

Los programas de *case management*. Conceptos básicos y aplicabilidad

The case management programs. Basic concepts and implementation

A. FERNANDEZ LIRIA (*) y M.ª J. GARCIA ROJO (**)

RESUMEN

Se revisa el origen, motivación y definición de los programas de case management desarrollados, sobre todo, en los Estados Unidos de América. Se enumeran los diversos modelos de estos programas, los principios en que diversos autores lo fundamentan y las actividades que en ellos se desarrollan, así como los aspectos de personal que conllevan. Se discuten diversas apreciaciones sobre su eficacia y la posibilidad de su puesta en marcha en un contexto diferente al que los originó, en Europa del sur.

SUMMARY

We review the origin, aim and definition of the case management programs, developed mainly in the United States of America. We review their different models, their principles as they are seen by different authors, their basic activities, and human resources concerns. We discuss the different ideas about their outcomes and the possibility of implement in a non american context.

PALABRAS CLAVE

Case management. *Rehabilitación. Cronicidad en psiquiatría.*

KEY WORDS

Case management. Rehabilitation. Psychiatric chronic patient.

1. INTRODUCCION

Una de las acusaciones a las que ha tenido que enfrentarse el movimiento de psiquiatría comunitaria iniciado en los años sesenta en los EE.UU. es la de que el desarrollo de los centros de salud mental no ha servido para atender mejor a los pacientes crónicos desinstitucionalizados (1, 10), que su trabajo ha sido absorbido por poblaciones nuevas (11, 13) y han dejado desatendidos a los casos graves y crónicos.

A finales de los años 70 los partidarios del modelo comunitario empezaron a desarrollar conceptos y actividades que permitie-

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

(**) Diplomada en Enfermería. Jefe de Enfermería de los Servicios de Salud Mental. Hospital Psiquiátrico de Leganés (Madrid).

ran afrontar con éxito este problema. Estos esfuerzos han dotado de contenido los llamados *Programas de apoyo comunitario* (14, 15) y producido instrumentos o estrategias de intervención como la del *case management* al que aquí queremos referirnos.

Estos programas pretenden, por un lado, garantizar la continuidad de cuidados (16, 17), y, por otro, resolver la paradoja existente entre la oferta de unos servicios comunitarios sofisticados y una población grave, pobre y desatendida, que o no sabe o no puede acceder a ellos, o encuentra inadecuado el formato en el que se presenta la ayuda o queda desorientado y perplejo ante la propia complejidad de una oferta que no sabe autoadministrarse (18).

Desde que empezaron a ser descritos y teorizados a finales de los años 70 los programas de *case management* se han extendido por todo el sistema de centros de salud mental comunitarios de los Estados Unidos y se han impuesto en países con modelos sanitarios tan diferentes al americano como los de Gran Bretaña (19) o Italia (20). Uno de los móviles de este trabajo es que, al intentar documentarnos sobre el tema, no hemos encontrado un solo trabajo en español [exceptuado una traducción del italiano (20)].

TORREY (21) lo define como "un programa de trabajo en el campo de la salud mental donde la persona o equipo que lo desarrolla es el responsable de proporcionar al cliente la ayuda necesaria para que pueda optar con información suficiente sobre los servicios y oportunidades que se le brindan, a la asistencia que necesita, garantizándole el acceso a la misma, proveyéndole el apoyo para las actividades de autoayuda y coordinando todos los servicios para poder satisfacer los objetivos del cliente".

Sobre un común acuerdo que haría aceptable una definición tan genérica, el concepto de *case management* en-

cierra modelos y procedimientos de trabajo muy diversos. A ello nos referimos en el apartado siguiente.

2. MODELOS Y TIPOS DE CASE MANAGEMENT

De acuerdo con KANTER (22) existen tres modelos atendiendo al *tipo de prestaciones* que se consideran nucleares en cada uno de ellos.

El primer modelo —de *cuidados de mantenimiento*— se orienta fundamentalmente a garantizar el entramado de cuidados necesarios para poder efectuar el tratamiento, control y seguimiento de los pacientes en un medio comunitario. Responde a una "externalización" de los cuidados de enfermería propios de una institución cerrada. Se pretende garantizar la cobertura de las necesidades de alojamiento, confort, alimentación, ocio, convivencia, toma de medicación y cumplimiento de las citas con los servicios psiquiátricos más orientados a la *cura*. Se ha comparado a la figura de "compañero de viaje" o "acompañante".

