

LOS PROGRAMAS DE SEGUIMIENTO Y CUIDADOS DE PACIENTES GRAVES Y CRÓNICOS: UN MODELO DE CASE MANAGEMENT PARA LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN MADRID

A. FERNÁNDEZ LIRIA

Coordinador de Salud Mental Área 3. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá. Madrid

RESUM

Després de revisar les noves necessitats d'atenció continuada creades amb el desenvolupament de les modernes xarxes d'atenció a la salut mental, s'exposen els principis bàsics dels programes de "case management" desenvolupats per respondre a aquests problemes, mitjançant l'assignació a cada pacient amb dificultats, per utilitzar de manera profitosa els serveis de salut mental o altres serveis comunitaris, d'un tutor (case management) que actua com a guia i coordinador de l'acció dels diversos dispositius. S'estudia el desenvolupament dels primers programes de seguiment (case management) que s'han portat a terme a Madrid i s'exposen amb detall els objectius i activitats desenvolupades per ells en dues àrees amb xarxes d'atenció comunitària a la salut mental de Madrid.

RESUMEN

Tras revisar las nuevas necesidades de atención continuada creadas con el desarrollo de las modernas redes de atención a la salud mental, se exponen los principios básicos de los programas de "case management" desarrollados para responder a estos problemas, a través de la asignación a cada paciente con dificultades, para utilizar de modo provechoso los servicios de salud mental u otros servicios comunitarios, de un tutor (case management) que actúa como guía y coordinador de la acción de los diversos dispositivos. Se estudia el desarrollo de los primeros programas de seguimiento (case management) puestos en marcha en Madrid y se exponen con detalle los objetivos y actividades desarrollados por ellos en dos áreas con redes de atención comunitaria a la salud mental de Madrid.

SUMMARY

This paper reviews the new continuity of care needs produced by the development of

the modern psychiatric care networks. The general principles of the case management programs (consisting of assigning a case manager -tutor- to improve mental health and community services by patients with some kind of difficulty to do it) as a response to this problem is summarized. We review the development of the first case management (seguimiento) programs developed in Spain and expose in detail the aims and activities of the programs implemented in two catchment areas with community based mental health services networks in Madrid.

RÉSUMÉ

Après la révision des nouvelles nécessités d'aide continuée créées avec le développement des modernes réseaux d'aide à la santé mentale, on expose les principes basiques des programmes de "case management" développés pour affronter ces problèmes, parmi l'attribution à chaque patient ayant des difficultés pour utiliser de façon profitable les services en santé mentale ou autres services communautaires, d'un tuteur (case management) qui agit comme guide et coordinateur des actions des divers dispositifs. On étudie le développement des premiers programmes de suite (case management) mis au point à Madrid et s'exposent avec détails les objectifs et les activités développés avec eux dans deux secteurs avec des réseaux d'attention communautaire à la santé mentale de Madrid.

INTRODUCCIÓN

Los programas de Case Management se iniciaron en los Estados Unidos de América en los primeros años 80 pero se extendieron como la pólvora por los servicios americanos durante esa década (Bachrach 1981, Test 1979, Stein, Test 1980, Lamb 1980): Los motivos y consecuencias de esa extensión han sido, y siguen siendo, objeto de un amplio debate en el que se enfrentan entusiastas y detractores (Arana, Hastings, Herron 1991, Bond 1990, McRae, Higgins, Lycan, Sherman 1990, Sherman, Por-

