

## Programa de tratamiento intensivo en la comunidad para pacientes de alto riesgo

**RESUMEN:** Se presenta un programa de tratamiento intensivo en la comunidad para un grupo de pacientes con una alta tasa de recaídas y hospitalizaciones, basado en un modelo de Tratamiento Asertivo en la Comunidad y de Gestión de Casos. Durante un periodo igual de tiempo, la evolución de los pacientes antes y después de su ingreso en el programa, se ha encontrado una reducción importante tanto en el número de reingresos como en las estancias medias de dichos ingresos. También se han obtenido datos favorables tanto en la reinserción laboral como en la satisfacción de los propios usuarios.

**PALABRAS CLAVE:** Tratamientos asertivos, Rehospitalización psiquiátrica, Nuevos crónicos, Esquizofrenia: Intervención intensiva.

**SUMMARY:** The purpose of this paper is to show an intensive program of treatment for a group of patients with multiples relapses readmissions to the hospital based in a model of Assertive Community Treatment and Case Management. We found a reduction of number of readmissions and a shorter average in hospital after joining the program. Favourable results were also obtained as to employment and individual satisfaction as to the treatment.

**KEY WORDS:** Assertive Treatments, Psychiatric Readmissions, New Chronics, Schizophrenia: Intensive Intervention.

La expansión y desarrollo de un modelo asistencial que ha sustituido al hospital como eje central en la provisión de servicios por un modelo descentralizado basado en la comunidad, no sólo ha reducido drásticamente el número de camas psiquiátricas sino que también ha modificado el patrón de utilización de estos servicios. En relación con la atención de algunos trastornos graves y persistentes (esquizofrenias y algunas otras formas de psicosis, algunos tipos de trastornos de personalidad, ciertos trastornos mentales orgánicos), cada vez se nos está haciendo más evidente la existencia de un grupo de pacientes que, aunque no resulta ser muy numeroso, produce un gran consumo de servicios, distorsiona el funcionamiento normal de los dispositivos y pone al límite la capacidad de contención de los recursos sociales y familiares que soportan sus casos.

La literatura los identifica como grandes consumidores de servicios (*heavy users*) (1) o pacientes con necesidad de atención continuada (*continuing care patient*) (2, 3), y constituyen un foco de atención emergente para los administradores y planificadores de Servicios de Salud Mental. Aunque se han utilizado distintas definiciones operativas para identificar a este grupo de pacientes (Tabla 1), todas ellas destacan el alto número de readmisiones hospitalarias, el bajo cumplimiento del tratamiento y la escasa adherencia a los servicios asistenciales (4, 5). Cuantitativamente su número es relativamente pequeño, Casper y Pastva dan una cifra entre un 7 y un 18% del total de los pacientes que se atienden, pero sólo en

relación con las unidades de hospitalización acumulan más de un tercio del total de los ingresos que se registran al año (6).

No constituyen un grupo homogéneo respecto a sus características sociodemográficas (7, 8) aunque pueden distinguirse varios subgrupos (9). Clínicamente predomina el diagnóstico de esquizofrenia u otras formas de psicosis (10), pero también destacan ciertos trastornos de personalidad con mala respuesta al tratamiento y con problemas de conducta asociados o consumo de tóxicos (11). La cronicidad es otro factor relacionado con este grupo de pacientes, sobre todo aquellos antiguos crónicos salidos de los hospitales psiquiátricos sin unos soportes adecuados (12). Finalmente, también se han señalado diversos factores sociales que condicionan situaciones estresantes de vida para los pacientes y producen frecuentes recaídas y reingresos (13, 14).

### *Metodología*

El trabajo se ha realizado en el Área Sanitaria I de la provincia de Málaga, que atiende una población de unos 500.000 habitantes con un servicio psiquiátrico sectorizado de orientación comunitaria compuesto por cuatro equipos de salud mental de adultos y uno infantojuvenil, que cubren distritos de entre 100 y 150.000 habitantes. Las hospitalizaciones se realizan en una unidad de psiquiatría integrada en el hospital general del Área de referencia. No existen camas de larga estancia al haber sido clausurado el antiguo Hospital Psiquiátrico desde 1984. Existe un Equipo de Rehabilitación que da asistencia y apoyo a una serie de pacientes crónicos que salieron del hospital cuando éste fue clausurado.

A raíz del elevado número de reingresos que se iba produciendo en la unidad de hospitalización y que un alto porcentaje de los mismos venía siendo producidos por un grupo de pacientes, se determinó realizar un tipo de intervención específica sobre ellos.

