

Estancia media y número de reingresos: Evaluación de la eficacia de dos modelos de intervención en hospitalización breve

Alberto Fernández Liria (*)
Clara M^o Buitrago Gómez (**)
Angel Arribas (***)
Carlos González (***)
Pilar Rico (***)

RESUMEN

Se compara el número de reingresos producidos en un período de 18 meses entre los pacientes que tuvieron su primer contacto con la hospitalización psiquiátrica en dos momentos de la historia de una misma unidad de hospitalización breve caracterizados el primero por un planteamiento del trabajo más próximo al de comunidad terapéutica y una estancia media de 30,5 días y el otro por un planteamiento de atención en la crisis y una estancia media de 15,06. Una vez demostrada la homogeneidad clínica y sociodemográfica de las poblaciones, resulta que al disminuir la estancia media a la mitad el índice de reingresos en el período no sólo no ha aumentado sino que ha disminuido de 0,42 a 0,13. Se concluye que el primer modelo no sólo era menos eficiente, sino que además producía un efecto de hospitalismo y resultaba, en ese marco, perjudicial para el tratamiento ambulatorio de los pacientes.

PALABRAS CLAVE

Hospitalización breve, comunidad terapéutica, atención en la crisis, estancia media, número de reingresos.

SUMMARY

We compare rehospitalization rates in patients with first psychiatric hospitalization contact during two different 18 month moments in the same brief-hospitalization

unit. The first moment was characterized by a **therapeutic community** work model and 30,5 days of length of stay. The second was a **crisis oriented model** and 15,06 days of length of stay. Populations were homogeneous in both clinic and sociodemographic aspects. Rehospitalization index fall from 0,42 to 0,13 (in 18 months) when length of stay was reduced in a half. We conclude that the first model was not only less efficient but deleterious to the communitary management of mental disorders.

KEY WORDS

Brief hospitalización, therapeutic community model, crisis-oriented model, length of stay, rehospitalization index.

El tema del número de camas necesario para atender a una población dada y el de la duración óptima del internamiento, han sido objeto de múltiples trabajos (1-23). Los datos aportados por ellos —cuando han ido más allá de la mera reivindicación corporativa o de la pura exposición de ideologías—, son muy divergentes y escasa o nulumente comparables debido a diferencias cualitativas de las poblaciones a atender y a los diferentes modelos de atención en que se marcan las prestaciones de hospitalización.

Desde que en enero de 1986, los Servicios de Salud Mental del Hospital Psiquiátrico de Leganés, pasaran a formar parte de la red de

(*) *Psiquiatra Coordinador de Programas de los S.S.M.-H.P. de Leganés (Madrid)*
(**) *Psicóloga, S.S.M.-H.P. de Leganés (Madrid)*
(***) *Médico Residente de los S.S.M.-H.P. de Leganés (Madrid)*

atención a la salud mental de la Comunidad Autónoma de Madrid, el nuevo equipo de dirección planteó, respecto a estos dos temas sendos objetivos relacionados entre sí y que a la vista del abanico de datos manejados en la literatura, cabría calificar de radicales (y de hecho, fueron, en su momento tildados de temerarios y poco realistas).

El primero de estos objetivos fue el de atender todas las necesidades de internamiento de la zona sur (con un millón de habitantes) con 30 camas (menos de 1/30.000 habitantes). El segundo —y condición de posibilidad del anterior— fue el de reducir la estancia media (entonces de 30,5 días) a 15 días, haciendo funcionar la Unidad de Urgencias-Hospitalización Breve como parte de un dispositivo en el que el peso del tratamiento reposara sobre los servicios (ambulatorios) de salud mental de los distritos, y cuyo papel en el mismo se redujera a intervenciones muy puntuales centradas en situaciones de crisis y orientadas a la rápida devolución a los servicios comunitarios.