ter 1991, Torrey 1986, Stein, Diamond 1985, Huxley, Warner 1992, Berthaume, Bailey, Horowitz, McCrory 1994, Solomon, Draine, Meyerson 1994, Tornicroft, Ward, James 1993, Rössler, Löffler, Fätkenheuer, Riecher-Rössler 1992, Curtis JL, Millman EJ, Struening E, D'Ercole 1992, Solomon 1992, Kanter 1989, Goering, Waylenky, Farkas et al 1988, Reinke, Greenley 1986, Franklin 1988, Bond, Miller, Krumwield, Ward 1988, Schoenfeld, Halevy, Hamley-Van der Velden, Rumf 1986, Ashley 1988, Borland, McRae, Lycan 1989). La noticia del fenómeno —como suele suceder con los fenómenos que, aún afectando seriamente a las posibilidades de atención a los trastornos mentales, no se refieren a la actividad de los psiquiatras o psicólogos— llegó tarde a nuestro país. Cuando en 1990, García Rojo y el autor (Fernández Liria y García Rojo, 1990) revisamos el tema para discutir el interés y la viabilidad de poner en marcha algo semejante en nuestro país, no encontramos ninguna referencia a este tipo de programas en la literatura en castellano.

La puesta en marcha de los primeros de estos programas en las áreas 9 (Leganés y Fuenlabrada) y 3 (Alcalá y Torrejón) de Madrid, hubo de enfrentar, no sólo las dificultades que emanaban de la falta de preparación de los profesionales o la inadecuación de contratos y convenios para permitir el desarrollo de este tipo de actividad, sino con la incredulidad, la falta de comprensión y la resistencia de un buen número de profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales) muy comprometidos con el desarrollo del modelo comunitario y, hoy ya, defensores a ultranza de este tipo de programas, pero a los que la nueva propuesta les resultaba, entonces, excesivamente disonante. Sólo cuatro años después, se han multiplicado las actividades de formación en este tipo de prácticas para enfermeros y trabajadores sociales, se han producido instrumentos específicos para facilitar el trabajo y la formación (Fernández Liria 1995), la mayor parte de los servicios de salud mental de Madrid cuentan con algún grado de desarrollo de estos programas y la Comisión de Rehabilitación de la Comunidad de Madrid se ha marcado como objetivo para 1995 el completar el mapa de modo

que ninguno de ellos que sin ofrecer est e tipo de prestación.

JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

Los programas de *case management* responden originalmente a un intento de resolver dos de los problemas que sorprendieron a los profesionales que llevaron a cabo procesos de reforma en los que se lograron cumplir los objetivos estructurales marcados inicialmente sin que ello conllevara la consecución de los frutos pretendidos.

El primero tiene que ver con el fin de la ilusión de que un sistema monádico basado en el manicomio podía ser substituido con éxito (tras la tercera revolución psiquiátrica) por uno dual basado en la complementariedad de unos Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) más unas pocas camas de agudo en Unidades de Psiquiatría en los Hospitales Generales (Figura 1). En los años 70 ya era patente que la implantación de los CSMC había hecho emerger una demanda (la referente a los trastornos mentales *corrientes o menores*) que había desbordado las previsiones de actividad y, en cambio, la población externalizada de los hospitales psiquiátricos encontraba verdaderas dificultades para ver resueltas sus necesidades con ese sistema y acababa, frecuentemente desatendida. Los pacientes graves que iniciaban sus trastornos en ese marco o no llegaban nunca a contactar con el sistema o lo hacían como *pacientes indeseables* (Robbins, Stern, Robins et al 1978, Neil 1979) o usuarios crónicos de servicios de crisis (Bassuk, Gerson 1980), causando alarma social, crispando los nervios de los profesionales y amenazando con reventar el sistema de atención tan trabajosamente construido.

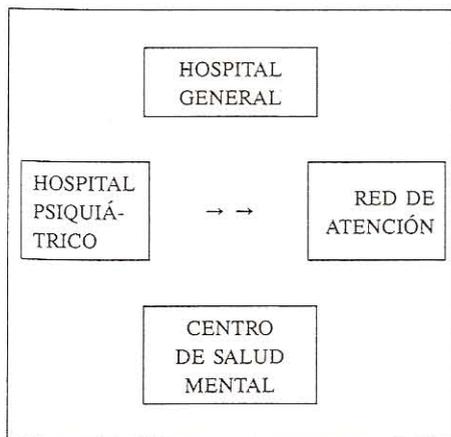


Fig. 1. Sistemas de atención a la salud mental.