Desde enero de 1992 se creó una comisión de profesionales de salud mental del área que se propuso identificar el perfil de este tipo de pacientes con un elevado número de reingresos y un mal ajuste con el plan de tratamiento estándar que se ofertaba desde los centros de salud mental, que consistía básicamente en visitas regulares a consulta en el centro con un facultativo, apoyo de enfermería y hospitalización en una unidad de agudos en caso de descompensación que requiera ingreso. En uno de los equipos existía también un programa de día que funcionaba en horario de mañana atendido por enfermería.

Para determinar las características de este grupo de pacientes se utilizaron las tres dimensiones referidas por Goldman (15) respecto a poblaciones psiquiátricas con necesidad de atención continuada: a) recidivismo; b) gravedad diagnóstica, c)

## ORIGINALES Y REVISIONES

grave limitación funcional. A partir de estas tres dimensiones se operativizaron unos criterios que debían cumplir los pacientes para entrar en el programa. (Tabla 2) en donde al *recidivismo* se le atribuían tres o más ingresos en el último año; *gravidad diagnóstica* a la esquizofrenia, el trastorno afectivo mayor, el trastorno mental orgánico, o el trastorno personalidad grave; y a la *limitación funcional* la carencia de soporte familiar; y el moderado o grave deterioro en el funcionamiento individual y/o social.

Cualquier paciente con edad comprendida entre los 18 y los 65 años que reuniera estos criterios podía ser remitido al Programa de Tratamiento Integrado en la Comunidad (PTIC), desde la unidad de hospitalización o desde sus propios equipos de referencia. Se excluyeron aquellos pacientes con diagnóstico de Abuso de alcohol o dependencia de drogas como diagnóstico principal.

### *Programa de Tratamiento Integrado en la Comunidad*

En los últimos 20 años se han presentado numerosos estudios controlados comparando el tratamiento de trastornos mentales graves (Esquizofrenias, Trastornos Afectivos y otras Psicosis) en la comunidad *versus* hospital (16, 17, 18, 19, 20, 21).

De entre todos ellos, quizás destaquen tres experiencias, que, aunque alejadas en la distancia, comparten la misma filosofía y con un modelo de servicios similar obtienen unos resultados alentadores. Sobre todo de cara a la efectividad del tratamiento medida por el número de reingresos, funcionamiento global y satisfacción de los usuarios.

Los trabajos de Stein and Test en Madison, 1980 (17), Houlton en Sidney, 1983 (19), y el más reciente de Marks and Connolly en Londres, 1990 (21), ofrecen los elementos esenciales de lo que debe ser un programa de tratamiento en la comunidad para pacientes graves.

Tomando como ejemplo estos programas se desarrolló el *Programa de Tratamiento Intensivo en la Comunidad* (PTIC), dirigido a aquellos pacientes que por sus propias características o por su mala respuesta al tratamiento reunían los criterios arriba indicados.

Los objetivos principales del programa eran:

- a) ofrecer un servicio integral de atención y cuidados a estos pacientes en la comunidad.
- b) garantizar la continuidad de la asistencia y la toma a cargo de todas sus necesidades.

El equipo estaba compuesto por un psiquiatra con funciones de coordinador,

dos psicólogos, una trabajadora social, una enfermera, un terapeuta ocupacional, cinco monitores y cinco auxiliares psiquiátricos.

El PTIC comprendía los siguientes elementos:

1. Clínica o consulta programada, donde se realizaba el seguimiento clínico de los pacientes, integrada en un hospital general y anexa al centro de día.

2. Centro de día, con tres talleres terapéuticos donde se fomentaban las habilidades vocacionales y se preparaba a los pacientes para cursos de formación laboral o para puestos de empleo protegido. Funcionaba con horario de mañana cinco días a la semana.

3. Red de alojamientos donde los pacientes residían con distintos grados de supervisión, que incluían tres hogares protegidos, pisos asistidos, pisos autónomos y una pensión. En estos alojamientos se llevaba a cabo un entrenamiento en vivo sobre habilidades y resolución de problemas de la vida cotidiana, a cargo de los monitores y auxiliares que asistían la red de pisos.

4. Club psicosocial con servicio de comedor, abierto siete días a la semana, desde el mediodía hasta la noche, donde los pacientes pueden ir a realizar sus comidas, participar en actividades de ocio y tiempo libre, o simplemente a estar allí para relacionarse con el personal o con otros pacientes.