El segundo —modelo de *agencia de servicios*— pretende fundamentalmente franquear al usuario la entrada a servicios comunitarios de diversa índole —sociales, de alojamiento, médicos—, facilitándoles información sobre los mismos, ayudándole a reunir los requisitos para utilizarlos y garantizando la coordinación entre los mismos (23, 25).

El tercero —*case management "clínico"*— se basa en la idea del *terapeuta-case manager* de LAMB (26) y añade a las características propias de los otros dos, la de la consideración, la misma relación con el *case manager* como uno de los elementos clave del proceso terapéutico o rehabilitador en marcha. Desarrollaremos más adelante esta idea.

Según el *modo de adscripción de los casos* y de acuerdo con REINKE y GRE-ENLEY podemos distinguir tres modelos.

En el primero o *de trabajo por casos* cada caso se adscribe a un profesional según un factor de riesgo (geriátrico, joven, con medicación *retard*) al que dicho profesional presta su atención (figura 1, A). Este modelo permite dedicar la mayor parte de tiempo de trabajo a la atención directa a los usuarios y requiere un mínimo de reuniones de equipo. Es el que permite atender un mayor número de casos a igualdad de recursos empleados y, por tanto, es el más barato. Tiene la desventaja de exigir de los profesionales un alto nivel de responsabilidad y dificultar su apoyo mutuo en momentos de aumento de demanda o repercusión desigual de la misma. Ello facilita el que los profesionales "se quemem" o funcionen rutinariamente sólo como respuesta a las crisis.

El segundo modelo, de *agente de salud paraprofesional*, se basa en la utilización de personas claves de la comunidad, dispensadores naturales de ayuda, no profesionales, a los que se proporciona una ayuda económica por llevar el control directo de los casos. Las decisiones clínicas se toman por los profesionales supervisores (figura 1, B) y son "negociadas" en las reuniones con estos agentes de salud (reuniones que se guían por el principio de que dichos agentes "no pueden cometer errores, sino sólo realizar descubrimientos" (27). Obviamente, se trata de un modelo adecuado para poblaciones dispersas, con escasa dotación de recursos y alta estructuración comunitaria "natural", como las rurales. Las ventajas de este modelo son la fácil aceptación de los agentes por el usuario y la posibilidad de que varios de ellos actúen sobre el mismo caso en aspectos diferentes en los que son expertos. Su principal inconveniente es que tales agentes, difícilmente, pueden hacerse cargo de los casos más graves y que en las comunidades urbanas o más desestructuradas, no puede aplicarse con facilidad.

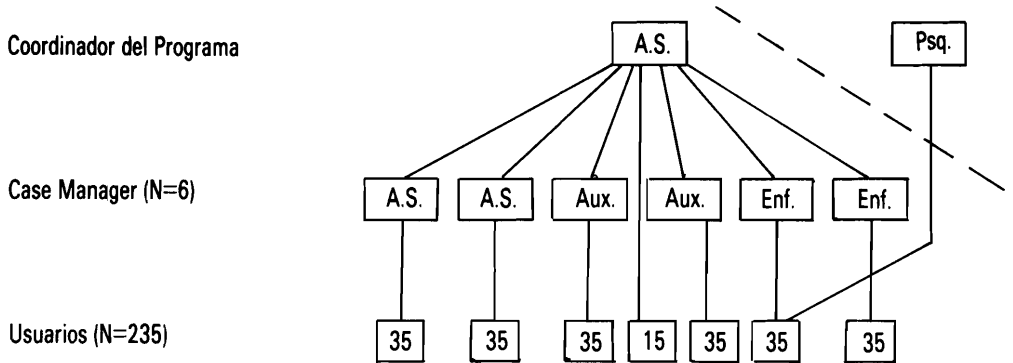
Por último, en el *modelo de equipo* (figura 1, C) todos los miembros del mismo realizan todas las funciones (a excepción de la prescripción de fármacos, regulada por ley) sobre todos los pacientes. Suele acompañar a los planteamientos más asertivos (16, 17). Tiene la ventaja de ofrecer una estructura simple, flexible y eficaz con un máximo de disponibilidad. Facilita el apoyo entre los miembros del equipo y una suerte de control informal de calidad entre los mismos. Es, sin embargo, el modelo que requiere mayor *ratio* de personal por paciente y, por tanto, el más caro, por lo que debe restringirse a pacientes graves. Por otra parte, el personal consume una gran parte de su tiempo en reuniones y tareas de coordinación, lo que disminuye el tiempo dedicado efectivamente a los usuarios.