La respuesta desarrollada en los mejores servicios de salud mental del mundo desarrollado frente a este primer problema-sorpresa consis-

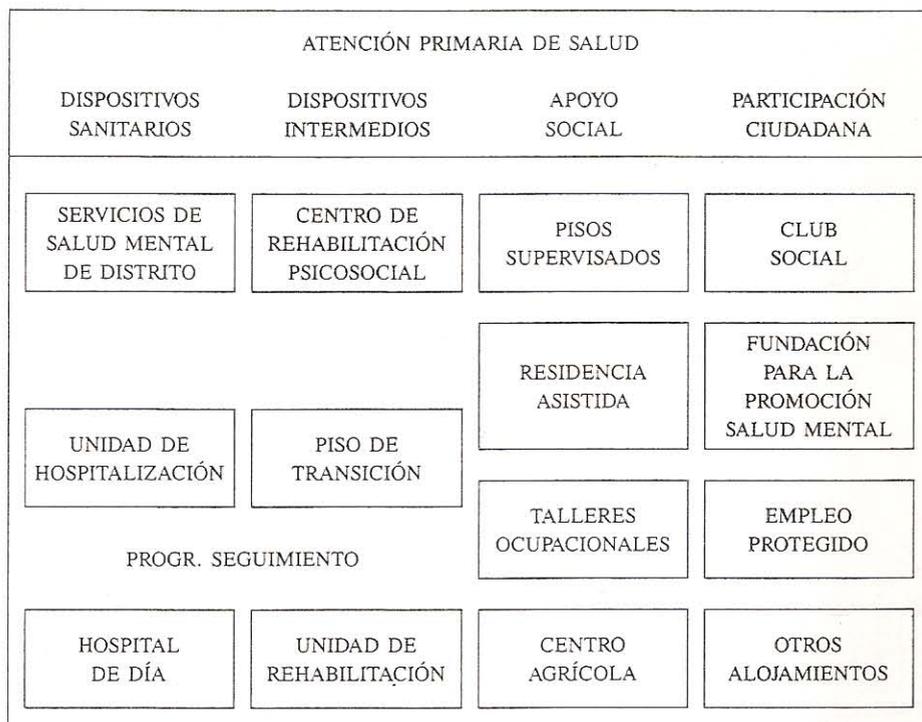


Fig. 2. La red de servicios de salud mental del Instituto Germain (Área 9 de Madrid).

tió en la transición del referido modelo dual a un modelo de red de servicios que integra un gran abanico de dispositivos y programas, con una atención especial para las prestaciones de **rehabilitación** y de **apoyo social** (Figura 2).

La segunda sorpresa (señalada, por primera vez por Pepper (Pepper y Riglewicz 1982), fue que existía un grupo de pacientes (él, entonces los llamó Pacientes Crónicos Adultos Jóvenes), que aún disponiendo de una red de estas características de gran calidad y de la oportunidad de acceder a redes bien estructuradas de servicios sociales y comunitarios, seguían desatendidos, bien porque se sentían poco atraídos por la cultura subyacente a los dispositivos y prestaciones diseñados por los profesionales, bien porque los servicios no eran capaces de evitar que los pacientes reprodujeran con ellos el tipo de relación destructora, que precisamente, les llevaba a los conflictos y al aislamiento social que les caracterizaba, bien porque la nueva red de servicios —como sabemos bien quienes hemos tenido que contársela a quien no la conoce— no es fácil de entender ni de usar y menos aún para personas con dificultades añadidas.

A esto habría que añadir un último problema sobreañadido: el modelo de red multiplica el número de profesionales que actúan simultáneamente sobre cada paciente y por tanto las posibilidades de que estas actuaciones, lejos de actuar sinérgicamente por un objetivo común, se entorpezcan o incluso se neutralizen mutuamente.