5. Servicio de atención a las crisis con accesibilidad al servicio de urgencias psiquiátricas del hospital las veinticuatro horas del día. Esto se realiza a través del equipo terapéutico durante la jornada laboral atendiendo *in situ* las crisis y por medio del personal que asiste la red de alojamientos con o sin asesoramiento telefónico por parte del *staff*.

El plan de tratamiento se basaba en los siguientes principios:

a) Programa individualizado en base a las necesidades del paciente, incluyendo: medicación; salud física y autocuidados; alojamiento; finanzas; socialización; ocupación laboral; defensa legal.

b) Orientación del caso hacia el problema. Sin restar importancia a la medicación, el trabajo con el paciente se dirige más a la resolución práctica de los problemas que a la supresión de los síntomas clínicos. Se evalúa su situación y se pactan objetivos buscando modos alternativos de funcionamiento que le ayuden más eficazmente a superar sus problemas.

c) Asignación de un responsable o gestor del paciente (*case manager*) que se ocupará de coordinar y garantizar todo el plan de tratamiento en ese caso concreto, monitorizando las intervenciones que se hagan y realizando los reajustes que sean necesarios.

d) Actitud asertiva en el seguimiento de estos pacientes. La mayoría de ellos se muestran inicialmente poco motivados cuando no opuestos a seguir cualquier plan de tratamiento y son frecuentes el incumplimiento o el abandono del mismo. Es por ello que se debe adoptar una estrategia activa y perseverante en conseguir la

## ORIGINALES Y REVISIONES

colaboración del paciente mostrándole las ventajas reales y concretas de estar en el programa y no esperar a su propia iniciativa para demandar nuestra ayuda.

e) Apoyo en las crisis. La continuidad de los cuidados constituye uno de los pilares del programa, y el momento de las crisis, que muchas veces acaban en la hospitalización, constituye una de las circunstancias que a menudo rompen la continuidad del proceso terapéutico, ya que si se produce el ingreso, éste se realiza en una unidad del hospital donde unos profesionales diferentes se hacen cargo del caso. En el PTIC aunque la toma a cargo del paciente la realizaran el *staff* de la unidad de hospitalización, su gestor de caso o miembro del equipo encargado del caso se comprometía a implicarse activamente con el terapeuta de la unidad tanto en la resolución de la crisis como en su plan de alta.

Para evaluar la evolución y los resultados del programa se han tomado como indicadores en base a otros estudios similares:

1. El número de reingresos.
2. Las estancias o días de hospitalización de dichos ingresos.
3. Ocupación laboral.
4. Satisfacción del propio usuario.

En relación con los datos de hospitalización y de ocupación laboral se ha comparado la evolución del paciente antes y después de entrar en el programa tomando un periodo de tiempo equivalente anterior y posterior a su incorporación al programa. Para conocer la impresión global de sus familiares se realizó una pequeña entrevista con aquellos que mantuvieran un contacto regular con ellos. La opinión de los usuarios se obtuvo preguntándoles sobre su satisfacción antes y después de entrar en el programa.

### Resultados

#### a) Características de la muestra (Tabla 3)

Desde el comienzo del año 1992 hasta finales del 1995 han sido admitidos un total de 79 pacientes (56 hombres y 23 mujeres) al programa. De ellos 26 (17 hombres y 9 mujeres) lo abandonaron a lo largo de su desarrollo, principalmente en los primeros 6 meses de su incorporación. Del total de pacientes sobre los que se ha realizado el seguimiento, existen 17 que llevan un año en el programa, 12 que llevan 2 años, 11 con tres años y otros 13 que completan los 4 años de seguimiento.

La edad media del grupo fue de 38 años (37,4 para los hombres y 39,4 para las mujeres). El 87% (N=69) eran solteros, el 8,8% casados (N=7) y el 3,7% (N=3) separados. Respecto al diagnóstico predominaron las esquizofrenias 72,1% (N=57), seguidas de los Trastornos Afectivos Bipolares 14% (N=11), Trastornos

de la Personalidad 6,3% (N=5), Trastornos Mentales Orgánicos 3,7% (N=3) y Trastornos Obsesivos 3,7% (N=3).

b) Utilización del hospital (Gráficos 1, 2 y 3)

