

Tratamiento de pacientes crónicos en la comunidad.

Algunas consideraciones en torno a la desinstitucionalización

Treatment of chronic patients in the community.
Some considerations about the deinstitutionalization

Fermín MAYORAL (*)

RESUMEN

Se realiza una revisión del concepto de desinstitucionalización en relación con sus antecedentes históricos, objetivos y consecuencias producidas tras su desarrollo. Este artículo hace especial referencia a los problemas surgidos en el tratamiento de los pacientes crónicos en la comunidad. La heterogeneidad de sus necesidades, el carácter permanente de sus déficits y dishabilidades, que exige una ayuda prolongada en el tiempo, y la carencia de estructuras que ofrezcan cobertura y soporte social junto a las actitudes de rechazo que aún predomina entre la población general continúan siendo problemas sin resolver. Finalmente se plantean algunos principios básicos a tener en cuenta en el futuro para abordar el tratamiento de estos pacientes en la comunidad.

SUMMARY

The author reviews the concept of deinstitutionalization regarding the background, the objectives and the effects of this process. This paper is related to the problems which have arisen from the implementation of this process, that is, the treatment of chronic patients in the community. The heterogeneity of their needs, the persistence of their deficits and disabilities and the negative attitudes of general population force to a long-term system of care. Finally some basic principles about the management of chronic patients in the community are discussed, in order to draw some implications for their treatment.

PALABRAS CLAVE

Desinstitucionalización. Cronicidad. Alternativas a la hospitalización en psiquiatría.

KEY WORDS

Deinstitutionalization. Chronicity. Alternatives to hospitalization in psychiatry.

DESINSTITUCIONALIZACIÓN. ALGUNOS ANTECEDENTES

BACHRACH (1978) resume el fenómeno de la desinstitucionalización (DI) en base a dos elementos:

a) La evitación del uso de las tradicionales instituciones (hospitales psiquiátricos) como lugar de tratamiento de los enfermos psiquiátricos.

b) El desarrollo y expansión de servicios comunitarios para atender a estos pacientes.

La DI no es pues la aplicación de un modelo asistencial basado en una filosofía y un cuerpo teórico coherente, sino la expresión de una serie de tendencias reformadoras que surgen en Europa y USA en la dé-

(*) Servicio Provincial de Salud Mental de Málaga.

cada de los 60 como resultado básicamente de tres factores:

1. El desarrollo de la psicofarmacología.
2. El auge de las corrientes sociales dentro de la psiquiatría.
3. La influencia de los cambios socio-políticos ocurridos en esa época.

1) El descubrimiento de las Fenotiazinas, a partir de 1955, y su rápida difusión y generalización en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos graves permitió a muchos pacientes ser tratados fuera de las instituciones.

2) El auge de las corrientes sociales dentro de la psiquiatría tuvo su origen próximo en los estudios realizados en USA sobre la distribución de enfermedades mentales en áreas urbanas (FARIS y DUNHAM, 1939) (HOLLINGSHEAD and REDLICH, 1958) que proponían la hipótesis social en la etiología de las enfermedades mentales. Durante la década de los 60, nuevos estudios, como el de Midtown Manhattan (SROLE, 1962) y Stirling County (LEIGHTON, 1963) profundizaron en la relación entre enfermedad mental y clase social.

Por otra parte, la situación de masificación y deterioro asistencial en la que se encontraban la mayoría de los hospitales psiquiátricos públicos a finales de los 50, contribuyó a crear una imagen negativa entre la población general, que comenzó a ver este tipo de instituciones como lugares siniestros y carentes de recursos para el tratamiento de los enfermos mentales. Estudios de tipo social realizados dentro de las instituciones (STANTON and SCHWARTZ, 1954; GOFFMAN, 1961) concluían que la filosofía custodial que imperaba en los hospitales psiquiátricos junto con la actitud distante del personal que trabajaba en ellos tenían un impacto perjudicial en los pacientes, condicionando la aparición de un cuadro

deficitario, caracterizado por apatía, aislamiento y retirada social, conocido desde entonces por el nombre de institucionalismo (BARTON, 1959; WING, 1961). Los déficits y handicaps sociales asociados al padecimiento de enfermedades psiquiátricas fueron entonces atribuidos a la larga permanencia de los enfermos en los hospitales psiquiátricos. La eliminación de éstos, por tanto, supondría la desaparición de la cronicidad.