Los programas de **case management**, consisten en la asignación a cada paciente de un *manager*, que se encarga de seleccionar para él las prestaciones más adecuadas, de garantizar que se beneficia de los servicios que se le ofertan, de facilitarle el acceso a los mismos y de coordinar la actuación de los profesionales que actúan sobre él para garantizar la continuidad y la coherencia de los cuidados y atenciones recibidas. En España, ante la dificultad de traducir el término *case management* o *case manager* optamos por utilizar los términos **programa de seguimiento para pacientes graves y crónicos** (por *case management*) y **tutor** (por *case manager*). El trabajo de 1990 ya citado (Fernández Liria y García Rojo, 1990) revisa los principios generales y los diferentes modelos con los que este intento ha sido llevado a cabo en el mundo anglosajón.

LOS PROGRAMAS DE SEGUIMIENTO EN MADRID: DESCRIPCIÓN

Los primeros **programas de seguimiento de personas con trastornos graves y crónicos** desarrollados en Madrid responden a la necesidad de optimizar el uso de los servicios de una amplia red (la representada en la Figura 2) resultante de la transformación del antiguo Hospital Psiquiátrico de Leganés (hoy Instituto José Germain) por parte de un reducido número de pacientes que consumen, con muy escaso rendimiento, una gran cantidad de atención (Fer-

nández Liria 1991). Meses después de iniciados éstos, un programa semejante se instaura en el área 3 de Madrid en una situación de partida completamente diferente, con unos servicios comunitarios de reciente creación, sin el respaldo de un psiquiatra en transformación para conformar la red y, por consiguiente, con el objetivo añadido de que el propio programa sirviera para generar recursos de apoyo.

- 2 o más hospitalizaciones o más de 30 días de ingreso en el último año
- 5 o más hospitalizaciones o más de 150 días de hospitalización a lo largo de su vida
- 3 atenciones en la urgencia hospitalaria en el último año o 10 a lo largo de su vida
- diagnóstico de esquizofrenia, delirio crónico, o trastorno grave de la personalidad
- más de 5 citas perdidas en el Servicio de Salud Mental de Distrito durante el último año

Fig. 3. Criterios de sospecha para la detección automática de personas potencialmente necesitadas de programa de seguimiento y cuidados a través del registro acumulativo de casos psiquiátricos.

El propósito establecido por el del área 3 para este tipo de programas es facilitar la actuación coordinada y sinérgica de las distintas unidades y programas de los servicios de salud mental y de otros recursos comunitarios sobre aquellas personas que tienen dificultad para extraer beneficio de los mismos, por requerir simultánea o sucesivamente el uso de varios de ellos, o por carecer de los aportes sociales necesarios, y organizar las acciones precisas para proporcionarles un adecuado sistema de cuidados, mediante la elaboración de un plan individualizado y la asignación de un tutor personalizado para cada una de tales personas.

Esto se desarrolla en una serie de objetivos:

1. Detectar

—la población en riesgo de sufrir un grave deterioro de sus condiciones de vida autónoma a causa o en relación con el padecimiento mental

—la población que actualmente vive en instituciones o en condiciones de pérdida de autonomía y que podría recuperarla o adquirirla

—la población a la que su propia patología o las insuficiencias en sus sistemas de soporte comunitario les impiden hacer un uso adecuado de servicios que precisan y se les ofertan.

2. Censar los recursos de posible uso en programas de apoyo y cuidados existentes en el área.

3. Elaborar y llevar a cabo programas individualizados de seguimiento y cuidados para aquellas personas que los precisen, coordinando las acciones llevadas a cabo des-

1. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN Y PROGRAMACIÓN
 - 1.1. Evaluación previa
 - 1.2. Acogida
2. ACTIVIDADES CENTRADAS EN EL CASO
 - 2.1. Control de adherencia al tratamiento
 - 2.2. Control de tratamientos protocolizados
 - 2.3. Actividades de psicoeducación
 - 2.4. Grupos de control
 - 2.5. Apoyo y asesoramiento
 - 2.6. Alojamiento
3. ACTIVIDADES CENTRADAS EN EL ENTORNO
 - 3.1. Coordinación con cada dispositivo
 - 3.2. Censo de recursos sociocomunitarios
 - 3.3. Conexión con recursos comunitarios
 - 3.4. Consulta con la familia y otro personal cuidador
 - 3.5. Mantenimiento y desarrollo de soporte comunitario individualizado
 - 3.6. Asesoría y defensa del usuario
 - 3.7. Promoción del Asociacionismo
4. ACTIVIDADES CENTRADAS SIMULTÁNEAMENTE EN EL CASO Y EN EL ENTORNO
 - 4.1. Intervención en crisis
 - 4.2. Evaluación y control de resultados

Fig. 4. Esquema general de las actividades desarrolladas en los programas de seguimiento y cuidados de pacientes graves y crónicos.

de las distintas unidades y ejecutando las actuaciones específicas que fuera menester.