Como en la mayoría de otros estudios realizados que comparan el uso de la hospitalización en pacientes tratados con un sistema tipo de servicios basado en consultas en régimen ambulatorio e ingresos en el hospital de referencia frente a programas asertivos en la comunidad, los pacientes adscritos al PTIC redujeron el número de hospitalizaciones totales de 179 en los años previos a la entrada en el programa a 47 tras su incorporación, lo que supone una reducción del 74% en el número de ingresos. Respecto al tiempo que los pacientes pasaron en el hospital, no sólo se observó una importante reducción en el número total de estancias, de 4.986 a 932, que podrían explicarse por el menor número de ingresos, sino que también se redujo el tiempo medio de estancias por ingreso que pasó desde 27,85 días por ingreso antes de entrar en el programa a 18,82 días después de permanecer en el mismo. También puede observarse que dentro del grupo de pacientes que permaneció en el programa se pasó de una media de 3,37 ingresos por paciente al año a 0,88 ingresos por paciente y año.

c) Ajuste laboral (Gráfico 4)

En relación a la actividad laboral, ninguno de los pacientes que componían la muestra realizaba actividad alguna en los años anteriores a su entrada en el programa. Tras su inclusión en el programa 2 (3,7%) obtuvieron un empleo normalizado, otros 6 (11,3%) trabajan en un empleo protegido y 31 (58,4%) acuden regularmente a talleres ocupacionales. Finalmente hay 14 (26,4%) que no han conseguido desarrollar ninguna actividad ocupacional de forma regular.

d) Satisfacción de los usuarios del programa (Gráfico 5)

En relación con el grado de satisfacción de los pacientes de estar en el programa, 9 (17%) se mostraron muy satisfechos, 31 (58,4%) satisfechos, 10 (18,8%) poco satisfechos y 3 (5,6%) nada satisfechos.

### *Discusión*

Las características sociodemográficas halladas en nuestra muestra no se apartan mucho de las de otros trabajos que tratan de identificar el perfil de estos pacientes que consumen gran número de servicios y repiten un patrón de entradas y

salidas de las unidades de hospitalización: varones en sus dos terceras partes, solteros con una edad en torno a los 35 años, sin ocupación laboral, con una evolución de unos diez años de enfermedad y con un diagnóstico formado principalmente por Esquizofrenias y Trastornos Mayores de la Afectividad (10, 22), aunque también destacan los Trastornos de la Personalidad (11). Dentro de estas características, algunos autores han distinguido mediante análisis factoriales varios subgrupos. Casper and Donaldson (23) han encontrado seis subgrupos revisando varias muestras, compartiendo todas ellas el mismo patrón elevado de uso de servicios, especialmente las unidades de hospitalización.

La influencia de los factores sociales sobre el fenómeno del recidivismo también han sido señaladas por diferentes autores (24, 25, 26, 27), destacando la calidad y el tamaño del grupo primario de soporte del paciente así como la importancia de factores ambientales tales como el alojamiento, la financiación o las oportunidades de relación social o de ocupación laboral. En nuestro programa el soporte social constituía uno de los elementos intrínsecos del mismo, al ofrecer una gama de alternativas residenciales y facilidades de ocupación laboral así como la participación en actividades recreativas y de tiempo libre.

La utilización del hospital ha sido el factor más estudiado por todos los autores que comparan los modelos de tratamiento asertivo o de *case management* con el modelo común de tratamiento en la comunidad (17, 18, 19). Algunos autores han encontrado similar número de reingresos pero menor tiempo medio de estancias para aquellos pacientes tratados por modelos asertivos o de *case management* (DLP) (28), otros también han encontrado una reducción del número de reingresos (29), como ha sido nuestro caso, pero en general todos los estudios destacan una disminución en el uso del hospital por los pacientes tratados en estos programas (30). Se ha relacionado el acortamiento de las estancias durante los ingresos con el hecho de que miembros del equipo se coordinen con el personal de la unidad de hospitalización en el tratamiento y en el plan de alta de los pacientes del programa de forma que al garantizar su seguimiento se consiga más precozmente su salida del hospital.

En nuestra muestra, puede observarse que el grupo de pacientes que lleva 2 y 3 años de seguimiento en el programa son los que habían acumulado más ingresos previos, 57 y 53 respectivamente, siendo también los dos grupos que registraron mayor número de reingresos a lo largo del seguimiento, 14 y 15 respectivamente. No se ha encontrado ninguna relación significativa entre tiempo de permanencia en el programa y reducción del número de ingresos aunque sí se ha visto una tendencia a la disminución del tiempo medio de estancia a medida que el paciente permanece más tiempo en el programa. Estos datos coinciden también con los encontrados por Marks y Connolly en el DLP de Londres (21). Hadley y asociados estudiando una muestra de 3.498 repetidores o altos frecuentadores de