Se asumieron unos principios, que aunque faltos de consenso y suficiente experimentación (BACHRACH, 1981) proponían que:

a) La comunidad debería disponer de los servicios adecuados para atender las necesidades de estos enfermos.

b) Las funciones de asilo y cuidado que antes eran provistas por el hospital deberían pasar a ser asumidas por la propia comunidad.

3) La influencia de los cambios socio-políticos ocurridos durante los años 60. Aunque en este aspecto existen grandes diferencias entre los países occidentales en los que se ha producido la DI, en todos ellos cabe destacar el ambiente y el clima de contestación social de esta época, que produjo grandes movilizaciones y una actitud crítica hacia todas las instituciones y aparatos de control social.

Desgraciadamente el énfasis de estos movimientos se puso tan sólo en la crítica y en la propuesta de abolición de las viejas estructuras, sin una clara o realista formulación de las alternativas o nuevos modelos que debían venir a sustituirlas.

La ausencia de una ideología en el movimiento de la DI hizo confluír en el mismo proyecto a técnicos y profesionales progresistas partidarios de transformar el abordaje del sufrimiento psíquico con políticos "reformistas" y administradores conservadores, que rá-

pidamente vislumbraron las ventajas económicas que se derivaban de un modelo asistencial que proponía una reducción del número de camas psiquiátricas en los hospitales y la delegación de sus responsabilidades en algo tan ambiguo como "la comunidad", en una época de crisis del Welfare State y de recesión económica.

LOS COMIENZOS DEL PROCESO

La Mental Health Act de 1959 en Inglaterra, recomendando el "uso de formas de tratamiento y servicios sociales que puedan ser ofrecidos sin necesidad de hospitalizar a los pacientes o que permitan darles de alta en el menor tiempo posible" (Royal Commission, 1959); la circular del 15 de marzo en Francia introduciendo la "Psiquiatría de Sector", que dividía al país entero en unidades territoriales, a las que destinaba un equipo de salud mental polivalente; y la Comisión del Presidente Kennedy que promulgó la Community Mental Health Centers Act en 1963, promoviendo la creación de centros de salud mental para tratar a los enfermos mentales en la comunidad, constituyen, cronológicamente, los primeros documentos oficiales que asumen los principios fundamentales de la DI, e introducen las medidas de reformas legales y administrativas para su aplicación. Tales medidas alcanzan su máxima expresión posteriormente en Italia, con la aprobación de la Ley 180 por el Parlamento en 1978, por la que se prohibían nuevos ingresos en los hospitales psiquiátricos y se creaban los Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura en la comunidad, utilizando las camas del hospital general para los casos que requieran internamiento.

LOS EFECTOS DE LA DESINSTITUCIONALIZACION

La experiencia de los últimos 15 años nos ha demostrado, en cambio, que,

en general, salvo honrosas excepciones, la DI ha sido practicada como "des-hospitalización", política de alta reducción gradual de camas y en alguna ocasión, desde luego no frecuente, cierre más o menos brusco de hospitales psiquiátricos (ROTELLI, 1987), y por tratamiento comunitario tan sólo se ha entendido la localización del servicio en la comunidad (BENNET, 1983), con mayor énfasis que en el tipo de asistencia que se ofrecía a los enfermos.

La ausencia de planificación, precipitación, falta de preparación de los pacientes, carencia de recursos comunitarios y la insuficiente financiación económica para asegurar la calidad de cuidados han sido una constante en el proceso de la DI. Y, como señala BACHRACH (1984), la población que ha sufrido más gravemente los efectos negativos de la DI han sido los pacientes crónicos más gravemente handicados.

El cambio de lugar de tratamiento desde el marco institucional a la comunidad ha puesto de manifiesto una serie de problemas que constituyen hoy día el reto al desarrollo de estos nuevos servicios. Algunos de los cuales se enumeran a continuación:

- 1) La población resultante de la DI constituye un grupo heterogéneo de pacientes, con diferentes edades, distintas patologías y muy diversos problemas. Esta heterogeneidad que hasta ahora había sido pasada por alto por el tipo de respuesta indiferenciada ofrecida por el tratamiento hospitalario, exige hoy de los servicios comunitarios la disponibilidad de una diversidad de programas especializados que cubran las distintas necesidades de cada uno de estos grupos. Estas constituyen una amplia combinación de servicios psiquiátricos, médicos, sociales y rehabilitadores, los cuales se reparten entre diferentes competencias y administraciones que, frecuentemente, faltos de una coordinación eficaz, entran en disputa sobre lo que les corresponde a cada uno de ellos

dentro de una lógica de devoluciones y falta de responsabilidades (DE SALVIA, 1986).

