

# Tipo y número de contactos asistenciales en pacientes necesitados de ingreso. Estudio caso-control y comparación con el resto de pacientes del C.S.M.

## Type and number of service contacts for patients in need of admission. Case-Control study and comparison with the rest of patients in a M.H.C.

O. MARTINEZ AZUMENDI\*, M. BEITIA\*\*

### RESUMEN

Estudio del número de contactos y agentes que lo realizan en un Centro de Salud Mental, en aquellos pacientes que acaban necesitando un ingreso psiquiátrico. Posteriormente, se comparará con las medias observadas para la globabilidad del C.S.M. y se diseñará un estudio caso-control emparejado que permita confirmar o no la hipótesis de un menor número de ingresos para los pacientes con mayor número de contactos.

En los ingresos se observa una media de contactos trimestrales (8,03) superior a los controles (5,76) y al C.S.M. (5,84). Son principalmente realizados por un médico y de tipo individual o familiar, no pudiéndose aceptar la hipótesis de partida. Tampoco la existencia del "paciente difícil" parece ser predictiva de ingreso, al encontrar  $\pm 39\%$  de pacientes sin contacto alguno, tanto en los casos como en los controles.

La similar media de contactos para controles y globalidad del C.S.M. parece indicar una misma "cantidad" en la oferta asistencial para todo tipo de pacientes no en crisis.

**PALABRAS CLAVE:** Contactos asistenciales. Tipo de agente. Tipo de prestación. Ingreso. Centro de Salud Mental. Paciente difícil.

### SUMMARY

Research on the number of service contacts and therapeutic agents providers in a Mental Health Center, for patients in need of a psychiatric hospital admission. We will compare this with the means observed for all the M.H.C. and a case-control study will be designed. We will try to confirm or not the hypothesis that a larger number in contacts should avoid the admission.

The patients in need of admission have a mean of 8,03 contacts in the previous three months, more than the 5,76 contacts for the controls and the 5,84 for all the M.H.C. These contacts are mainly made by doctors and are of an individual or familiar kind. Then, we can not accept the hypothesis. Neither, the existence of the "difficult patient" is predictive of hospital admission. We find  $\pm 39\%$

of the patients without any contact, this is the same for cases and controls as well.

The similar means of contacts for the controls and the global M.H.C., seems to point a same "quantity" in the treatment available for all kind of patients not in crisis.

**KEY WORDS:** Service contact. Type of agent. Type of treatment. Psychiatric admission. Mental Health Center. Difficult patient.

### INTRODUCCION

Como parte de las posibles áreas de investigación desarrolladas en un Centro de Salud Mental (C.S.M.) en relación con sus resultados (1,2,3,4), y sin olvidar que otros muchos beneficios se derivan de la existencia de un C.S.M. (ampliación del número y tipo de patologías atendidas, mejora de la calidad asistencial global, etc.), un innegable interés recae en el conocimiento de sus repercusiones en relación con los ingresos del área por él cubierta (5,6,7,8).

Parece claro que la existencia de un C.S.M., adecuadamente dotado y con recursos suficientes, conlleva en la mayoría de los casos una disminución de los ingresos con el paso del tiempo (9,10,11), sin llegar a conocerse con exactitud el límite real generalizable (12).

Múltiples factores han sido estudiados para conocer su posible valor predictivo como preventivos de la hospitalización psiquiátrica. En nuestro caso, nos propusimos investigar la hipótesis de si un mayor número de contactos ambulatorios llevaría pareja una menor proporción en el número de ingresos psiquiátricos.

### MATERIAL Y METODO

El trabajo se desarrolla en el Centro de Salud Mental Uribe Costa (Vizcaya) creado el año 1982. Integrado por varios

\* Médico. \*\* Psicólogo. Centro de Salud Mental Uribe Costa.

*Correspondencia:* Oscar Martínez Azumendi. C.S.M. Uribe Costa. C/ San Nicolás, 2. 48990 Getxo, Vizcaya.

Fecha de recepción: 22-4-91  
Fecha de aceptación: 28-1-92

municipios vizcainos y con una población en 1989 de  $\pm$  126.000 habitantes, tanto rural como urbana.

El centro cuenta con dos Unidades principales: Infantil y Adultos. Adultos cuenta a su vez con tres servicios: Ambulatorio de Psiquiatría General, Alcoholismo y Toxicomanías y Hospital de Día. Destacaremos entre sus prestaciones la consulta ambulatoria, hospital de día, contactos comunitarios y relación con el resto de Servicios Sanitarios y Sociales de los Municipios. Se dispone igualmente de un registro de casos y contactos propios del C.S.M.