Dichos objetivos entraban en contradicción con buena parte de las ideas y modos de funcionamiento consolidados durante períodos precedentes en la historia de la institución, de funcionamiento en un régimen más próximo al de comunidad terapéutica que al de atención a la crisis, y dieron lugar a una acalorada polémica entre el personal de los servicios. Las objeciones planteadas —y bien fundamentadas— por los críticos de los objetivos señalados, apuntaban o al carácter en su opinión absurdo de plantear unos objetivos que serían, en realidad, imposibles de cumplir, o bien a la supuesta inutilidad de forzar el cumplimiento de los mismos, ya que la reducción de la estancia media (que sólo podría darse, a su modo de ver, en base a altas prematuras) se traduciría inmediatamente en un aumento del número de reingresos.

El trabajo de los servicios de la zona (24) durante 1986, se realizó sobre la base de los objetivos citados y sin apenas cambios del personal que venía atendiendo las diferentes unidades. La primera de las objeciones aludidas quedó refutada por la realidad de que no sólo bastaron las 30 camas para atender las 951 urgencias y 485 ingresos en que se tradujo la demanda de 1986, sino que el índice de ocupación fue del 69,51%, con una estancia media de 15,06 días.

El propósito de este estudio es comprobar si la segunda de las objeciones —que una disminución de la estancia media redundaría en un incremento de los n ingresos y, probablemente, en un aumento del tiempo de

estancia global para cada paciente— era acertada o, por el contrario, y como sostenían los promotores del objetivo de reducción de la estancia media, el funcionamiento en régimen de atención en la crisis, resultaba más adecuado para un trabajo basado en la atención comunitaria y tal incremento de los reingresos no se iba a producir.

MATERIAL Y METODOS

En un intento de trabajar con poblaciones comparables, seleccionamos por un lado todos los pacientes que durante 1985 (estancia media 30,5 días) tuvieron en la unidad de hospitalización breve el primer internamiento psiquiátrico de su vida y por otro, los que lo tuvieron durante 1986 (estancia media 15,06 días).

Se recogieron las variables registradas en la hoja de datos asistenciales que se cumplimenta para todo paciente atendido (sexo, edad, estado civil, distrito sanitario al que pertenece, diagnóstico, tipo de ingreso) y el tiempo de estancia durante el primer ingreso, el número de reingresos y el tiempo total de estancias durante el período de enero de 1985-junio de 1986 para el primer grupo y enero de 1986-junio de 1987 para el segundo.

El estudio pretende comprobar que ambos grupos son homogéneos respecto al primer grupo de variables y poner de manifiesto el efecto de las variaciones en el tiempo medio de estancia en el primer ingreso sobre los dos últimos (n de ingresos y tiempo total de estancia en los 18 meses de observación).

RESULTADOS

Durante el año 1985 tuvieron su primer contacto con la hospitalización psiquiátrica en la Unidad de Hospitalización Breve, 91 personas y en 1986, 145.

La distribución por sexos se muestra en la TABLA 1. En ambos años hubo un predominio de los varones. Las poblaciones de ambos resultaron ser homogéneas respecto a esta variable (comparación de distribuciones: chi-cuadrado = 0,51 con 1 g.l., $p = 0,5161$; y comparación de porcentajes: prueba binomial, $p = 0,5161$).

Respecto al estado civil (TABLA 2) predominan en ambos casos los solteros y los casados con casi igual representación. También respecto a esta variable resultaron homogéneas ambas poblaciones (comparación porcentajes: prueba binomial,

$p = 0,7442$; comparación de distribuciones: chi-cuadrado = 0,27 con 4 g.l. $p = 0,9888$.

TABLA 1: DISTRIBUCION POR SEXOS

Año	1985	1986	Total
Sexo			
Varón	59 (64,84)	86 (59,31)	145 (61,44)
Mujer	32 (35,16)	59 (40,69)	91 (38,56)
Total	91 (100)	145 (100)	236 (100)

Nota: Los números entre paréntesis son porcentajes de cada columna.