Estos objetivos se persiguen a través de una serie de actividades que enumeramos a continuación y cuyo esquema (inspirado en el propuesto por Kanter 1989) se muestra en la figura 3. Son los siguientes:

1. Actividades de evaluación y programación

1.1. EVALUACIÓN PREVIA

La demanda puede provenir de dos fuentes:

1.1.1. Solicitud por el terapeuta o equipo responsable del caso en los SSM. Para ello se ha habilitado un protocolo que establece que información debe aportarse por parte del clínico y con que formato y cómo debe formularse la propuesta de objetivos.

1.1.2. Actualización del censo de usuarios graves y crónicos. Se realiza a través de rastreos periódicos realizados por los clínicos de los Servicios de salud y miembros del equipo de seguimiento y a través de unos criterios de sospecha (Figura 4) que son rastreados automáticamente por el sistema de registro y detectan usuarios que serían susceptibles. La evaluación previa se efectúa en reunión del terapeuta responsable del caso y uno o varios representantes del equipo de seguimiento. En ella se establece una propuesta de objetivos para el plan individualizado de seguimiento y se determina quien, donde y cómo se realizará la fase de acogida.

1.2. ACOGIDA

Es el primer contacto con las personas que van a efectuar el seguimiento. Según se ha de-

terminado en la fase anterior puede realizarse:

—en presencia del terapeuta hasta ahora responsable

—en ausencia del mismo

Y, atendiendo al lugar, puede ser

—en la consulta del terapeuta responsable o unidad que en ese momento lo atiende (hospitalización, rehabilitación...)

—en la consulta de la enfermería

—en el domicilio del usuario

Sus objetivos son:

1.2.1. Abrir la historia y la ficha específicas del programa.

1.2.2. Realizar una recogida sistemática de los datos necesarios para elaborar el plan individualizado.

En el área 3 de Madrid existe un procedimiento protocolizado en cuatro fases para la elaboración de este tipo de planes (Fernández Liria 1995).

1.2.3. Proporcionar al usuario una información sobre el funcionamiento del programa y los motivos de su adscripción al mismo.

1.2.4. Iniciar el proceso de construcción de una alianza de trabajo.

1.2.5. Elaborar un plan individualizado de seguimiento y cuidados. Esta fase se llevará a cabo en tantas entrevistas como sea preciso, e involucrando a cuantas personas del entorno del usuario parezca necesario.

2. Actividades centradas en el caso

2.1. CONTROL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Comprende aquellas actividades encaminadas a detectar la inasistencia a las citas o controles previstos en cada plan de tratamiento o

rehabilitación, recoger información sobre el motivo de las mismas y adoptar medidas para evitarla.

Utiliza los instrumentos que, en cada caso, parezcan más adecuados, de la llamada telefónica a la visita a domicilio del usuario o lugares o instituciones frecuentados por él.

2.2. CONTROL DE TRATAMIENTOS PROTOCOLIZADOS

Se refiere a las actividades encaminadas a garantizar el cumplimiento de los protocolos de aquellos tratamientos que exigen monitorización estrecha, a través de mecanismos que involucran a varios dispositivos o niveles de atención (litio, clozapina...).

2.3. ACTIVIDADES DE PSICOEDUCACIÓN

Incluye, como mínimo y para todos los casos, información protocolizada sobre el programa y sus condicionantes. Además incluyen las actuaciones que se fijan en cada plan individualizado, dirigidas directamente al usuario o a elementos de su entorno (familia, trabajo, convivientes, cuidadores...).