En el año 1989, en la Unidad de Adultos, se atiende a 1.245 personas ( $\pm$  1,26% de la población en riesgo) con una incidencia de casos nuevos de  $\pm$  0,59%. El promedio aproximado de "prestaciones" o contactos por persona atendida en la Unidad de Adultos (sin contar Hospital de Día) fue de  $\pm$  14 ese año (Datos Consorcio Uribe Costa Salud Mental, 1989), que podemos considerar como alto y apareciendo como el C.S.M. conocido que más contactos por paciente presenta de Vizcaya (Gobierno Vasco) (13). Ese año se alcanza una tasa de ingreso de 19,08/10.000 hab. > 14 años (14).

La plantilla de la Unidad de Adultos (Ambulatorio de Psiquiatría General, Alcoholismo y Toxicomanías y Hospital de Día) está compuesta por 13 titulados superiores y medios, más un cierto número de personal becado y colaboradores (observadores que no registran contactos asistenciales). Su orientación es principalmente psicodinámica (en sus vertientes individual, grupal y familiar), junto al aspecto comunitario de la institución.

Durante el tiempo del estudio, el área de Ambulatorio más Toxicomanías era atendido, aproximadamente, por el equivalente a 4 médicos a tiempo completo y 4,5 de otros profesionales (psicólogo, A.T.S., A. Social, Terapeuta ocupacional).

Los sujetos objeto del estudio serán todas aquellas personas con domicilio en el área de captación y que necesitaron de ingreso en un Servicio de Psiquiatría durante el primer semestre de 1989. Al no existir sectorización hospitalaria en ese momento, se visitaron todos los hospitales (11, entre públicos y privados) de la Comunidad Autónoma y Navarra donde suelen ser ingresados desde el sector público. Aquí se recogieron toda una serie de variables sociodemográficas, clínicas y administrativas que fueron completadas con otras (número de contactos previos, profesionales con los que contacta y tipo de prestación recibida) en el grupo de los pacientes con historia clínica en el Centro.

De los 89 ingresos censados, 67 se realizan por 54 personas con H.<sup>a</sup> clínica previa en el C.S.M. (que pudieron ingresar una o más veces). De estos, retiramos 3 casos que en esos momentos eran atendidos en el Hospital de Día y que inflarían desproporcionadamente los contactos medios por su asistencia diaria.

En estos 51 pacientes, se estudiaron los contactos asistenciales mantenidos con el C.S.M. durante los 3 y 6 meses anteriores a su ingreso. Para ello, se computaron, por una parte, el número total de días que el paciente se pone en relación con el servicio, y por otra, el número total de prestaciones (estas eran superiores al número total de "días", por ejemplo si se realiza una prestación individual y otra social en la misma fecha). Por último, se retiraron los contactos que tienen

lugar el mismo día del ingreso, para evitar que entren en el estudio aquellas intervenciones del Centro dirigidas a tramitar una cama de ingreso y que podemos considerar como fundamentalmente administrativas y en ningún caso preventivas del propio ingreso.

En los primeros análisis estadísticos realizados, se observaron medias mensuales similares en los contactos para los 3 y 6 meses previos al ingreso. Además podemos presuponer que un mayor valor tendrán los contactos más inmediatos a la hora de atajar una crisis. Por estas razones, solo presentaremos los datos referentes a los 3 meses previos al ingreso.

Por otra parte, se estudiaron los contactos medios trimestrales de la totalidad del C.S.M., primero incluyendo las primeras consultas y luego excluyéndolas. Las primeras consultas disminuirán los contactos medios, la mayoría de ellas se realizan habiendo transcurrido cierto tiempo de la fecha de inicio del estudio, no teniendo entonces todo un trimestre para que se computen sus contactos.

Posteriormente, se diseñó un estudio caso-control emparejado donde toda una serie de variables relevantes eran controladas. Para ello, por cada ingreso observado se buscó un control entre el resto de pacientes con H.<sup>a</sup> clínica en el C.S.M., que no estuvieran en tratamiento por el H. de D. y que no haya ingresado durante el año 1989 ni 6 meses antes.