TABLA 2: DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL

Año	1985	1986	TOTAL
Estado Civil			
Soltero	44 (48,35)	66 (45,52)	110 (46,61)
Casado	40 (43,96)	66 (45,52)	106 (44,92)
Viudo	3 (3,30)	7 (4,83)	10 (4,24)
Divorciado	0 (0,00)	1 (0,69)	1 (0,42)
Sin especificar	4 (4,40)	5 (3,45)	9 (3,81)
Total	91 (100)	145 (100)	236 (100)

Nota: Los números entre paréntesis son porcentajes referentes a la suma de cada columna.

En lo que se refiere a la edad, la media fue de 33,36 años (31,60 en 1985 y 34,46 en 1986) con un mínimo de 14 años y un máximo de 97

(TABLA 3). En ambos años existe un pico máximo en el intervalo comprendido entre los 18 y los 25 años, seguido del de 26-35. No se demuestran diferencias estadísticamente significativas entre las poblaciones correspondientes a los años estudiados (comparación de medias: prueba T de Student, $T = 1,470$ con 226 g.l., $p = 0,1388$; comparación de distribuciones: chi-cuadrado = 3,02 con 6 g.l., son la misma distribución, $p = 0,8076$).

La distribución por diagnósticos puede verse en la TABLA 4. En ambos años predominan las Psicosis Funcionales, seguidas de las Drogodependencias. No se demuestran diferencias significativas entre las poblaciones correspondientes a ambos años (comparación de porcentajes: prueba binomial, $p = 0,5-0,9$; comparación de distribuciones: chi-cuadrado = 1,88 con 9 g.l., $p = 0,99$).

Respecto al tipo jurídico de ingreso en ambos años la mayor parte de los ingresos son voluntarios —81 (89,01%) en 1985 y 119 (82,07%) en 1986— y el resto casi todos facultativos —9 en 1985 (9,89%) y 23 en 1986 (15,86%)—. Los ingresos penales son excepcionales —1 (1,10%) en 1985 y 3 (2,07%) en 1986. El análisis de estos resultados no consigue demostrar diferencias estadísticamente significativas entre las poblaciones de ambos años (comparación de distribuciones: chi-cuadrado = 2,10 con 2 g.l., $p = 0,35$; comparación de porcentajes: prueba binomial, $p =$ de 0,19 a 0,66).

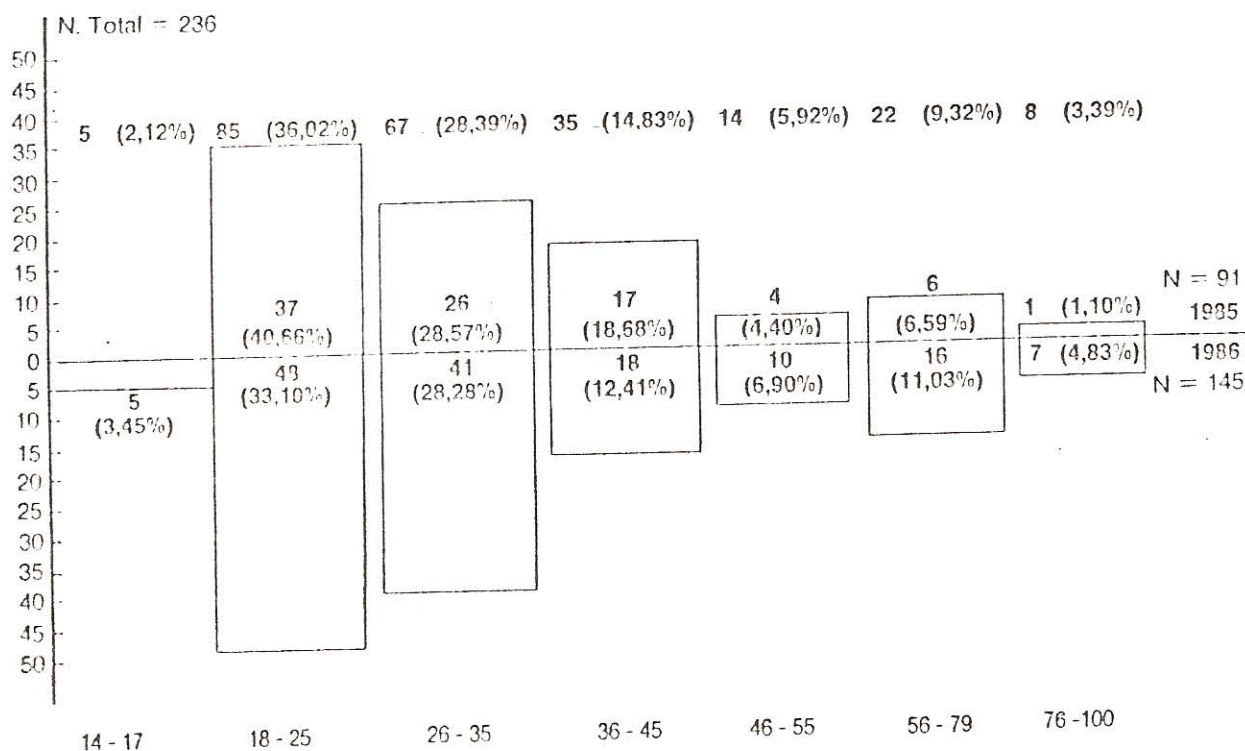
En resumen, ambas poblaciones son homogéneas respecto a las variables clínicas y socio-demográficas estudiadas.