2.4. GRUPOS DE CONTROL

Organizan, para aquellos casos en los que así se considere indicado en el plan individualizado, las actividades de control (centradas en la sintomatología y el desempeño social) y de psicoeducación. Incluyen de 8 a 20 pacientes y son coordinados por un enfermero o un trabajador social.

2.5. GRUPOS DE MEDICACIÓN

Cumplen la misma función que los anteriores pero se centran alrededor de la toma de medicación y sus efectos colaterales.

2.6. APOYO Y ASESORAMIENTO

Según modalidad, objetivos y procedimientos explicitados en el plan individualizado de seguimiento.

2.7. ALOJAMIENTO

Se orienta a proporcionar un uso adecuado de los recursos de alojamiento (pisos autónomos, pisos protegidos, unidad de rehabilitación con cuidados mínimos de enfermería, residencia asistida, vivienda transitoria, pensiones subvencionadas...) que puedan estar disponibles.

3. Actividades centradas en el entorno

3.1. COORDINACIÓN CON CADA DISPOSITIVO

Se establece un calendario de reuniones periódicas del equipo de seguimiento con los de otras unidades (que se lleva a cabo además de las reuniones centradas en casos concretos que puedan tener lugar). Así se hace con los Servicios de Salud Mental de Distrito, la Unidad de Hospitalización Breve, la Unidad de Rehabilitación, el Centro de Rehabilitación Psicosocial...

Tiene como objetivo garantizar la concordancia de las actuaciones de cada dispositivo con el plan individualizado para cada usuario.

3.2. CENSO DE RECURSOS SOCIOCOMUNITARIOS

Comprende la actualización de todos los recursos y prestaciones utilizadas o utilizables en los programas individualizados e información sobre vías de acceso y condiciones de uso. Incluye también el conocimiento de las vías para proponer a las instituciones sociocomunitarias actividades que puedan resultar de interés, y la misma propuesta de éstas.

Utiliza como instrumento el contacto periódico con las instituciones a implicar.

3.3. CONEXIÓN CON RECURSOS COMUNITARIOS

Comprende el conjunto de actuaciones encaminado a proporcionar a los usuarios información sobre los recursos disponibles, consejo y apoyo para optar por la utilización de alguno, facilitarles el cumplimiento de las condiciones de acceso y el contacto, y facilitar, controlar y apoyar el uso de los mismos.

3.4. CONSULTA CON LA FAMILIA Y OTRO PERSONAL CUIDADOR

Comprende actividades de apoyo y asesoramiento y puede ser motivo de decisiones como, por ejemplo, proporcionar provisionalmente alojamiento para permitir un descanso. Incluye actividades de cuidados, psicoeducación y apoyo social.

Utiliza como instrumento las consultas de enfermería y trabajo social, la visita domiciliaria y el grupo de familias con encuadre abierto o cerrado.

3.5. MANTENIMIENTO Y DESARROLLO DE SOPORTE COMUNITARIO INDIVIDUALIZADO

Supone el desplazamiento y la actuación en

lugares de trabajo, ocio, convivencia y otros que constituyen el entorno habitual del usuario.

3.6. ASESORÍA Y DEFENSA DEL USUARIO

Se refiere a las actividades encaminadas a garantizar el respeto a los derechos del usuario por las personas o instituciones de su entorno y su no conculcación por causa de su trastorno mental.

3.7. PROMOCIÓN DEL ASOCIACIONISMO

Comprende las actividades de apoyo a la creación o al desarrollo de las asociaciones de los usuarios y de allegados y de cuantas tengan como objetivo la promoción o la protección de la salud mental y las de creación de una fundación que permita mancomunar fondos para el desarrollo de prestaciones de apoyo. En el momento actual estas asociaciones gestionan recursos integrados en la red tanto en el área 3 como en el 9, y participan en la comisión de Rehabilitación de cada una de ellas.