Por último, cabría tipificar los programas de *case management* en función del grado de asertividad de los mismos. En función de ello habría un *continuum* que iría desde la mera información sobre posibilidades de uso de servicios y comprobación del cumplimiento de las citas, hasta la búsqueda activa por los lugares de entretenimiento o consumo de tóxicos acostumbrados de un determinado caso (17). Mary Ann TEST es la principal defensora, teórica y promotora de los modelos asertivos (16, 17) y la líder del, a este respecto, paradigmático *Modelo de Madison*.

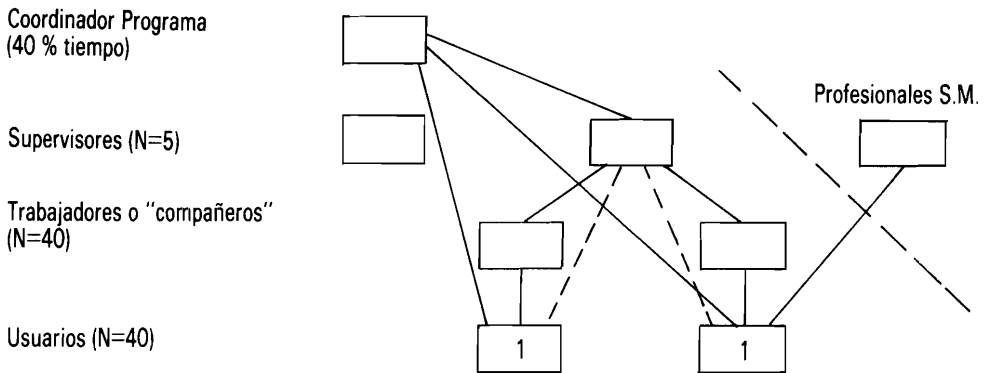
3. PRINCIPIOS BASICOS

Los principios que inspiran los programas de *case management* han sido muy diversamente formuladas. STEIN y TEST (17) enumeran ocho "líneas maestras".

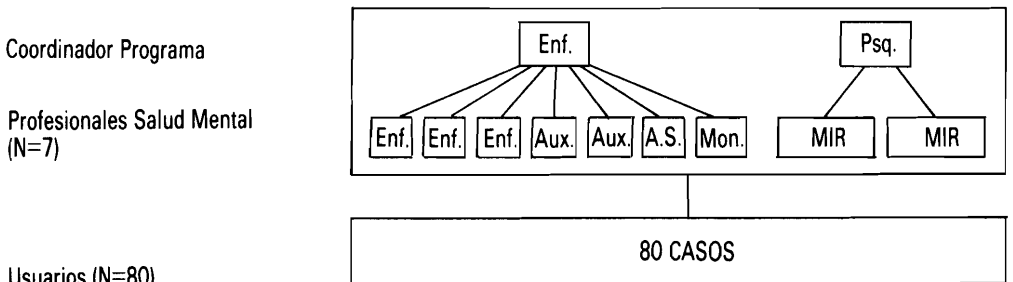
En primer lugar, la idea de que *el principal lugar de atención es la comunidad* y que, por tanto, la utilización de recursos no habituales debe ser excepcional y planificada desde los cuidadores comunitarios tanto en lo que se re-



A) Trabajo por casos (Appleton)



B) Agentes de salud (Rhineland)



C) Equipo (Madison)

Fig. 1.—Representación gráfica de los tres modelos de programas de case management según el modo de descripción de casos [tomado de REINKE y GREENLEY (27)]

fiere a su indicación como a la forma y condiciones de reincorporación. Dada la frecuente falta de motivación de los usuarios, el enfoque debe ser asertivo en la tarea de mantener a los pacientes en los programas.

Los programas deben planificarse de forma altamente *individualizada para cada paciente*. Las actividades de entrenamiento deben realizarse *en el entorno al que se pretende la adaptación* ("in vivo") y no en dispositivos especiales. En el diseño de los programas individuales se trata de trabajar más *potenciando las capacidades* conservadas que tratando de combatir los aspectos patológicos presentes. El objetivo es conseguir el mayor grado de independencia posible, pero *sin traspasar el límite tolerable para cada paciente, sopesando el apoyo preciso en cada momento*. Hay que *tratar a los pacientes como ciudadanos responsables*. Por fin es imprescindible proporcionar *intervención en crisis disponibles durante 24 horas al día*.