El "Control" se emparejó con cada "Caso", debiendo reunir las mismas características en cuanto: a) Sexo. b) Edad ( $\pm$  5 años). c) Estado civil (solt., cas., sep., y viu.). d) Número de Historia ( $\pm$  250 =  $\pm$  6 meses, como forma de controlar el tiempo de tratamiento previo en el C.S.M. e) Municipio de residencia (encontramos con anterioridad, cierta relación entre el lugar de residencia y tiempos de hospitalización) (15,16). f) Diagnóstico (haciendo coincidir los tres primeros dígitos de la C.I.E. 9 de la O.M.S.).

De esta forma se consiguen controles para establecer 48 parejas. 3 casos debidos a lo infrecuente de su diagnóstico de alta hospitalaria no pudieron ser emparejados.

En estos controles se recogieron los contactos durante 3 meses antes, tomando como fecha aleatoria de corte la misma que la de ingreso de su caso. Necesitando un punto de corte artificial, hemos elegido este al considerar que de esta forma se conseguía neutralizar posibles referencias temporales en cuanto a la disponibilidad asistencial del S.C.M. (por ejemplo, existirían más contactos en un mes con pocas fiestas que en aquel que coincidan las vacaciones de Pascua).

Como posibles limitaciones en el estudio, hemos de señalar que no en todas las parejas se cumplen con extremo rigor los criterios de emparejamiento, dado el gran número de variables a controlar. Existen algunos controles cuyo número de historia sobrepasa la diferencia marcada de 250, en alguna ocasión municipios pequeños se han emparejado por su carácter rural y el estado civil en algún caso se ha controlado bajo el concepto de "sin convivencia". Preferimos hacerlo así al no ser muchos por cada variable y evitar de esta forma perder casos para el análisis posterior.

Existe también la posibilidad de que un reducido número de personas, fundamentalmente aquellas en las que no se recogen contactos, pudiera haber seguido tratamiento ambulatorio de forma privada a pesar de tener historia clínica

en el C.S.M. Esto, no parece ser una realidad frecuente y en todo caso estaría por igual representado tanto en los casos como en controles, al encontrarse las mismas proporciones en ambos grupos.

### RESULTADOS OBTENIDOS

#### Comparación entre los contactos medios del C.S.M. y los observados en los ingresos.

Los contactos medios totales del C.S.M. durante el primer trimestre de 1989 pueden verse en la Tabla I.

Los contactos medios de los 51 ingresos a estudio, durante los 3 meses previos a su hospitalización, se recogen en la Tabla II. De los 51 ingresos, 20 (39,2%) no presentan contactos en el trimestre anterior. Estos últimos, estarían asociados a un mayor riesgo de ingreso por otras vías que no sea

el C.S.M. (Tabla III), debiendo tenerlo en cuenta a la hora de entender el fenómeno del ingreso de urgencia que estudiamos en otro momento (17) sin considerar esta variable.

Compararemos ahora los contactos de los 31 ingresos (con contactos), con la media observada el primer trimestre en el C.S.M. (Tabla IV). No se encuentran diferencias significativas si lo hacemos únicamente teniendo en cuenta los pacientes antiguos del C.S.M. La diferencia se acerca a la significación ( $0,1 > P > 0,05$ ) si consideramos además las 1.ª consultas.

Conocemos también el tipo de agente sanitario que realiza el contacto, además del tipo de prestación que se lleva a cabo. Comparando los datos de los ingresos con el de la media total del C.S.M. (Tablas V y VI), encontramos que los ingresos son vistos un mayor número de veces de lo esperado por un médico ( $P < 0,02$ ).

En cuanto al tipo de prestación, no se encuentran diferencias significativas con el resto de pacientes, aunque parece existir una tendencia hacia un ligero mayor número de contactos individuales y familiares ( $0,1 > P > 0,05$ )

TABLA I

PACIENTES, CON ALGUN CONTACTO, ATENDIDOS DURANTE EL 1.º TRIMESTRE DE 1989. MEDIDA DE CONTACTOS POR PACIENTE EN ESE TRIMESTRE.

	Pacientes de ambulatorio y toxicomanías			H.D.
	Antiguos (1.º contacto antes de 1989)	1.ª consultas	totales	total
N.º de personas	466	159	625	16
Contactos	6,39	—	5,84	62,06

TABLA II

DIAS DE CONTACTO Y CONTACTOS MEDIOS DE LOS INGRESOS (EN LOS 3 MESES ANTERIORES)

	Media de días de contacto	Media de contactos
51 ingresos totales (20 no tienen contacto alguno)	4,14	4,88 (d.e. = 6,41)
31 ingresos con algún contacto en 3 meses previos	6,81	8,03 (d.e. = 6,51)

d.e. = desviación estándar

TABLA III

VIA DE INGRESO, SEGUN SI EXISTE CONTACTO CON EL C.S.M. EN LOS 3 MESES PREVIOS O NO.