La estancia media durante el primer ingreso fue en 1985 (año en que la estancia media global fue de 30,5 días), para la población con primer internamiento, de 18,41 días y en 1986 (con una estancia media global de 15,06 días) de 9,26 días para esta población. Esta diferencia (reducción a la mitad de la estancia media en el primer ingreso de 1985 a 1986) resulta estadísticamente significativa (comparación de medias: T de Student, $T = 3,361$ con 117 g.l. $p = 0,001990$).

El número medio de reingresos para la población en estudio en 1985 fue de 0,42 y fue de 0,13 en 1986, diferencia estadísticamente significativa (comparación de medias: T de Student, $T = 2,971$ con 112 g.l., $p = 0,00373$).

La estancia media total (obtenida añadiendo a la del primer ingreso la de los consiguientes reingresos) fue para la población estudiada en 1985 de 25,38 días y de 10,94 días para la de 1986. La diferencia resultó estadísticamente significativa (comparación de medias: T de Student, $T = 3,716$ con 103 g.l., $p = 0,0004178$).

TABLA 3: DISTRIBUCION POR EDAD



La TABLA 5 muestra la distribución por Distritos de los ingresos de la muestra en 1985 y 1986. Las variaciones entre un año y otro se deben a la diferente responsabilización sobre ellos de la Unidad y de los correspondientes Centros de Salud Mental.

En la TABLA 6 se recogen las estancias medias en el primer ingreso y la estancia media global en los 18 meses de observación por Distritos. La tendencia global a la disminución se observa en todos los Distritos, excepto en Parla debido a que éste solo se asumió en diciembre de 1985 y sólo originó un ingreso (de 2 días de duración) (TABLA 5).

La TABLA 7 recoge los índices de reingresos por Distritos. Igual que en la anterior se observa ya la tendencia general a disminuir, excepto en Móstoles (donde, aunque disminuye, la tendencia es mucho más moderada, lo que habría que atribuir a cambios producidos en ese Distrito que éste no es el lugar para analizar) y Parla, por las razones expuestas en el párrafo precedente. Obviamente en el apartado de «otros», donde se recogen los escasos ingresos de fuera del área de referencia forzados por circunstancias de urgencia, no se producen reingresos en nuestra Unidad (verosimilmente se darán en la Unidad que sectorialmente les corresponda).

DISCUSION

El presente trabajo pretende poner a prueba la hipótesis — expresada por los detractores de la iniciativa de replantear los objetivos y naturaleza de la Unidad de Hospitalización Breve desde planteamientos más próximos a los de «comunidad terapéutica» (25) hacia los de «atención a la crisis», con la consiguiente reducción de la estancia media — de que el objetivo de reducción de la estancia media provocaría un aumento de los reingresos con un mantenimiento o aumento del número total de estancias por paciente a lo largo de un año.