Según estos autores, estas "líneas maestras" se deben encarnar en los siguientes cinco principios:

1. *Enfoque asertivo*: se trata de monitorizar intensivamente la relación del paciente con la comunidad para intervenir tan pronto como se presente una dificultad.

2. *Utilización de una variedad de recursos* que incluyen desde las enfermeras visitadoras al alojamiento o las pensiones, pasando por sofisticados programas de rehabilitación.

3. *Provisión de educación y apoyo a los miembros de la comunidad* a través de actuaciones personalizadas y promoción del asociacionismo, más que de medios de comunicación de masas.

4. *Mantenimiento de la responsabilidad de los pacientes*, no dando de alta de un programa a un paciente mientras no va a ser acogido en otro y man-

teniéndolo en el anterior si no se encuentra otro más adecuado.

5. *Trabajo con las familias* sobre la idea de considerar éstas como un factor en la evolución de la enfermedad y no como causa de la misma.

KANTER (22) sustenta el modelo de *case management* que propone en los siguientes principios:

1. *Continuidad de cuidados* por asignación a un solo *manager* de cada caso a pesar de que las indicaciones varían en el transcurso del tiempo.

2. *Utilización de la relación con el "manager"* como un elemento fundamental de aprendizaje y tratamiento.

3. *Determinación del grado de apoyo y de las estructuras que son necesarias*, pues, al igual que con los medicamentos, "dosis" demasiado altas o demasiado bajas pueden ser perjudiciales.

4. *Flexibilidad* en la frecuencia, la duración y el lugar de los contactos con el paciente (lo que no implica que, cuando sea necesario —como en el caso de la administración de medicación *depot*—, se plantee con firmeza).

5. *Facilitación del desarrollo de recursos propios por parte del paciente*.

4. REQUERIMIENTOS Y ACTIVIDADES

Estos programas se dirigen a un tipo de usuarios que STEIN y TEST (17) definen en base a la concurrencia de las siguientes discapacidades:

1. Alta vulnerabilidad al *stress*.
2. Extrema dependencia.
3. Dificultades en el desarrollo de habilidades.
4. Dificultad en las relaciones interpersonales.

5. Pensamiento concreto y ansiedad ante situaciones nuevas con la consiguiente dificultad para generalizar aprendizajes.

KANTER en el trabajo repetidamente citado, desglosa los tradicionales cinco tipos de actividad propios de *case management* (evaluación, planificación, reinserción, control y orientación) en trece tipos de intervenciones agrupados en cuatro grandes grupos (Tabla 1).

La fase inicial comprende tres tipos de intervenciones. Las de *enganche* persiguen la construcción de una alianza de trabajo con el paciente, lo que puede llegar incluso años. La *evaluación* no se limita a la de los deseos, habilidades de la vida diaria y recursos del entorno del paciente, sino que debe incluir (en la perspectiva del *case management* clínico que KANTER propugna) apreciación de su estado clínico, motivaciones conscientes e inconscientes, capacidades latentes y redes sociales. Es esencial evaluar la tolerancia que cabe esperar hacia situaciones que se puedan proponer como objetivos. Esta fase inicial se completa con la actividad de elaboración de un *plan individualizado* para cada paciente que debe realizarse con la perspectiva holística de que venimos hablando y no sólo *para*, sino *con* cada paciente (el plan es, pues, negociado).

El segundo grupo lo constituyen las **ACTIVIDADES CENTRADAS EN EL ENTORNO**. Incluye, en primer lugar, las intervenciones de *conexión con recursos comunitarios* cuyo formato —debe dar una dirección a acompañar personalmente— debe adaptarse a las necesidades de cada paciente. Las *actividades de consulta con las familias y otras personas que desempeñan tareas de cuidado* (amigos, sacerdotes, personal de prisiones o albergues, etcétera) incluye el necesario apoyo a los mismos que puede requerir, por ejemplo, proporcionar al paciente un alojamiento provisorio para permitirles un respiro. El *mantenimiento y desarrollo de las*

redes sociales supone el desplazamiento y la intervención de los *managers* a los más diversos encuadres macro y microrrelacionales que pueden ayudar al paciente, y su seguimiento, control y defensa. La *colaboración con médicos y hospitales* es central en el modelo de *case management* clínico. Las tareas del *case management* como *defensor del paciente* se estructuran, sobre todo al principio, como respuesta a situaciones límite planteadas generalmente de forma descriptiva en la comunidad. Un trabajo bien planificado evitaría en estudios posteriores estas actuaciones de “apaga fuegos”.