los servicios en tres lugares diferentes (10), encontró que sólo un 33,6% de ellos lo eran de forma consistente a lo largo de varios años, concentrándose el recidivismo en años adyacentes. Asimismo, Casper (22), en un estudio de seguimiento de los reingresos producidos durante seis años en ocho hospitales psiquiátricos, describe una línea descendente de reingresos entre este grupo, pasando desde un 43% de readmisiones durante el primer año a un 24% en el sexto. Algunos autores (31, 32) han argumentado que la reducción del uso del hospital es a costa de la sobreutilización de otros servicios (urgencias, servicios residenciales, consultas ambulatorias, etc). Esto puede que sea cierto, pero no hay que olvidar que los Programas de Tratamiento Asertivo en la Comunidad persiguen un mayor contacto con los pacientes de manera que se garantice la continuidad de cuidados y la satisfacción de sus necesidades básicas para vivir en la comunidad. De otra forma, es cuando aparece el hospital como único recurso, que, de forma global, cubre todas esas necesidades.

Aunque tanto los familiares como los propios pacientes mostraron su satisfacción con el programa al ser entrevistados, quizás el mejor indicador de satisfacción se vea reflejado en el alto porcentaje de retención de pacientes en el programa, con sólo un 32% de abandonos a lo largo de los 4 años de seguimiento desde sus comienzos, teniendo en cuenta que era un grupo que por sus características presentaba una alta tasa de abandonos del tratamiento y una escasa adherencia a los servicios de salud mental. Por otra parte, el mayor porcentaje de abandonos se ha producido en los 6 primeros meses de incorporación al programa, por lo que puede ser debido a inadecuación en las derivaciones al programa o a una insuficiente adaptación del programa a las características del paciente. Serán necesarios nuevos estudios para saber cuáles son las características de estos pacientes y qué aspectos del programa son los que no se adecuan a estos casos.

### *Conclusiones*

1) Existe un grupo de pacientes, definidos en la literatura como pacientes repetidores o altos frecuentadores de los servicios de salud mental, para los que los servicios convencionales comunitarios basados en la atención ambulatoria y la hospitalización durante las crisis han resultado ineficaces, lo que se traduce en una alto número de reingresos y/o unos altos índices de abandono del tratamiento.

2) Deben identificarse las características de aquellos pacientes que fracasan en este modelo *standard* de servicios, y diseñarse estrategias específicas de abordaje para estos casos, que contemplen la provisión de sus múltiples necesidades de tipo médico, psicológico y social, dentro de un plan de tratamiento integral y por un tiempo indefinido.



## ORIGINALES Y REVISIONES

3) Los modelos de tratamiento asertivo en la comunidad y las estrategias de *case management* han demostrado su eficacia sobre todo en la reducción de la utilización del hospital por este grupo de pacientes.

4) Es necesario realizar futuros estudios sobre el impacto de estos modelos de tratamiento asertivo sobre el resto de los servicios para delimitar su tamaño, su coordinación y su adaptación a los lugares concretos donde se desarrollen.

Tabla 1. Características de los pacientes repetidores («high users»). Kent, S., 1996

Autor	Lugar	Tipo de servicio	Muestra	Duración estudio	«High users»	Criterios tomados
Abranowitz (1984)	California (USA)	Unidad de Hospital General	1.919 pacientes	4 años	441	Más de 1 reingreso
Ellison (1989)	Massachussets (USA)	Urgencia de Hospital General	3.835 visitas	6 meses	62	Más de 6 visitas
Evans (1992)	Inglaterra	Unidad Hospital General	573 ingresos	1 año	3	Más de 6 ingresos
Geller (1986)	Massachussets (USA)	Unidad Hospital General	191 pacientes	Censo día	12	Ratio n.º ingresos/edad
Goodpastor (1991)	Texas (USA)	Hospital Psiquiátrico	5.025 pacientes	2 años	207	Más de 3 ingresos
Lavick (1983)	Oslo (Noruega)	Servicio de Distrito	211 pacientes	2 años	24	Más de 60 días de ingreso o más de 200 visitas realizadas
Lewis (1990)	Nueva Zelanda	Servicio de Psiquiatría	7.800 ingresos	5 años	1.060	Más de 4 ingresos
Schanding (1984)	Chicago (USA)	Unidad de Hospital General	632 ingresos	1 año	96	Más de 1 reingreso
Surber (1987)	San Francisco (USA)	Servicio de Urgencias	1.200 pacientes	1 año	99	Más de 3 visitas
Voineskos (1978)	Toronto (Canadá)	Hospital Psiquiátrico	572 pacientes	2 años	78	Más de 3 ingresos
Woogh (1990)	Ontario (Canadá)	Varios Hospitales	7.135 pacientes	3 años	467	Más de 3 ingresos

