuando los Servicios Sociales puedan tener la certeza de que, si ellos proporcionan el alojamiento a los crónicos, la cobertura sanitaria va a estar garantizada por éstos equipos, y se pueda establecer el marco de colaboración.

En cualquier caso, sea de este modo o de otro cualquiera, resulta imprescindible la colaboración entre las partes para aportar soluciones a los problemas de ese tres por mil, como mínimo, de la población.

6.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Guillant, L.- "Problèmes posés par la chronicité sur le plan des Intitutions Psychiatriques." Masson et Cie. Paris, 1964.
- 2.- González Roa, G.- "Estructura, funcionamiento y resultados de un departamento de enfermos mentales crónicos." Gac.Med. de Bilbao, 1975: 72: 10: 966-972.
- 3.- Meuron, M. de.- "Contribution à l'étude de la mobilité et du sédiment dans un hôpital psychiatrique". Méd. et Hyg., 1967: 25: 19-27.
- 4.- Raymondis, L.M.- "La sédimentation asilaire. Son étiologie, sa signification sociale et juridique". L'Evol. Psych., 1969: 34: 3: 563-594.
- 5.- González Roa, G.- "Los "sedimentos" en los hospitales psiquiátricos". Actas Luso-Esp. de Neural, Psiq. y C.A., 1981: 9: 1: 55-62.
- 6.- Barton, R.- "La neurosis institucional". Paz Montalvo, Madrid, 1974.
- 7.- Goffman, E.- "Internados".- Amorrortu, Buenos Aires, 1970.
- 8.- Wing, J.K. & Brown, G.W.- "Institutionalism and Schizophrenia." Cambridge University Press, 1970.
- 9.- Wing, J.K.; Monk, E.; Brown, G.W. & Cartairs, G.M.-"Morbidity in the community of sxhizophrenic patients discharged from London mental hospitals in 1959." Brit. J. Psychiat. 1964: 110: 10-21.

- 10.- Midenet, M.- "La sortie de l'hôpital psychiatrique après une période d'hospitalisation dépassant dix ans." *Ann. Méd. Psychol.*, 1972: 1: 132: 5: 583-606.
- 11.- Desviat, M.; Fernandez Liria, A y Rendueles Olmedo, G.- "La nueva cronicidad", en "Cronicidad en Psiquiatría", AEN, Madrid, 1986: 305-357.
- 12.- McCreadie, R.G. & McCannell, E.- "The Scottish survey of new chronic in-patients: five-year follow-up". *British Journal of Psychiatry*, 1989: 155: 348-351.
- 13.- Gottheil, E.; Winkelmayr, R.; Smoyer, P. & Exline, R.- "Characteristics of patients who are resistant to deinstitutionalization". *H. & C. Psychiatry* 1991: 42: 7: 745-748.
- 14.- Hazel, K.L.; Herman, S.E.; Mowbray, C.T.- "Characteristics of seriously mentally ill adults in a Public Mental Health System". *H. & C. Psychiatry* 1991: 42: 5: 518-525.
- 15.- Goldman, H. H.; Gattozzi, A. A. & Taube, C. A.- "Defining and counting the chronically mentally ill". *H. & C. Psychiatry* 1981: 32: 1: 21-27.
- 16.- Schinnar, A. P.; Rothbard, A. B.; Kanter, R. & Adams, K.- "Crossing state lines of chronic mental illness". *H. & C. Psychiatry* 1990: 41: 7: 756-760.
- 17.- Bachrach, L. L.- "Defining Chronic mental illness: A concept paper". *H. & C. Psychiatry* 1988: 39: 4: 383-388.
- 18.- Curson, D. A.; Pantelis, C.; Ward, J. & Barnes, T.R.E.- "Institutionalism and Schizophrenia 30 years on.". *Brit. J. Psychiat.*, 1992: 160: 230-241.
- 19.- González Roa, G.; Mezquita, J. y Guimón, J.- "Evolución de la asistencia en un Hospital psiquiátrico." *Arch. Neurobiol.*, 1976: 39: 5: 363-394.
- 20.- Hogg, L.I. & Brooks, N.- "New chronic schizophrenic patients: a comparison of daypatients and inpatients". *Acta Psychiatr. Scand.* 1990: 81: 271-276.