Hay que destacar que tal aumento no solamente no se ha dado —lo que cabía esperar en base a la literatura sobre el tema (11-23)— sino que el índice de reingresos ha disminuido (de 0,42 a 0,13 por paciente) a una tercera parte al disminuir la estancia de la mitad. La estancia media global en los 18 meses de observación se ha reducido (25,38 días a 10,94) en un 58%. Tal vez por ello en un artículo sobre el tema escrito a finales de 1985, alguno de los defensores del modelo de «comunidad terapéutica» calificaba ya sus temores de

TABLA 4: DISTRIBUCCION POR DIAGNOSTICO

Diagnóstico	Año	1985	1986	Total
Psicosis orgánicas		5 (5,49)	12 (8,28)	17 (7,20)
Psicosis funcionales				
— Psicosis Esquizofrénicas (OMS 295.0 - 295.9)		15 (16,48)	19 (13,10)	34 (14,41)
— Psicosis Afectivas (OMS 296.0 - 296.9)		10 (10,99)	9 (6,21)	19 (8,05)
— Estados Paranoides y otras psicosis (OMS 297.0 - 299.0)		15 (16,48)	21 (14,48)	36 (15,25)
Neurosis (OMS 300.0 - 300.9)		8 (8,79)	16 (11,03)	24 (10,17)
Trastornos de la personalidad (OMS 301.0 - 301.9)		7 (7,69)	11 (7,59)	18 (7,63)
Alcoholismo (OMS 303.0 - 303.9)		5 (5,49)	10 (6,90)	15 (6,36)
Drogodependencias (OMS 304.0 - 305.9)		24 (26,37)	34 (23,45)	58 (24,50)
Otros (OMS 306.0 - 318.9)		2 (2,20)	13 (8,97)	15 (6,36)
Total		91 (100)	145 (100)	236 (100)

Nota: los números entre paréntesis son porcentajes respecto a la suma de cada columna.

«fantasmáticos» (25).

Por otra parte llama la atención que, mientras que la estancia media global de todos los pacientes ingresados durante 1985 y 1986 fue respectivamente de 39,5 días y de 15,04, la del grupo de pacientes que tuvieron entonces su primer contacto con los servicios de rehospitalización fue, en su primer ingreso respectivamente de 18,41 y 9,26 días. Se mantiene la reducción en un 50% del tiempo de ingreso atribuible al cambio de modelo de trabajo. Pero es notable que las estancias medias más largas se den en reingresos. Esto confirma la necesidad — ya apuntada en otra parte (24) — de concentrar esfuerzos en el trabajo sobre reingresos para el próximo año y pone de manifiesto la importante repercusión de la cronicidad ambulatoria sobre las unidades de Hospitalización (26, 27).

En nuestra opinión cabría pensar —una vez demostrada la homogeneidad de los dos grupos comparados en el plano clínico y en el

sociodemográfico que dicha disminución podría ser atribuible a tres tipos de factores:

1. Factores relacionados con la calidad —y no con el modelo— de la prestaciones dispensadas por la Unidad de Hospitalización Breve y atribuibles mejoras en los recursos —humanos o materiales— de que dispone la Unidad. Dado que, de momento, no ha habido cambios sustanciales ni en las condiciones materiales de trabajo ni en el equipo, ni en sus responsables —que han asumido disciplinadamente las nuevas medidas a pesar de sus reservas sobre las mismas— creemos que esta hipótesis puede ser, sin más, rechazada de pleno.

2. Factores concernientes al desarrollo de los Servicios Comunitarios que constituyen con Unidad de Hospitalización Breve el circuito de la zona sur. Para testar esta hipótesis, hemos comparado los subgrupos de pacientes pertenecientes a aquellos Distritos que no han sufrido cambios

importantes en su dotación (Alcorcón y Leganés). La estancia media en el primer ingreso (TABLA 6) también ha disminuido en la misma proporción (de 20,8 a 8,0 y de 19,8 a 9,0 respectivamente) y el índice de reingresos (TABLA 7) se ha reducido igualmente de 0,131 a 0,020 y de 0,142 a 0,011. Creemos, por tanto, imposible sostener la hipótesis de que el cambio producido entre 1985 y 1986 se deba al desarrollo de los recursos ambulatorios de los Distritos.