3.8. ORGANIZACIÓN DEL VOLUNTARIADO

El voluntariado tiene poca tradición en Madrid y la colaboración de voluntarios en las actividades del programa ha sido excepcional. Bajo este epígrafe se han desarrollado unos programas de apoyo a las actividades de ocio y tiempo libre de los programas de rehabilitación, que se han desarrollado por el trabajo de objetores de conciencia que han realizado en estas tareas la prestación social sustitutoria.

4. Actividades centradas simultáneamente en el caso y en el entorno

4.1. INTERVENCIÓN EN CRISIS

Se refiere exclusivamente a usuario: previamente incluidos en el programa y para los que se prevé explícitamente esta modalidad en su plan individualizado.

Hasta la habilitación de una telefonía de 24 horas funcionará exclusivamente en horario de mañana y en días laborables.

4.2. EVALUACIÓN Y CONTROL DE RESULTADOS

Comprende, al menos, información de tres tipos de fuentes:

4.2.1. El propio usuario

4.2.2. Los elementos significativos del entorno

4.2.3. El(los) terapeuta(s) que inciden en el caso.

Es un proceso permanente pero revierte en la comisión de evaluación con la periodicidad fijada en cada plan individualizado.

CUATRO AÑOS DE EXPERIENCIA

El personal adscrito al programa está integrado por enfermeros y trabajadores sociales, aunque la tendencia, tras cuatro años de experiencia, es a que la labor de un tutor sea desempeñada por un enfermero. El número de profesionales adscritos al programa es de 5 y 6 por distrito (cada una de las dos áreas sanitarias de referencia está dividida en dos distritos) con una media de 3,6 profesionales por cada 100.000 habitantes.

El número de pacientes atendidos simultáneamente en el programa es de 80 y 141, con una media de 17 por profesional (aunque esta media es sumamente engañosa pues hay pacientes que están exclusivamente en control de adherencia al tratamiento y casi no conllevan dedicación y pacientes que requieren horas de cuidados diarios). El diagnóstico frecuente es el de esquizofrenia, aunque hay diagnósticos de trastornos delirantes, psicosis maniaco-depresivas, trastornos de la personalidad, trastornos neuróticos...

En cuanto a los resultados, lamentablemente no disponemos de medidas fiables sobre utilización de recursos y menos aún de calidad de vida de antes de comenzar los programas por lo que no es posible disponer de un análisis de resultados basado en la comparación con grupo control (1). Se han presentado algunos estudios de evolución que han puesto de manifiesto resultados esperanzadores en términos de adherencia al tratamiento, calidad de vida, autonomía, carga familiar y satisfacción del usuario y de los familiares medidos por la Escala de Desempeño Social —versión española de la Social Behavior Assessment Scale (SBAS) (Otero, Rebolledo 1990)— y un cuestionario confeccionado al efecto.

En este momento están en curso dos trabajos que pretenden medir resultados. En cualquier caso la opinión de los profesionales, el bajo índice de ingresos de las dos áreas pioneras en el desarrollo de estos servicios (que se-