La tercera categoría la componen las **ACTIVIDADES CENTRADAS EN EL PACIENTE**. Incluyen, en primer lugar, la de *psicoterapia*. A este respecto la actuación del *manager* incluye tanto la indicación o la detección de la viabilidad del inicio (o reincorporación) de un tratamiento psicoterapéutico individual o de grupo a efectuar en otro lado, en un momento dado como el sopesamiento y manejo de los aspectos psicoterapéuticos de su propio trabajo con el paciente. El *adiestramiento en actividades de la vida diaria* (manejo de dinero, alimentación, tareas domésticas, transporte...) debe tender a realizarse, en la expresión de M. A. TEST, “in vivo” en el propio entorno y al ritmo requerido por el paciente. La *psicoeducación del paciente* se orienta sobre todo a ayudar a éste a conocer y aceptar sus limitaciones.

Por último, consideraremos las **ACTIVIDADES CENTRADAS SIMULTANEAMENTE EN EL PACIENTE Y EL ENTORNO**. Las actividades de *intervención en crisis* deben estar disponibles 24 horas (17) y ser realizadas por personas del propio equipo *manager*, lo que ofrece ventajas sobre el trato indiscriminado y apersonal del tradicional servicio de urgencias. Por último, las actividades de *seguimiento y control de resultados* deben obviamente considerar los obstáculos tanto en el paciente como en

TABLA 1

Componentes del *case management* "clínico" según KANTER (22)

FASE INICIAL
<ul style="list-style-type: none"> 1.º ENGANCHE 2.º EVALUACION 3.º PLANIFICACION
INTERVENCIONES CENTRADAS EN EL ENTORNO
<ul style="list-style-type: none"> 4.º CONEXION CON RECURSOS COMUNITARIOS 5.º ACTIVIDADES DE CONSULTA CON FAMILIAS Y OTROS CUIDADORES 6.º MANTENIMIENTO Y DESARROLLO DE LAS REDES SOCIALES 7.º COLABORACION CON MEDICOS Y HOSPITALES 8.º DEFENSA DEL PACIENTE
INTERVENCIONES CENTRADAS EN EL PACIENTE
<ul style="list-style-type: none"> 9.º PSICOTERAPIA 10.º ADIESTRAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA 11.º PSICOEDUCACION DEL PACIENTE
INTERVENCIONES CENTRADAS SIMULTANEAMENTE EN EL ENTORNO Y PACIENTE
<ul style="list-style-type: none"> 12.º INTERVENCION EN CRISIS 13.º SEGUIMIENTO Y CONTROL DE RESULTADOS

su entorno significativo o la relación entre ambos.

5. DOTACION DE PERSONAL Y COBERTURA DE LOS PROGRAMAS

En los Estados Unidos este tipo de programas cuenta, por regla general, con trabajadores sociales y personal de enfermería con diferente grado de especialización a las que se añaden o no psicólogos y psiquiatras, que realizan a veces tareas de coordinación y otras de consultor como "prescriptor" de fármacos.

Los índices de casos por profesional varían ampliamente (en la figura 1 de 29,3 a 6,6) según dispersión de la población, gravedad de los casos y modelo de programa.

Todos los autores coinciden en señalar la necesidad de una formación específica. En general y en la literatura que hemos revisado predominan orientaciones eclécticas, aunque los modelos teóricos más frecuentemente referidos y los que inspiran la mayor parte de las intervenciones regladas, son los basados en las hipótesis de *vulnerabilidad* en la esquizofrenia.

6. APRECIACION DE LOS RESULTADOS

Probablemente el indicador más seguro de la alta valoración subjetiva por la comunidad profesional de los resultados obtenidos, es la rápida generalización de este tipo de programas a la que hacíamos referencia en la introducción. Muy recientemente se han levantado voces en el sentido de pretender que este tipo de optimismo se basa en una asunción acrítica de intuiciones y carece de base empíricamente demostrada (28). Tales apreciaciones cuentan con el apoyo de algunos estudios (23) según los que, aunque el funcionamiento ocupacional y laboral, era me-

yor en pacientes sometidos a programas de *case management* que el de los controles y su recuperación según diversos indicadores de funcionamiento social era más rápida, la tasa de reingresos no disminuye con la inclusión en el programa. Otros trabajos cuestionan el carácter novedoso de este tipo de programas y la idea de que puedan ahorrar costes respecto a la hospitalización (23).