	Con contacto en 3 meses previos	Sin contacto en 3 meses previos
Ingresos por C.S.M.	20	3
Ingresos otras vías	11	17

Chi² = 10.122 Grados de libertad = 1 P = 0,001465

TABLA IV

COMPARACION ENTRE LA MEDIA DE CONTACTOS EN LOS INGRESOS Y LOS PACIENTES DEL C.S.M. (PACIENTES TOTALES Y SIN 1.ª CONSULTAS)

Pacientes totales del C.S.M.	31 ingresos con contactos	T	G.L.	P
5,84	8,03	1,87	30	0,1 > P > 0,05
Pacientes del C.S.M. sin 1.ª consultas	31 ingresos con contacto	T	G.L.	P
6,39	8,03	1,40	30	> 0,1

T = t test (comparación de medias conocidas y de la población)  
 G.L. = Grados de libertad.  
 P = Probabilidad.

TABLA V

COMPARACION DE CONTACTOS MEDIOS (POR AGENTE) ENTRE LOS INGRESOS Y LAS MEDIAS DE LA TOTALIDAD DEL C.S.M.

	Ingresos	C.S.M.	T	G.L.	P
Médico	6,26	3,91	2,17	30	0,0189
Psicólogo	0,65	0,96	0,57	30	0,2856
Enfermero	0,48	0,53	0,28	30	0,3917
A. Social	0,65	0,44	0,74	30	0,2319

T = test (comparación de medias conocidas y de la población)  
 G.L. = Grados de libertad. P = Probabilidad

TABLA VI

COMPARACION DE CONTACTOS MEDIOS (POR TIPO DE PRESTACION) ENTRE LOS INGRESOS Y LAS MEDIAS DE LA TOTALIDAD DEL C.S.M.

	Ingresos	C.S.M.	T	G.L.	P
Individual	4,71	3,56	1,42	30	0,0831
Social	0,68	0,40	1,26	30	0,1079
Enfermería	0,42	0,23	1,19	30	0,1217
Grupo	1,10	0,92	0,33	30	0,3723
Familia	0,81	0,40	1,47	30	0,0756
No acude	0,32	0,36	0,32	30	0,3759

T = t test (comparación de medidas conocidas y de la población) G.L. = grados de libertad. P = Probabilidad.

*Estudio Caso-Control emparejado*

Tal y como se describió en el apartado anterior, se encontraron 48 pacientes que reunían las características necesari-

rias para su emparejamiento con otros tantos pacientes que necesitaron ingresar.

En ambos grupos aparece una proporción similar de pacientes sin contacto alguno en los 3 meses previos ( $\pm 39\%$ ).

Comparando los dos grupos (Tabla VII), encontramos un número mayor de días en contacto y prestaciones en el grupo de ingresados. Esta diferencia no llega a ser significativa para los días, acercándose a ella teniendo en cuenta únicamente el número de prestaciones (P = 0,054).

Si hacemos la comparación por tipo de agente y prestación (Tabla VIII), la mayor diferencia la encontramos para las intervenciones médicas de los pacientes que acaban ingresando. Sin llegar a la significación estadística, este grupo tiene una media superior de contactos médicos, sin grandes

diferencias en el resto de agentes o tipo de prestación.

Para comparar todo lo anterior con la totalidad del C.S.M., hallaremos las medias de los casos y controles que tengan algún contacto en los 3 meses anteriores (Tabla IX).

La media de contactos de los pacientes que ingresan es mayor que la de los controles y del C.S.M. Esta diferencia, como vimos, es debida sobre todo a los contactos médicos, y quizás a los tipos individual y familiar. Para los controles (patologías graves) las medias observadas son similares, incluso inferiores, a la media total del C.S.M.