3. Factores concernientes,

modelo sino, de acuerdo en esto con la literatura al uso (28) de plantearse que el lugar de este tipo de prestación debe ser, en todo caso, otro diferente al de las Unidades de Hospitalización Breve.

CONCLUSIONES

1. El cambio del modelo de trabajo desde el de comunidad terapéutica (estancia media de 30,5 días) al de atención de la crisis

TABLA 5: DISTRIBUCCION DE INGRESOS POR DISTRITOS

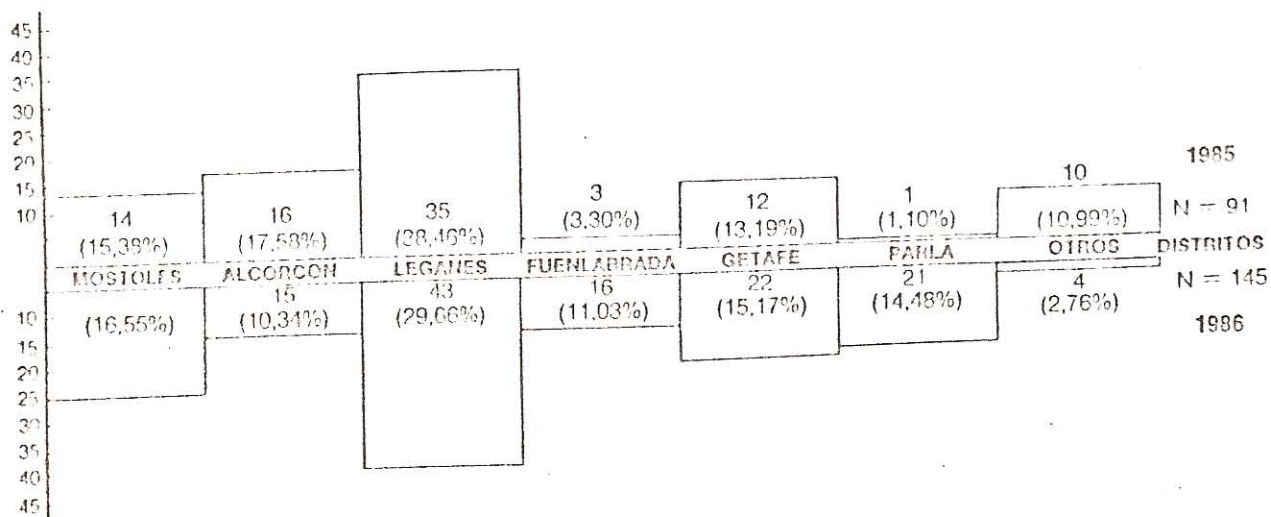


TABLA 6: ESTANCIA MEDIA EN EL PRIMER INGRESO Y ESTANCIA MEDIA GLOBAL POR DISTRITOS

Distrito	Móstoles		Alcorcón		Leganés		Fuenlabrada		Getafe		Parla		Otros	
	1.º Ing. global	1.º Ing. global	1.º Ing. global	1.º Ing. global	1.º Ing. global	1.º Ing. global	1.º Ing. global	1.º Ing. global	1.º Ing. global	1.º Ing. global	1.º Ing. global	1.º Ing. global	1.º Ing. global	
1985	22,928	21,142	37,250	20,812	23,228	19,828	13,333	12,000	33,000	15,416	2,000	2,000	14,200	12,000
1986	14,330	14,041	11,800	8,066	12,325	9,060	8,475	7,500	5,863	5,727	12,295	11,142	3,500	3,500

verdaderamente, al modelo de atención vigente y atribuibles por tanto al cambio experimentado en este terreno. Esta hipótesis — por la que nos inclinamos— supondría que el funcionamiento en régimen de comunidad terapéutica en la Unidad de Hospitalización Breve y la consiguiente prolongación de los ingresos sería perjudicial para el intento de sostener un manejo comunitario de los trastornos mentales y que produciría una suerte de hospitalismo. Por supuesto que no se trata de cuestionar la validez de este