En general, esta línea de opinión se adscribe al temor a la llamada *desmedicalización* de los servicios de salud mental (29, 30) y de la introducción de criterios economicistas en la planificación de salud mental.

Sin embargo, como señala LAMB (31) en su autocrítico ajuste de cuentas con el proceso de desinstitucionalización del que ha sido una de las cabezas visibles, el *case management* ha sido uno de los instrumentos de eficacia más probada de los utilizados por dicho movimiento, tanto en términos de reducción de reingresos (32, 33) como de mejora de la calidad de vida (23) u otros parámetros de integración social (34, 35, 36).

7. DIFICULTADES Y PERSPECTIVAS PARA LA EUROPA DEL SUR

En términos generales creemos que la utilidad de este tipo de servicios ha sido sobradamente probada en su país de origen. La duda que se nos plantea se refiere a la posibilidad de "importar" directamente este tipo de programas o, más precisamente, qué tipo de modificaciones en los mismos requiere su adaptación a sociedades no americanas y no anglosajonas.

En primer lugar, hay que considerar que, en general, en el sur de Europa la sociedad se articula, al menos en los núcleos urbanos, con una menor trabazón civil que la americana. El recurso a la colaboración con instituciones ciudadanas de voluntariado, asociaciones

de familiares, fundaciones benéficas o culturales de diversa índole, es de difícil aplicación, sencillamente porque tal tipo de organizaciones, no sólo no existen, sino que ni siquiera disponen de un modelo culturalmente consensuado cuando pretenden articularse. En países del norte de Europa esta deficiencia —que, por otro lado, es menor— se suple con un buen funcionamiento de prestaciones ofertadas desde la Administración que, aquí, también brillan por su ausencia.

Un estudio de cada situación concreta debe llevar a los directores de cada programa a tomar la decisión de concentrar esfuerzos en la promoción del asociacionismo (es difícil, pero no imposible: las asociaciones de alcohólicos y las de padres de deficientes lo demuestran) o en la reconfiguración de los servicios ofertados por las diversas instancias de la Administración. En cualquier caso, la imaginación es un recurso imprescindible.

En segundo lugar, en nuestro medio, el tipo de formación precisa para desempeñar este tipo de funciones, no sólo no se corresponde con la de una titulación concreta, sino que hay aspectos esenciales que no se incluyen en el curriculum de ninguna. La formación de los diplomados en enfermería sigue siendo predominantemente hospitalaria y con un fuerte sesgo organicista. La de los trabajadores sociales no incluye necesariamente ninguna formación en psicopatología y menos adiestramiento en el manejo de la misma. Tampoco comprende —ni tiene por qué comprender— formación en técnicas de cuidados. En la medida en que el desarrollo de este tipo de programas se encardina, en la práctica, con procesos de desinstitucionalización y éstos afrontan como uno de sus objetivos el de la reconversión del personal, en general, vamos a contar con personal que, al menos, tiene la experiencia del contacto con personas que padecen trastornos mentales (aunque con el sesgo manicomial). Ello

proporcionará equipos concretos de diplomados en enfermería, auxiliares y trabajadores sociales que pueden incorporarse a estas tareas, más en base a su experiencia y expectativas personales que a la formación debida a sus currícula académicos. Es nuestra opinión que la formación específica en técnicas concretas de cuidados y rehabilitación es imprescindible para la puesta en marcha del programa.

Por otra parte, y considerando el largo plazo, creemos que, dado el modelo sanitario propuesto para nuestro país, lo coherente es que este tipo de programas, aunque cuente con el concurso de algún trabajador social, debe desempeñarse fundamentalmente por profesionales de enfermería especialmente entrenados y en estrecho contacto con los programas de enfermería de la atención primaria de salud. Si por los motivos inherentes a los programas de desinstitucionalización en curso, antes citados, de momento, este programa va a contar con un alto porcentaje de auxiliares (que son, en realidad, personal de gran experiencia), no hay motivo para que, como norma, y en lo referido a nuevas contrataciones, estas tareas no las desempeñen diplomados en enfermería especializada.