2) A pesar del optimismo de los primeros años de la DI, en los que se creyó que la cronificación de los pacientes psiquiátricos desaparecería con el cierre de los hospitales psiquiátricos y su tratamiento en la comunidad, estudios realizados en los años 70 (HEWETT et al., 1975; RYAN and HEWETT, 1976; MAN and CREE, 1976) muestran que la cronicidad sigue produciéndose en las enfermedades psiquiátricas, con todo su cortejo de déficits e incapacidades, fuera de los hospitales. Incluso hay predicciones de que aumentarán notablemente para el año 2000 (GOLDMAN, 1984). Y aunque en la literatura se ha distinguido entre "viejos" y "nuevos crónicos", esta diferenciación es arbitraria (WING and OLSEN, 1979), ya que no introduce ninguna línea divisoria que caracterice a uno y otro grupo y tan sólo hace referencia al pasado institucional o no de esta población. Lo que marca la diferencia entre el antes y el ahora no es la naturaleza o el tipo de problema que padecen sino la forma de abordarlos.

3) Las necesidades que presentan los enfermos crónicos en la comunidad tienden a ser duraderas y exigen una provisión prolongada en el tiempo, a veces durante toda su vida. Los servicios comunitarios tienden a ignorar estos aspectos de la enfermedad mental, relacionados con la persistencia de los déficits, incapacidades y handicaps, y parecen estar más orientados hacia "el paciente episódico" que puede ser tratado y dado de alta en un espacio limitado de tiempo. Esto hace que, a veces, los pacientes más graves y necesitados de asistencia sean relegados por unos dispositivos que se preocupan por atender más a una población "healthy but unhappy" * (ZUSMAN and LAMB, 1977).

(*) Sanos pero infelices.

4) El término "institución" se ha equiparado al de hospital psiquiátrico y, apriorísticamente, el estar fuera del hospital ha sido interpretado como estar integrado en la comunidad. No obstante, la segregación y el aislamiento no son patrimonio de las salas de los hospitales, sino que también se producen en la propia comunidad y a veces de manera más salvaje. Estudios realizados en centros de acogida y alojamientos protegidos han puesto de manifiesto las mismas prácticas de restrictividad, inflexibilidad de rutinas, regimentación de estilo de vida, despersonalización y distancia social que caracterizan el ambiente institucional (SHEPHERD and RICHARDSON, 1979; CARTER and EDWARDS, 1975). Incluso en pacientes viviendo con su propia familia, la característica común más generalizada entre todos ellos fue la de aislamiento social (WING and CREE, 1980).

No se puede seguir confundiendo la externalización o asentamiento de los pacientes con su integración en la comunidad, que ha acabado convirtiéndose más en un "slogan" de la reforma que en un logro efectivo alcanzado por la DI.

5) La asociación entre estructuras y espacios con las funciones que estaban llamados a proveer, ha llevado a la no diferenciación entre asilos (estructuras asilares, instituciones) y la función de asilo que, aunque en forma de ilusión, el hospital estaba obligado a suministrar. La palabra asilo, según el *Diccionario de la Lengua Española*, significa "Refugio, cosa o persona en que alguien encuentra consuelo, ayuda o protección". Esta acepción tiene que ver con una serie de carencias y necesidades que a menudo están asociadas con el padecimiento de enfermedades psiquiátricas de larga evolución y que son desatendidas, cuando no ignoradas, por unos servicios fragmentados, excesivamente compartimentalizados y faltos de una perspectiva comprehensiva o global de la enfermedad mental.

6) El cambio de actitudes hacia la enfermedad mental que se esperaba acompañase a la DI, está aún lejos de producirse, al menos a los niveles que se vaticinaba. En cambio, la opinión pública está hoy día sensibilizada por la presencia de ex pacientes psiquiátricos y jóvenes crónicos que vagabundean por las calles, carentes de cobertura asistencial y grandes deficiencias de tipo social que les obliga a vivir en unas lamentables condiciones de subsistencia. Esto hace que la gente relacione la DI con una situación de abandono y falta de responsabilidad y comiencen de nuevo a oírse voces pidiendo la vuelta de "lugares" donde se trate a estos enfermos "apropiadamente".