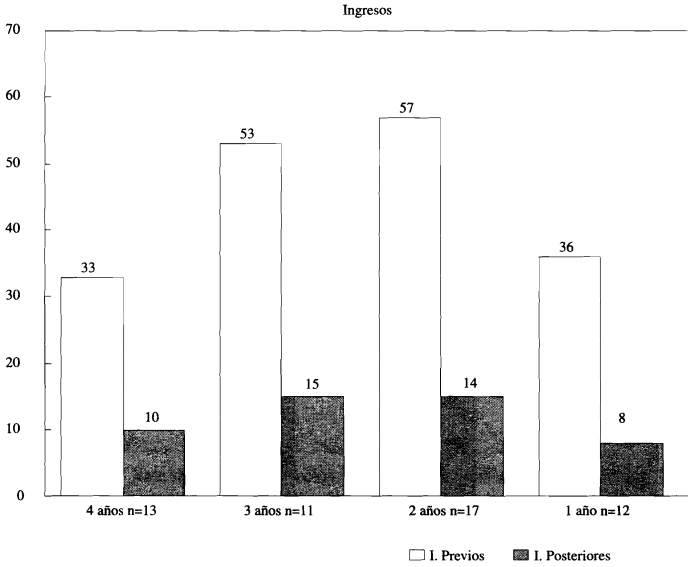
Tabla 2. *Criterios de inclusión en el programa PTIC*

Recidivismo.....	Tres o más ingresos en el último año
Gravedad diagnóstica.....	Esquizofrenia Trastorno Afectivo Mayor Trastorno Mental Orgánico Trastorno Personalidad Grave
Limitación funcional.....	Carencia soporte familiar Moderado o grave deterioro en el funcionamiento individual y/o social

Tabla 3. *Características de la muestra.*

Muestra: N=79 pacientes (100%)	Pacientes en seguimiento	53 (67%)
Sexo	Abandonos	26 (33%)
–Mujeres	23 (29%)	
–Hombres	56 (71%)	
Edad media	Años de permanencia en el programa	
–Mujeres	39,4	* 1 año 17 (22%)
–Hombres	37,4	* 2 años 12 (15%)
		* 3 años 11 (14%)
		* 4 años 13 (16%)
Estado civil		
–Solteros	69 (87%)	
–Casados	7 (9%)	
–Separados	3 (4%)	
Diagnóstico		
–Esquizofrenia	17 (22%)	
–T. Afectivo Bipolar	11 (14%)	
–T. Personalidad	5 (6%)	
–T. Mental Orgánico	3 (3%)	
–T. Obsesivo	3 (3%)	

**Gráfico 1**  
*Ingresos previos y posteriores a la entrada en el programa*



**Gráfico 2**  
*Estancias hospitalarias previas y posteriores a la entrada en el programa*

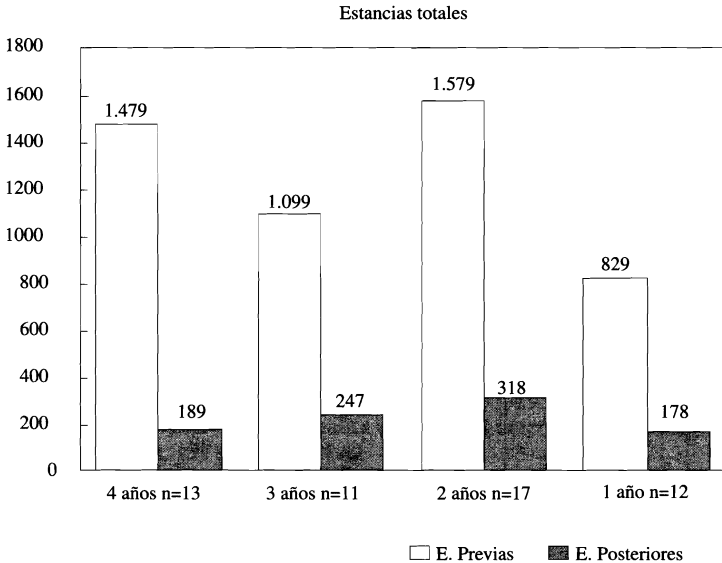


Gráfico 3  
*Estancias medias de las hospitalizaciones previas y posteriores a la entrada en el programa*