TABLA VII

COMPARACION DE DIAS EN CONTACTO Y PRESTACIONES MEDIAS ENTRE CASOS Y CONTROLES

	51 casos	48 controles	T	G.L.	P
N.º con contacto	31	29	—	—	—
Media de días	4,14	3,31	1,1288	47	0,1323
Media prestacio.	4,88	3,48	1,6382	47	0,0540

T = t test (diferencia de medias emparejadas)  
G.L. = Grados de libertad. P = Probabilidad

TABLA VIII

COMPARACION DE CONTACTOS MEDIOS, SEGUN TIPO DE AGENTE Y PRESTACION, ENTRE CASOS Y CONTROLES

	51 casos	48 controles	T	G.L.	P
Agentes					
Medico	3,80	2,81	1,2726	47	0,1047
Psicólogo	0,39	0,33			
Enfermero	0,29	0,23			
A. Social	0,39	0,10			
Prestaciones					
Individual	2,86	2,27	1,0775	47	0,1434
Grupo	0,67	0,71			
Familia	0,49	0,21			
Social	0,41	0,08			
Enfermería	0,25	0,10			
No acude	0,20	0,10			

T = t test (diferencia de medias emparejadas)  
G.L. = Grados de libertad. P = Probabilidad

TABLA IX

CONTACTOS MEDIOS DE CASOS Y CONTROLES (CON ALGUN CONTACTO) Y C.S.M.

	31 casos	29 controles	C.S.M.
Médico	6,26	4,66	3,91
Otros agentes	1,77	1,10	1,93
Total	8,03	5,76	5,84
Individual	4,71	3,76	3,56
Otras prestaciones	3,32	2,00	2,30

DISCUSION DE RESULTADOS

Contando con una de las más altas tasas conocidas de Vizcaya en contactos ambulatorios por paciente, tal y como se reflejó en el registro de casos del Gobierno Vasco (13), encontramos una baja proporción de contactos para pacientes graves. Si para la totalidad del C.S.M. resulta difícil proyectar una media ideal, sin duda que para pacientes que acaban ingresando, una media de 8 contactos en 3 meses nos parece muy alejada de ese ideal.

Existe un alto número de personas (39%), que a pesar de encontrarse en crisis no llegan a contactar con el C.S.M. debiendo ser hospitalizados. Esto sostiene la existencia del llamado "paciente difícil", reticente al tratamiento ambulatorio (18,19,20,21,22). Sin embargo, en nuestro caso, no encontramos que la interrupción del tratamiento esté asociada a un mayor riesgo de ingreso, al reconocer una proporción similar de interrupciones de tratamiento en los controles con parecidas características diagnósticas y sociodemográficas.

La falta de contactos si está asociado a un mayor riesgo de ingreso por otras vías diferentes al C.S.M. Por esta razón, parece difícil que los ingresos del área puedan ser disminuidos mientras estos pacientes no estén vinculados al C.S.M. y exista una mayor coordinación intra y extrahospitalaria, sobre todo conociendo que el 70% de los ingresos son realizados por otras vías, tal y como encontramos en estudios anteriores (16,17).

El C.S.M. parece reconocer un cierto riesgo de ingreso en los pacientes, respondiendo con un mayor número de contactos (fundamentalmente de tipo individual y familiar), posiblemente sensible a los modelos de intervención en crisis. Para el resto de los pacientes, dispondría de un número de

contactos algo menor, y similar tanto para pacientes comparables por sus características a los que acaban ingresando como para el grueso restante.

CONCLUSIONES

Con los datos obtenidos, no puede sostenerse la hipótesis de partida (a más contactos, menos ingresos). Los pacientes controles, de igual diagnóstico y características que los ingresos, no se hospitalizan en todo el tiempo marcado para el estudio y tienen un número de contactos inferior.

Es muy posible que otras variables, no estudiadas en la presente investigación, tales como la sintomatología y no diagnóstico, presencia de síntomas positivos y negativos, estructura familiar, etc. pueden ser factores explicativos no controlados. Sería conveniente tenerlas en cuenta en futuras investigaciones sobre el papel preventivo de los contactos asistenciales.

Otro posible interés en futuras investigaciones, y tenido sólo parcialmente en cuenta en esta, sería la "cualidad" y no sólo la "cantidad" de contactos. Por ejemplo, contar con recursos disponibles diariamente (incluso durante horas), visitas domiciliarias con tratamientos farmacológicos monitorizados o grupos de familiares en crisis, es posible que sean más eficaces para la prevención de la hospitalización que la mera consulta ambulatoria en momentos de crisis.

A pesar de la reconocida orientación del Centro en abordajes grupales y familiares, dominan las prestaciones individuales. Es muy posible que todavía se puedan desarrollar otro tipo de encuadres, no estrictamente psicoterapéuticos y más allá del puramente individual e investigar sus repercusiones en cuanto a los ingresos observados.