NUEVAS PERSPECTIVAS EN TORNO A LA DESINSTITUCIONALIZACION

La enumeración del anterior listado de problemas puede darnos una visión excesivamente pesimista de los efectos producidos por la DI. Ello no debe llevarnos a sacar conclusiones definitivas acerca de las consecuencias negativas de este proceso, ya que, como decíamos al principio, no ha habido un modelo teórico, ni una base de experimentación suficiente que lo hayan conducido. Sino que se ha ido desarrollando a base de ensayo y error, con una gran dosis de voluntarismo y entusiasmo que ha insuflado el motor de la reforma.

Sin embargo, no es preciso ser adivino para vislumbrar ya ciertos principios básicos que, en lo que respecta al tratamiento y cuidado de los pacientes crónicos en la comunidad, deben tenerse en cuenta en un nuevo modelo asistencial que evite caer en los viejos errores del pasado —abandono y segregación— y supere las dificultades que han ido apareciendo en el transcurso de la DI.

Algunos de esos principios son:

1. Orientación individualizada

Si asumimos un modelo de trabajo comunitario, no institucionalizado, debemos partir por reconocer que los pacientes son muy diferentes unos de otros y cada uno de ellos tiene su propio patrón de déficits y capacidades. Los servicios de rehabilitación en la comunidad deben reconocer estas diferencias y crear programas individualizados, diseñados específicamente para cubrir las necesidades y potenciar las capacidades de los pacientes, huyendo de la aplicación de los "tratamientos en bloque", que no distinguen entre la especificidad de los casos ni los diferentes niveles de dishabilidad o incapacidad en las áreas que integran la conducta del paciente. El modelo médico, aún imperante en la mayoría de los programas rehabilitadores, puede hacer que veamos al sujeto "sano" (bien) o "enfermo" (mal), sin llegar a comprender que pueda ser perfectamente capaz de vivir autónomamente (higiene, autoconservación, independencia), pero incapaz de desempeñar roles domésticos o sociales (interrelación, socialización) o de alcanzar algún tipo de competencia laboral o de empleo de su tiempo libre.

De ahí que nuestras intervenciones deben estar dirigidas a cubrir necesidades en áreas específicas, teniendo siempre en cuenta que en el proceso de rehabilitación de un paciente hay que considerar tanto sus déficits y dishabilidades como sus potencialidades, y establecer un balance preciso entre ambas. En general, nuestra actuación debe estar subordinada al principio de "utilización de la mínima dosis terapéutica" (BIRLEY, 1974), esto es, la utilización de la menor cantidad efectiva de soporte o ayuda para conseguir que el paciente funcione adecuada e independientemente.

La "sobreferta" de prestaciones o servicios que cubran funciones que el paciente pueda satisfacer por sí mismo, limita muchas veces su capacidad de

elección, fomenta la creación de relaciones de sumisión y dependencia del equipo que lo trata y, en definitiva, restringe sus posibilidades de desarrollo y desenvolvimiento de una forma autónoma.

2. Continuación de cuidados

Este es un concepto que ha cobrado especialmente interés en los últimos tiempos a raíz de la descentralización de los servicios y el carácter multidisciplinar que implica la atención de los desórdenes mentales en la comunidad. Hace referencia al "continuum" de asistencia y cuidados que debe recibir el paciente, desde que se pone en contacto con el servicio a través de todos sus dispositivos. Se ve comprometido especialmente en el caso de las nuevas generaciones de crónicos que utilizan los servicios de forma inapropiada, sin llegar a encuadrarse de forma estable en ninguna de sus estructuras y creando sentimientos de frustración y rechazo en el personal que los atiende (PEPPER, 1984).

Para preservar esta continuidad de cuidados es imprescindible una buena coordinación entre los distintos dispositivos de la red, una integración de sus intervenciones y un modelo de trabajo en equipo sobre el caso en concreto de forma que sea posible abordar todos los aspectos del mismo (psíquicos, físicos, sociales y económicos).