El principal obstáculo para el desarrollo de este tipo de programas en contextos como el nuestro se debe a la rígida estructura presupuestaria y de gestión de unos aparatos sanitarios que responden a una mentalidad en la que no cabe más prestación que la "hospitalización" o "consulta" externa. Así resulta imposible financiar, si no es encubriéndolas como actividades del hospital, estos programas. Las dificultades para asignarles personal y para poder hacerlo del modo más adecuado, a unas actividades que tienen poco en común con las de garantía de la continuidad de cuidados en el marco hospitalario, son, a veces, casi insalvables. ¿Cómo puede un programa de estas características funcionar de 8 a 15? ¿Dónde

está el pabellón de un trabajador de calle? ¿Es lo mismo recorrer un pasillo para ir del botiquín a la sala que hacer siete kilómetros buscando a un paciente? El desarrollo de las actividades cotidianas hace enfrentar multitud de pequeños gastos (billetes de autobús de los usuarios, entradas, comidas...) y problemas (seguros, elongaciones o interrupciones imprevistas del horario...) que la Administración sanitaria carece de procedimientos para resolver. Independientemente de la necesidad de acometer una reforma de estos mecanismos administrativos, si se trata de poner en marcha este tipo de programas en lo que queda de siglo creemos imprescindible conectar la solución de tales

problemas con la actividad de fomento del asociacionismo, las fundaciones con capacidad de atraer subvenciones y efectuar gastos gestionados por los propios usuarios o sus familiares.

Tales son las dificultades. Sin embargo, en un momento en que la ofensiva reinstitucionalizadora y la reivindicación de las más antidiluvianas funciones de encubrimiento de la pobreza y la marginación de la institución psiquiátrica, pueblan cada vez más descaradamente prensa, radio y TV, no creemos que exista otro instrumento capaz de suplir las funciones que el *case management* está llamado a desempeñar en nuestro medio.

BIBLIOGRAFIA

- (1) DESVIAT, M.; FERNÁNDEZ LIRIA, A.; RENDUELES, G.: "La nueva cronicidad", en ESPINOSA, J. (coord.): *Cronicidad en Psiquiatría*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 1986.
- (2) PRESIDENT'S COMMISSION ON MENTAL HEALTH: *Report to the President*. Vol. 1. United States Government Printing Office, Washington DC, 1978.
- (3) BACHRACH, L. L.: "Deinstitutionalization: An analytical review and Sociological perspective". *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 1, páginas. 37-41, January, 1986.
- (4) BASSUK, E. L.: "The impact of deinstitutionalization on the general emergency ward". *Hospital Community Psychiatry*, 31, 6, págs. 623-627, Juny, 1980.
- (5) ELLISON, J. M.; BLUM, M.; BARSKY, A. J.: "Repeat visitors in the Psychiatric emergency service. A critical review of the data". *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 1. págs. 37-41, January, 1986.
- (6) GOLDMAN, H. H.; REGIER, D. A.; TAUBE, C. A. et al.: "Community mental health centers and the treatment of severe mental disorders". *Am. J. Psychiatry*, 137, 1, págs. 83-86, January, 1980.
- (7) GUDEMAN, J. E.; SHORE, M. F.: "Beyond deinstitutionalization: A new class of facilities for the mentally ill". *New Engl. J. Med.*, 311, 13, páginas 832-836, September 27, 1984.
- (8) SEGAL, A. P.; ASTRAGHAN, B. M.; LEVINE, M. S.: "Reevaluating the work in a CMHC: The care of the chronic patients". *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 11, págs. 1.129-1.133, November, 1984.
- (9) OKIN, R. L.: "Expand the Community care system: deinstitutionalization can work". *Hospital*

and Community Psychiatry, 36, 7, págs. 742-745, July, 1985.

(10) LANGSLEY, D. G.; YARVIS, R. M.: *Handbook of Community Mental Health*. Medical Examination Publishing Co., Inc., New York, 1980.

(11) GOLDMAN, H. H.; ADAMS, N. H.; TAUBE, C. A.: "Deinstitutionalization: The data demythologized". *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 2, págs. 129-134, February, 1982.

(12) TALBOTT, J. A.: "The fate of the public psychiatric system". *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 1, págs. 46-50, January, 1985.

(13) FERNÁNDEZ LIRIA, A.; DELGADO, M.; RICO, P. et al.: "Cronicidad en un dispositivo de atención ambulatoria a la salud mental (Leganés)", en ESPINOSA, J. (coord.): *Cronicidad en Psiquiatría*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 1986.

(14) TURNER, J.; TEN HOOR, W.: "NIMH community support program: pilot approach to a needed social reform". *Schizophrenia Bulletin*, 4, páginas 319-348, 1978.