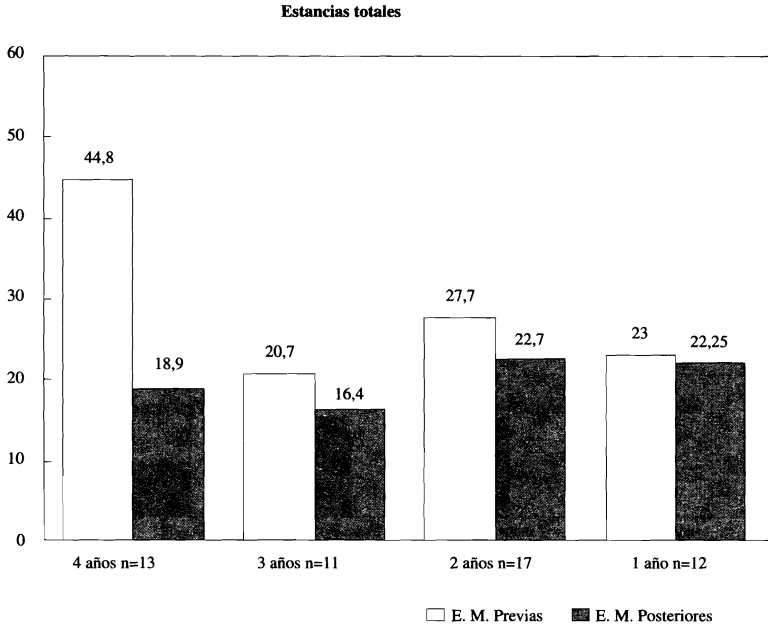


Gráfico 4  
*Ocupación laboral de los pacientes tras su incorporación al programa*

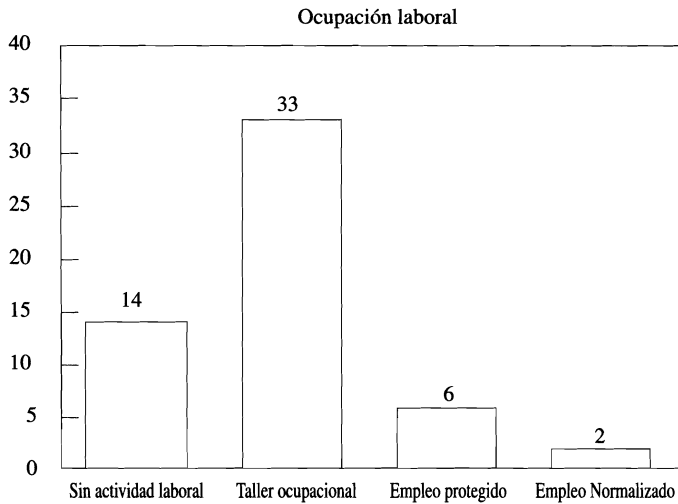


Gráfico 5  
Satisfacción de los pacientes de su permanencia en el programa



## BIBLIOGRAFÍA

- (1) SUZANNE KENT, B. A., y otros, «A review of studies of heavy users of Psychiatric Services», *Psychiatric Services*, 1995, vol. 46, 12, p. 1.247-53.
- (2) MANGEN, S. P., «Continuing care: An emerging issue in European Health Policy», *International Journal of Social Psychiatry*, 1994, 4, pp. 235-245.
- (3) SHULAMIT RAMON, «British approaches to the continuing care client», *International Journal of Social Psychiatry*, 1988, 9, pp. 936-966.
- (4) GREEN, J. H., «Frequent rehospitalization and noncompliance with treatment», *Hospital and Community Psychiatry*, 1988, 9, pp. 963-966.
- (5) GELLER, J. L., «In again, out again: Preliminary evaluation of a State Hospital's Worst Recidivists», *Hospital and Community Psychiatry*, 1986, 4, pp. 386-390.
- (6) CASPER, E. S., «Admission histories, patterns and subgroups of the heavy users of a state psychiatric hospital», *Psychiatric Quarterly*, 1990, 61, pp. 121-135.
- (7) SURBER, R. W., y otros, «Characteristics of high users of acute psychiatric inpatient services», *Hospital and Community Psychiatry*, 1987, 38, pp. 1.112-1.114.
- (8) HAZEL, K. L., «Characteristics of serious high users of acute psychiatric inpatient services», *Hospital and Community Psychiatry*, 1991, 42, pp. 518-525.
- (9) CASPER, E. S., y otros, «Subgroups in the population of frequent users of inpatient psychiatric services», *Hospital and Community Psychiatry*, 1991, 42, pp. 1.166-1.167.
- (10) HADLEY, T. R., y otros, «Identifying and tracking 'heavy users' acute psychiatric inpatient services», *Administration and Policy in Mental Health*, 1992, 19, pp. 279-290.
- (11) REICH, J. H., «Effect of personality disorder on outcome of treatment», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1991, 179, pp. 4-82.
- (12) ROJAS MARCOS, J., «Have general hospitals become chronic care institutions for the mentally ill?», *American Journal of Psychiatry*, 1991, 7, pp. 892-897.
- (13) KENT, S., y otros, «Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization», *Hospital and Community Psychiatry*, 1994, 45, pp. 347-350.