(estancia media de 15,01 días) ha supuesto una disminución del índice de reingresos de 0,42 a 0,13 en los 18 meses de observación para los pacientes con primer contacto con la hospitalización psiquiátrica.

2. Creemos haber demostrado que esta disminución del número de reingresos no puede atribuirse a factores diferentes del cambio de modelo por lo que cabría sostener no sólo la mayor eficacia del de la atención en la crisis sino, además, que la innecesaria prolongación de los ingresos provocada por el

trabajo con el modelo de «comunidad terapéutica» resultaba perjudicial para el manejo comunitario de los trastornos mentales. Por supuesto esto no implica un cuestionamiento de tal modelo de trabajo, sino de que éste sea el adecuado para las Unidades de Hospitalización Breve. Probablemente resulta útil en otros marcos como el de Hospitalización parcial, etc.

3. El hecho de que las estancias medias de los pacientes que tuvieron en el periodo de observación su primer contacto con los servicios de hospitalización están por debajo

de la media, nos indica que las estancias medias más largas las provocan los pacientes antiguos en sus reingresos lo que hace fundamental prestar más atención al manejo de la cronicidad en el medio ambulatorio.

4. Las diferencias en los indicadores empleados entre los diferentes distritos sugieren la conveniencia de dedicar nuevas investigaciones a intentar comprenderlas. Dichas investigaciones no pueden fundarse exclusivamente en población atendida en la Unidad de Urgencias-Hospitalización Breve.

TABLA 7: NUMERO DE REINGRESOS E INDICE DE REINGRESOS POR DISTRITOS

Distrito \ Año	Móstoles	Alcorcón	Leganés	Fuenlabrada	Getafe	Parla	Otros
1985	3 (0,0329)	12 (0,1318)	13 (0,1428)	1 (0,0109)	7 (0,0769)	0 (0)	2 (0,2197)