3. Papel de la familia

Aunque la familia ha sido siempre un elemento a tener en cuenta en el abordaje terapéutico de los desórdenes psíquicos, el tratamiento de estos trastornos en la comunidad ha conferido un papel clave al grupo familiar como estructura de soporte y ayuda de cara a nuestra intervención. Su consideración ha pasado desde ocupar una posi-

ción polarizada hacia la crítica y la responsabilización de la génesis de la patología mental (LAING, ESTERSON, COOPER) a convertirse, tras la DI, en el primer recurso a utilizar y en el aliado máspreciado a conseguir para el manejo de estos trastornos en la comunidad.

Estudios sobre la relación entre la familia y ciertas condiciones psiquiátricas establecidas de larga duración (LEFF, 1978; KUIPPERS, 1979) han puesto de manifiesto la importancia de las actitudes y de la interacción de los familiares con estos enfermos en la aparición de síntomas y reagudizaciones. De ahí la importancia de la colaboración y la participación de los familiares en el proceso de rehabilitación del enfermo crónico en la comunidad.

La información acerca de la naturaleza de la enfermedad, la elaboración de unas expectativas realistas respecto a su evolución y el entrenamiento en la resolución de los problemas prácticos que pueden aparecer asociados al padecimiento de estos trastornos son aspectos fundamentales a desarrollar en el trabajo con las familias de estos enfermos.

4. Soporte social

Los trabajos de HENDERSON (1977) han revelado la importancia de las redes sociales como factor de protección y ayuda frente al desarrollo de trastornos psíquicos e incluso de enfermedades orgánicas. El número y la calidad de interacciones que mantiene el individuo con el grupo social en el que está inmerso le proporciona una cierta base de seguridad y soporte para manejar el "stress" y las situaciones conflictivas.

Numerosos estudios muestran una estrecha relación entre la naturaleza y extensión de la red social, que constituye el sistema primario de soporte de un paciente en la comunidad, y sus posibilidades de vivir fuera de la institu-

ción (FREEMAN and SIMMONS, 1963; BROWN et al., 1972).

La importancia del papel que pueden jugar los grupos de autoayuda y otras organizaciones paraprofesionales, como soporte y elementos de enlace de los pacientes crónicos con los dispositivos asistenciales va siendo cada vez más reconocida por los propios profesionales. El marco de relación informal que caracteriza a estas agrupaciones, la posibilidad de establecer contacto y de recibir ayuda de otros que sufren los mismos tipos de problemas son algunas de las características que los propios familiares y pacientes describen como fuente de soporte mutuo (BENNET and MORRIS, 1983).

5. Servicios de tratamiento de día

Se ha dicho que este tipo de servicios constituyen la piedra angular del dispositivo asistencial para los pacientes crónicos en la comunidad (BENNET, 1981).

A pesar de que existen ya numerosos trabajos que muestran la efectividad de este tipo de estructuras (HERTZ, 1971; KIESLER, 1982; BENDER, 1983), su implantación y desarrollo no ha sido la que cabía esperar con el advenimiento de la DI. Quizá por la propia falta de definición de estos dispositivos, cuya configuración a menudo ha dependido más de la idiosincracia de los equipos que los atienden que a las características de un modelo determinado, o a la superposición de sus funciones con otros dispositivos de la red, o a los recelos de tipo administrativo y burocrático que a menudo han suscitado estas estructuras, lo cierto es que aún no han podido jugar el papel que estarían llamados a desempeñar como alternativa a la hospitalización y como forma de tratamiento de algunos trastornos psiquiátricos de larga evolución.

6. Alojamiento y facilidades de acomodación

Como ya se ha dicho, una de las funciones que cumplía el Hospital Psiquiátrico era la de asilo. La declinación y clausura de los hospitales psiquiátricos ha llevado a gran número de sus ex pacientes a las calles o a formas de alojamiento y convivencia aún más indignas que las que sufrían en los viejos hospitales.