(15) TESSLER, R. C.; MILLER, J. L.; ROSSI, P. H.: "The chronically mentally ill in the community: What accounts for successful client functioning?", in GREENLEY, J. R. (ed.): *Research in Community Mental Health*, vol. 4, 1984.

(16) TEST, M. A.: "Continuity of care in community treatment", in STEIN, L. I.: *Community support systems of the long-term Patients*. New Directions for Mental Health Services n.º 2. San Francisco. Jossey-Bass, 1979.

(17) STEIN, L. I.; TEST, M. A.: "Community treatment of the Young Adult Chronic Patient", in PEPPER, B.; RYGLEWICZ, H.: *The Young Adult Chronic*

Patient. New Directions for Mental Health Services n.º 14. San Francisco. Jossey-Bass, 1980.

(18) PEPPER, B.; RYGLEWICZ, H.; KIRSHNER, M. C.: "The uninstitutionalized generation: A new breed of psychiatric patient", in PEPPER, B.; RYGLEWICZ, H.: *The Young Adult Chronic Patient. New Directions for Mental Health Services* n.º 14. San Francisco. Jossey-Bass, 1980.

(19) BEARD, P. G.: "The nursing element in an ideal service", in REED, J.; LOMAS, G. (eds.): *Psychiatric Services in the Community. Developments and innovations*. Croom Helm. London, 1984.

(20) ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D.: "Desinstitucionalización: otra vía. (La reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los «países avanzados»)". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 7, 21, págs. 165-187, abril-junio, 1987.

(21) TORREY, E. F.: "Continuous treatment teams in the care of the chronic mentally ill". *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 12, páginas 1.243-1.247, december, 1986.

(22) KANTER, J.: "Clinical care management: Definition, principles, components". *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 4, págs. 361-368, april, 1989.

(23) GOERING, P. M.; WAYLENKI, D.; FARKAS, M. et al.: "What difference does case management make?". *Hospital and Community Psychiatry*, 3, 9, 3, págs. 272-276, march, 1988.

(24) RAPP, C. A.; CHAMBERLAIN, R.: "Case management services for the chronically mentally ill". *Social Work*, 30, págs. 417-422, 1985.

(25) PLATMAN, S. R.; DORGAN, R. E.; GERMARD, R. S.: "Case management of the mentally disabled". *Journal of Public Health Policy*, 3, páginas 302-314, 1982.

(26) LAMB, H. R.: "Therapist-case managers: more than brokers of services". *Hospital and Community Psychiatry*, 31, 7, págs. 762-764, july, 1980.

(27) REINKE, B.; GREENLEY, J. R.: "Organizational analysis of Three Community Support program models". *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 6, págs. 624-629, june, 1986.

(28) FRANKLIN, J. L.: "Case management: a disorienting view". *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 9, pág. 921, september, 1988.

(29) FERNÁNDEZ LIRIA, A.; GARCÍA BERNARDO, E.: "Crisis económica, políticas de respuesta y atención a la salud mental en USA (I). La atención a la salud en USA ante la crisis económica". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 5, 14, págs. 280-292, julio-septiembre, 1985.

(30) FERNÁNDEZ LIRIA, A.; GARCÍA BERNARDO, E.: "Crisis económica, políticas de respuesta y atención a la salud mental en USA (II)". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 5, 15, octubre-diciembre, 1985.

(31) LAMB, M. R.: "Deinstitutionalization on the crossroad". *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 9, págs. 941-945, september, 1989.

(32) BOND, G. R.; MILLER, L. D.; KRUMWIED, R. D.; WARD, R. S.: "Assertive care management in three CMHCs: A controlled study". *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 4, págs. 411-418, april, 1988.

(33) SCHOENPELD, P.; HALEVY, J.; HEMLEY - VAN DER VELDEN, E.; RUMF, L.: "Long-term outcome of network therapy". *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 4, págs. 373-380, april, 1986.

(34) ASHLEY, A.: "Interdisciplinary update: Case Management: The need to define goals". *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 5, págs. 499-500, may, 1988.

(35) MECHANIC, D.: "The challenge of chronic mental illness: A retrospective and prospective view". *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 9, págs. 891-896, september, 1986.

(36) BORLAND, A.; McRAE, J.; LYCAN, C.: "Outcome of five years of continuous intensive case management". *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 4, págs. 369-376, april, 1989.