En relación con lo anterior, y tras constatar una mayor proporción de contactos médicos. En caso de desearse una mayor presencia asistencial del resto de los profesionales de la salud mental, siendo conscientes de que existen diferencias entre el tipo de atención que unos y otros están capacitados para realizar, se podría llevar a cabo aumentando su proporción en las plantillas, pero sobre todo diseñando programas específicos que recayeran sobre su responsabilidad (control de medicación, apoyo domiciliario y social, intervención en crisis, etc.).

Por último, no podemos descartar que las tasas de contacto observadas aún sean bajas para prevenir la hospitalización, necesitándose un mayor número de ellos para reducir los ingresos. En este caso, para investigar esta hipótesis, primero habremos de resolver la incógnita de cómo aumentar la disponibilidad de servicios con una escasez de recursos evidente y saturados en su capacidad asistencial.

BIBLIOGRAFIA

- Schulberg HC. Outcome evaluations in the mental health field. Community Mental Health Journal, 1981; Vol 17 (2): 132-142.
- Neigher WD, Schulberg HC. Evaluating the outcomes of human service programs. A reassessment. Evaluation Review 1982; Vol 6 (6): 731-752.
- Häfner, Heiden W. The evaluation of mental health care systems. Br J Psychiatry 1989; 155: 12-17.
- Jenkins R. Towards a system of outcome indicators for mental health care. Br J Psychiatry 1990; 157: 500-514.
- Lawrence RE, Copas JB, Cooper PW. Community care: Does it reduce the need for psychiatric beds? A comparison of two different styles of service in three hospitals. Br J Psychiatry 1991; 159: 334-340.

6. Gottlieb GL. Quality of care, clinical efficiency and psychiatric care in the U.S.A. *Current Opinion in Psychiatry* 1989; 2: 691-694.
7. Goldstein LS. Genuine managed care in psychiatry. A proposed practice model. *Gen Hosp Psychiatry* 1989; 11: 271-277.
8. Rodríguez AR. Evolutions in utilization and quality management. A crisis for psychiatric services? *Gen Hosp Psychiatry* 1989; 11: 256-263.
9. García Gonzalez J, Aparicio Basauri V. Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Servicio de publicaciones del Principado de Asturias. 1990.
10. Klerman GL. Trend in utilization of mental health services. Perspectives for health services research. *Medical Care* 1985; 23: 584-597.
11. Häfner H. Do we still need beds for psychiatric patients? An analysis of changing patterns of mental health care. *Acta psychiatr scand* 1987; 75: 113-126.
12. Hansson L. Utilization of psychiatric inpatient care. A study of changes related to the introduction of a sectorized care organization. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 571-578.
13. Aparicio MA, Asua J, Goiriena MD. Registro de casos psiquiátricos 1989. (Avance de resultados). Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco.
14. Martínez Azumendi O, Beitia M. Análisis y evaluación del ingreso psiquiátrico en el área de Uribe Costa. *Gaceta Médica de Bilbao*, 1991; 88 n.º 1: 11-16.
15. Martínez Azumendi O, Ballesteros J, Ylla L. Análisis de regresión logística de los tiempos de hospitalización de un determinado área de población. *Rev Asoc Esp. Neuropsiquiatría* 1991, n.º 38, pp. 167-172.
16. Martínez Azumendi O, Beitia M, Ballesteros J. Ingreso psiquiátrico. Análisis del tiempo de hospitalización y flujos entre C.S.M. y hospital. *Psiquis* (En prensa).
17. Martínez Azumendi O, Ylla L, Ballesteros J. Centro de salud mental y hospital psiquiátrico (y II). Iniciativa de ingreso. *Anales de Psiquiatría* 1990; Vol 6 n.º 10 pp 413-417.
18. Bachrach LL, Talbott JA, Meyerson AT. The chronic psychiatric patient as a difficult patient: a conceptual analysis. En Meyerson AT (Ed) *Barriers to treating the chronic mentally ill. New directions for mental health services*, n.º 33. San Francisco: Jossey-Bass, Spring 1987; 35-50.
19. Avison WR, Speechley KN. The discharged psychiatric patient: a review of social, social-psychological, and psychiatric correlates of outcome. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1. 10-18.
20. Braun P, Kochansky G, Shapiro R, et als. Overview: deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. *Am J Psychiatry* 1981; 736-749.
21. Perris C, Rodhe K, Palm A, et als, Fully integrated in - and out-patient services in a psychiatric sector. *Soc Psychiatry* 1985; 20 60-69.
22. Martínez Azumendi O, Ballesteros J, Ylla L. Continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria. Evaluación de su existencia en un area determinada. *Psicopatología* 1991; Vol11 (1): 32-35.