Cuando hablamos de superación y alternativas al Hospital Psiquiátrico entre los problemas más graves que nos vienen a la mente es el de la cobertura de las necesidades de alojamiento y cobijo que a menudo padecen estos pacientes. El "estar en la comunidad" o "el salir del hospital" no equivalen a la rehabilitación o a la integración social de un paciente. Estos conceptos tienen más que ver con la "normalización" o "adaptación" de determinados comportamientos a un entorno social dentro de un ambiente lo menos restrictivo posible. Para ello es necesario la provisión de diversas formas de alojamiento con distintos grados de supervisión, desde apartamentos o pisos protegidos hasta pequeñas residencias que permitan a sus residentes un funcionamiento óptimo con arreglo a sus capacidades. En estos lugares pueden realizarse dentro de un "ambiente natural" programas de rehabilitación y entrenamiento en la resolución de problemas de la vida cotidiana que faciliten la integración en la comunidad de estos pacientes.

7. Capacitación laboral y oportunidades de empleo

Tradicionalmente el trabajo ha formado parte importante en la rehabilitación del paciente psiquiátrico crónico. Desgraciadamente, esta actividad, que se introdujo en los hospitales con el

ánimo de transformarlos y ofrecer a los pacientes la oportunidad de ejercer un rol social que facilitara su integración en la comunidad, pronto se contaminó con la atmósfera de la institución y los talleres ocupacionales entraron a formar parte de la "cultura hospitalaria" que fomentaba y fortalecía los lazos de dependencia con la institución. No obstante, el trabajo en nuestra cultura constituye una actividad social y provee una de las formas habituales de contacto e interacción con los demás. Por otra parte, ofrece la oportunidad de ejercitar una serie de capacidades y desempeñar unos roles que eficazmente realizados son fuente de confianza y autoestima personal y motivo de reconocimiento social.

En la actualidad en que la oferta laboral y las oportunidades de empleo en el mercado libre de trabajo van disminuyendo progresivamente, es ilusorio pensar que nuestros pacientes pueden optar a un puesto de trabajo. El hecho de estar trabajando o la reincorporación al anterior empleo han dejado de constituir, como lo fue en los 70, un indicador útil en el proceso de rehabilitación de un paciente psiquiátrico.

No obstante, en el futuro deben promoverse iniciativas y facilitarse nuevas formas de empleo protegido, que cubran distintos niveles de capacitación, desde unas más rudimentarias a otras más complejas, que den cabida a estos gru-

pos de población marginada con escasas posibilidades de acceso al mundo laboral.

CONCLUSIONES

El proceso de DI que se ha desarrollado durante los últimos 20 años en USA y algunos países de Europa, ha trasladado el eje asistencial de los trastornos psiquiátricos desde el hospital a la comunidad. Asimismo, ha producido una reducción considerable del número de camas en los hospitales psiquiátricos y ha disminuido de una manera notable la población internada en estos establecimientos. No obstante, a pesar de que ha sido ampliamente demostrado que la mayoría de los enfermos psiquiátricos pueden vivir en la comunidad, algunos de ellos sufren ciertas incapacitaciones y handicaps que les hace subsidiarios de ciertas formas de ayuda y soporte, a veces de manera permanente, para poder vivir dignamente fuera de las instituciones. La provisión de estos servicios que incluyen alojamiento, ocupación o empleo, asistencia psiquiátrica y cuidados médicos, de una manera integrada en un modelo comunitario, puede decirse que aún constituye el reto que debe resolver el proceso de la DI para superar definitivamente el Hospital Psiquiátrico.

BIBLIOGRAFIA

- BACHRACH, L. (1978): *A conceptual approach to Deinstitutionalization*. "Hospital and Community Psychiatry", 29: 573-583.
- (1981): *Planning for Deinstitutionalization: A review of Principles, Methods and Applications*. Human services. Monograph Series n.º 28.
- (1981): *Continuity of care for chronic mental patients*. "American Journal of Psychiatry", 138: 1.449-1.456.
- (1984): *Principles of Planning for Chronic Psychiatric Patients: A Synthesis*; in TALBOTT, J.

(Eds.): *The Chronic Mental Patient*. New York: Grune & Stratton.

BENDER, M. (1983): *Day Centres: for what and for whom?* "Community Care", 1: 20-21.

BENNET, D. H. (1981): *Psychiatric day services: A cornerstone of care*. New Directions for Psychiatric Day Services; London, MIND.

BENNET, D.; MORRIS, I. (1983): *Deinstitutionalization in the United Kingdom*. "Int. J. Mental Health", vol. 11, n.º 4.