- (14) COYNE, J. C., «Social factors and psychopathology: stress, social support and coping process», *Annual Review of Psychology*, 1991, 42, pp. 401-425.
- (15) GOLDMAN, H., «Epidemiology», en TALBOTT, J. A., *The chronic mental patient, five years later*. Nueva York, Harcourt Brace Jovanovich, 1984.
- (16) PASSAMANICK, y otros, *Schizophrenics in the community*, Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1967.
- (17) STEIN & TEST, «Alternative to mental hospital treatment: A conceptual model, treatment program and clinical evaluation», *Archives of General Psychiatry*, 1980, 37, pp. 392-397.
- (18) FENTON, y otros, «A comparative trial of home and hospital psychiatric treatment: one year of follow up», *Canadian Journal of Psychiatry*, 1982, 27, pp. 177-187.
- (19) HOULT, y otros, «Community oriented treatment compared to psychiatric hospital oriented treatment», *Social Scientific Medicine*, 1984, 18, pp. 1.005-1.010.
- (20) TEAM FOR THE ASSESMENT OF PSYCHIATRIC SERVICES (TAPS), *Better out than in?*, Londres, North East Thame Regional Health Authority, 1990.
- (21) MARKS, y otros, «Home-based versus Hospital-based Care for people with serious mental illness», *British Journal of Psychiatry*, 1994, 165, pp. 179-194.
- (22) CASPER, E. S., y otros, «Readmissions patterns of frequent users of inpatient psychiatric services», *Hospital and Community Psychiatry*, 1994, 42, pp. 1.166-1.167.
- (23) CASPERS, E. S.; DONALDSON, B., «Subgroups in the population of frequent users of inpatient services», *Hospital and Community Psychiatry*, 1990, 41, pp. 189-191.
- (24) FIORE, y otros, «Social network interactions: a buffer or a stress?», *American Journal of Community Psychology*, 1983, 11, pp. 423-440.
- (25) ERIKSON, R. C.; PAIGE, A. B., «Fallacies of using length of stay and return rates as measures of success», *Hospital and Community Psychiatry*, 1973, 34, pp. 559-561.
- (26) KENT, S.; YELOWLEES, P. M., «Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization», *Hospital and Community Psychiatry*, 1994, 45, pp. 347-350.
- (27) HARRIS, M.; BERGMAN, H.; BACHRACH, L., «Psychiatric and non psychiatric indicators for rehospitalization in a chronic patient population», *Hospital and Community Psychiatry*, 1986, 40, pp. 958-960.
- (28) MUIJEN, I. M.; MARKS, J.; CONNOLLY, B., «The Daily Living Programme. Preliminary comparison of Community Versus Hospital-Based treatment for the seriously Mentally Ill facing emergency admission», *British Journal of Psychiatry*, 1992, 160, pp. 379-384.
- (29) BORLAND, A.; MC RAE, J.; LYCAN, C., «Outcome of five years of continuous intensive case management», *Hospital and Community Psychiatry*, 1989, 40, pp. 369-367.
- (30) MARK OLFSO, M. D., «Assertive Community Treatment: An Evaluation of the Experimental Evidence», *Hospital and Community Psychiatry*, 1990, pp. 634-541.
- (31) BOND, G. R., y otros, «A comparison of two crisis houses alternatives to psychiatric hospitalization», *Hospital and Community Psychiatry*, 1989, 40, pp. 177-183.
- (32) SCOTT, J.; DIXON, L., «Assertive Community Treatment and Case Management for Schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 1995, 21, pp. 657-668.

Ponencia presentada en el X Congreso Mundial de Psiquiatría, Madrid, 1996.

\* Fermín Mayoral, Psiquiatra, Coordinador Unidad de Rehabilitación de Área, Servicio de Psiquiatría, Hospital Regional Carlos Haya, Málaga.

*Correspondencia:* Fermín Mayoral, Unidad de Rehabilitación, Servicio de Psiquiatría, Hospital Regional Carlos Haya, Avda. Gálvez Ginachero, s/n, 29009 Málaga.

\*\* Fecha de recepción: 2-XII-1996.