BIBLIOGRAFIA

1. BACHRACH, I.L. (1975). "Psychiatric bed needs: An Analytical review". Report Series on Mental Health Statistics DHEW Publication N. ADM 75-205. US Government Printing Office: Washington DC, 1975.
2. ELPERS, J.; CROWELL, A. (1982): *How Many Beds? An Overview of resource planning* Hosp. Community Psychiatry 29: 755-761, 1982.
3. MATTES, J. A. (1982): *The optimal length of hospitalization for Psychiatric Patients. A Review of the Literature*. Hosp. Community Psychiatry 33: 824-828, 1982.
4. FREEMAN, H. L.; FRYERS, T.; HENDERSON, J. H. (1985). *Mental Health services in Europe: 10 years on*. World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen, 1985.
5. MEZZICH, J. F.; COFFMAN, G. A. (1985): "Factors Influencing length of Hospital Stay". Hosp. Community Psychiatry 36, 12: 1.264-1.270. December, 1985.
6. TALBOTT, J. A.; GLICK, I. D.: (1986): "The inpatient care of the chronically mentally ill". Schizophrenia Bulletin 12: 129-140, 1986.
7. GOPLERUD, E. N. (1986): "Assessing Methods of Predicting the Need for Psychiatric Beds". Hosp. Community Psychiatry 37, 4: 391-395. April, 1986.
8. MUÑOZ-MILLAN, R. J. (1986): "The Optimal length of Hospitalization of Adolescents". Hosp. Community Psychiatry 37, 6: 545, June 1986.
9. SWIFF, R.N. (1986): "Negotiating Psychiatric Hospitalization Within Restrictive Admissions Criteria". Hosp. Community Psychiatry 37, 6: 619-623 June 1986.
10. HAFNER, H. (1987): "Do We still Need Beds for Psychiatric Patients? An analysis of changing pattern of mental health care". Acta Psychiatr. scand. 75: 113-126, 1987.
11. SCHWARZ, C.; MAELOR, V. (1987): "Length of Stay". Hosp. Community Psychiatry 38, 2: 201, February 1987.
12. CATON, C.L.M.; GRANLICK, A. (1987): "A Review of Issues Surrounding Length of Psychiatric Hospitalization". Hosp. Community Psychiatry 38, 8: 871-875 August 1987.
13. KENNEDY, P.; HIRD, E.: "Description and evaluation of a short stay admission system". British Journal of Psychiatry 151: 205-215, 1987.
14. CATON, C.L.M. "Effect of length of inpatient treatment for chronic schizophrenia". American Journal of Psychiatry 139: 856-861, 1982.
15. CATON, C.L.M. "Length of hospitalization in The Chronic Mental Patient: Five Year Later". Edited by Talbott J.A. New York: Grune & Stratton, 1984.
16. TALBOTT, J.A.; GLICK, I.D.: "The inpatient care of the chronically mentally ill". Schizophrenia Bulletin 12: 129-140, 1986.
17. GORDON, T.; BREAKEY, W.R.: "A comparison of the outcomes of short-and standard-stay patients at one year follow-up". Hospital and Community Psychiatry 34: 1054-1055, 1983.
18. HERZ, M.I.; ENDICOTT, J.; GIBBON, M.: "Brief hospitalization: two year follow-up". Archives of General Psychiatry 36: 701-705, 1979.
19. MATTES, J.A.; ROSEN, B.; KLEIN, D.E.: "Comparison of the clinical effectiveness of 'short' versus 'long' stay psychiatric hospitalization. II: results of a three-year posthospital follow-up". Journal of Nervous and Mental Disease 165: 387-394, 1977.
20. CAFFEY, E.M.; GALBRECHT, C.R.; KLETT, C.J.: "Brief hospitalization and aftercare in the treatment of schizophrenia". Archives of General Psychiatry 24: 81-86, 1971.
21. GLICK, I.D.; HARGREAVES, W.A.; RASKIN, M. et al: "Short versus long hospitalization: a prospective controlled study. II: results for schizophrenic inpatients". American Journal of Psychiatry 132: 385-390, 1975.
22. HIRSCH, S.R.; PLATT, S.; KNIGHT, A., et al: "Shortening hospital stay for psychiatric care: effect on patients and their families". British Medical Journal 1: 442-446, 1979.
23. HARGREAVES, W.A.; GLICK, I.A.; DRUES, J., et al: "Short versus long hospitalization: a prospective controlled study". Archives of General Psychiatry 34: 305-311, 1977.
24. DESVIAT, M.; FERNANDEZ LIRIA, A.; RODRIGUEZ DORADO, L. (1987): "Consideraciones sobre un año de trabajo por programas en los SSMI del distrito sanitario de León". Psiquiatría Pública, 1, 1: 13-22. Mayo-agosto 1987.
25. MELENDO, J.J.; GONZALEZ, C. (1987): "La Unidad de Agudos como elemento terapéutico". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, 21: 189-202. Abril-junio 1987.
26. DESVIAT, M.; FERNANDEZ LIRIA, A.; BENDUELES, G. (1986): "La nueva orientación" en ESPILBOGA, J. (Coord.) *Cronicidad en Psiquiatría*. Asoc. Esp. de Neuropsiquiatría. Madrid, 1986.
27. FERNANDEZ LIRIA, A.; DELGADO, M.; RICO, D., et al. (1980): "Cronicidad en un dispositivo de atención ambulatoria a la Salud Mental (León)". *Cronicidad en Psiquiatría*. Asociación Esp. de Neuropsiquiatría. Madrid, 1986.
28. GUTHEIL, T.G. (1985): "The therapeutic milieu: Changing and Theories". Hosp. Community Psychiatry 36, 12: 1279-1285. December 1985.