— (1983): *Support and Rehabilitation*; in WATTS,

F. and BENNET, J. (Eds.): *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. London: John Wiley & Sons.

BIRLEY, J. L. (1974): *Ahousing association for psychiatric patients*. "Psychiatric Quarterly", 48: 568-571.

BROWN, G.; BIRLEY, J. and WING, J. K. (1972): *The influence of family on the cause of schizophrenic illness: a replication*. "British Journal of Psychiatry", 121: 241-258.

CARTER, J.; EDWARDS, C. (1975): *National day care study: Pilot report*. London: National Institute for Social Work.

DE SALVIA, D. (1986): *La reforma psiquiátrica en Italia*. "Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría", n.º 16, págs. 69-86.

FARIS, R. E.; DUNHAM, H. W. (1939): *Mental Disorders in Urban Areas: an ecological study of schizophrenia and other psychoses*. Chicago: University of Chicago Press.

FREEMAN, H. E.; SIMMONS, O. G. (1963): *The mental patient comes home*. New York: John Wiley.

GOFFMAN, E. (1962): *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Doubleday.

GOLDMAN, H. (1984): *Epidemiology*; in TALBOTT, J. (Eds.): *The Chronic Mental Patient*. New York: Grune & Stratton.

HENDERSON, S. (1977): *The social network, support and neurosis. The function of attachment in adult life*. "British Journal of Psychiatry", 131: 185-191.

HEWETT, S. H.; RYAN, P. and WING, J. K. (1975): *Living without mental hospitals*. "Journal of Social Policy", 4: 391-404.

HERTZ, M. I.; ENDICOTT, J.; SPITZER, R. L. (1971): *Day versus inpatient hospitalization: a controlled study*. "American Journal of Psychiatry", 127: 1.371-1.382.

HOLLINGSHEAD, A. B.; REDLICH, F. C. (1958): *Social Class and Mental Illness*. New York: John Wiley.

KIESLER, C. A. (1982): *Public and professionals myths about mental hospitalization*. "American Psychologist", 37: 1.323-1.339.

KUIPPERS, L. (1979): *Schizophrenia and the family*; in WING, J. K. and OLSEN, J. (Eds.): *Community Care for the Mentally Disabled*. Oxford: University Press.

LEFF, J. P. (1978): *Social and psychological causes of the attack*; in WING, J. K. (Eds.): *Schizophrenia: Towards a New Synthesis*. London: Academic Press.

LEIGHTON, A. H. (1963): *The character of danger psychiatric symptoms in selected communities*. "The Stirling County of Psychiatric Disorders and Sociocultural Environment". Vol. III. New York: Basic Books.

MAN, S. A.; CREE, W. (1976): *New long-stay psychiatric patients: a national sample survey of fifteen mental hospitals in England and Wales 1972/73*. "Psychological Medicine", 6: 603-616.

PEPPER, B.; RYGLEWICZ, H. (1984): *The Young Adult Chronic Mental Patient*; in TALBOTT, J. (Eds.): *The Chronic Mental Patient: Five Years Later*. New York: Grune & Stratton.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. (1987): *Desinstitucionalización: otra vía*. "Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría", vol. 7, n.º 21, págs. 166-182.

ROYAL COMMISSION (1959): *Law relating to Mental Illness and Mental Deficiency 1954-59*. London. HMSO.

RYAN, P.; HEWETT, S. H. (1976): *A pilot study of hostels for the mentally ill*. "Social Work Today", 6: 774-778.

SHEPHERD, G.; RICHARDSON, A. (1979): *Organization and interaction in psychiatric day centres*. "Psychological Medicine", 9: 573.

SROLE, L.; LANGER, T. S.; MICHAEL, S. T. et al. (1962): *Mental Health in the Metropolis: The Midtown Manhattan Study*. Vol. 1. New York: Basic Books.

STANTON, A. H., SCHWARTZ, M. S. (1954): *The Mental Hospital: A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment*. New York: Basic Books.

WING, J. K.; BROWN, G. W. (1970): *Institutionalism and Schizophrenia*. London: Cambridge University Press.

WING, J. K., CREER, C. (1980): *Schizophrenia at home*; in ROLLIN, H. R. (Eds.): *Coping with Schizophrenia, for National Schizophrenia Fellowship*. London: Burnett Books.

ZUSMAN, J., LAMB, H. R. (1977): *In defense of community mental health*. "American Journal of Psychiatry", 134: 887-890.