ñalan el límite inferior en la Comunidad de Madrid) y la aceptación y rápido desarrollo de que han disfrutado los programas allí donde, posteriormente, se han empezado a desarrollar apuntan a la idea de que no sólo representan un instrumento útil, sino una pieza clave para el correcto aprovechamiento de redes complejas de atención a la salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- ARANA, J.D.; HASTINGS, B.; HERRON, E.: *Continuous care teams in intensive outpatient treatment of chronic mentally ill patients*. *Hosp. Community Psychiatry*, 1991. 503-507.
- ASHLEY A.: *Interdisciplinary update; case management: the need to define goals*. *Hosp. Community Psychiatry*, 1988. 39. pp 499-500.
- BACHRACH, LL.: *Continuity of care of chronic mental patients: a conceptual analysis*. *Am J. Psychiatry*, 1981. 138. pp 1449-1445.
- BASSUK, E.L.; GERSON, S.: *Chronic crisis patients: a discrete clinical group*. *Am J. Psychiatry*, 1980. 37. pp 1513-1517.
- BERTHAUME, B.; BAILEY, D.M.; HOROWITZ, B.; MCCRORY, M.W.: *Cost and intensity of care in case management referrals to psychiatric day programs*. *Hosp. Community Psychiatry*, 1994. 45. pp 62-65.
- BOND, G.R.: *Intensive case management*. *Hosp. Community Psychiatry*, 1990. 41. pp 927.
- BOND, G.R.; MILLER, L.D.; KRUMWIELD, R.; WARD, R.S.: *Assertive case management in three CMHCs: A controlled study*. *Hosp. Community Psychiatry*, 1988. 39. pp 411-418.
- BORLAND, A.; MCRAE, J.; LYCAN, C.: *Outcome of five years of continuous intensive case management*. *Hosp. Community Psychiatry*, 1989. 40. pp 369-376.
- CURTIS, J.L.; MILMAN, E.J.; STRUERING, E.; D'ERCOLE, A.: *Effect of case management on rehospitalization and utilization of ambulatory services*. *Hosp. Community Psychiatry*, 1992. 43. pp 895-899.
- DESVIAT, M.; FERNÁNDEZ LIRIA, A.; RENDUELES, G.: *La nueva cronicidad*. En Espinosa J. *Cronicidad en psiquiatría*. Madrid: AAEN, 1986.
- FERNÁNDEZ LIRIA, A.: *El concepto de paciente crónico adulto joven: pertinencia y relevancia para la planificación y organización de los servicios de salud mental (tesis doctoral)*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 1991.
- FERNÁNDEZ LIRIA, A.: *La historia Clínica Psiquiátrica en el Área de Salud*. Madrid: FPSM, 1995 (en prensa).
- FERNÁNDEZ LIRIA, A.; GARCÍA ROJO, M.J.: *Los programas de case management, conceptos básicos y aplicabilidad*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1990. 32. pp 65-75.
- FRANKLIN, J.L.: *Case management: a dissenting view*. *Hosp. Community Psychiatry*, 1988. 39. pp 921.
- GOERING, P.M.; WAYLENKY, D.; FARKAS, M. et

- al.: *What difference does case management make?* *Hosp. Community Psychiatry*, 1988. 39. pp 272-276.
- HUXLEY, P.; WARNER, R.: *Case management, quality of life and satisfaction with services of long-term psychiatric patients*. *Hosp. Community Psychiatry*, 1992. 43. pp 799-802.
- KANTER, J.: *Clinical case management: definition, principles, components*. *Hosp. Community Psychiatry*, 1989. 40. pp 361-368.
- LAMB, H.R.: *Therapist case managers: more than brokers of services*. *Hosp. Community Psychiatry*, 1980. 31. pp 762-764.
- MCRAE, J.; HIGGINS, M.; LYCAN, C.; SHERMAN, B.: *What happens to patients after five years of intensive case management stops?* *Hosp. Community Psychiatry*, 1990. 41. pp 175-179.
- MCRAE, J.; HIGGINS, M.; SHERMAN, B.; LYCAN, C.: *In reply (to Bond, 1990)*. *Hosp. Community Psychiatry*, 1990. 41. pp 927-928.
- NEIL, J.R.: *Three difficult patient*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1979. 40. pp 209-212.
- OTERO, V.; REBOLLEDO, S.: *Escala de desempeño psicosocial. Adaptación española del SBAS*. *Psiquis*, 1990. 11. pp 39-47.
- PEPPER, B.; RYGLEWICZ, H.: *The young adult chronic patient*. (eds). San Francisco: Jossey-Bass, 1982.
- REINKE, B.; GREENLEY, J.R.: *Organizational analysis of three community support program models*. *Hosp. Community Psychiatry*, 1986. 37. pp 624-629.
- ROBBINS, E.; STERN, M.; ROBBINS, L. et al.: *Unwelcome patients: where can they find asylum*. *Hosp. Community Psychiatry*, 1978. 24. pp 44-46.
- RÖSSLER, W.; LÖFFLER, W.; FÄTKENHEUER, B.; RIECHER-RÖSSLER, A.: *Does case management reduce the rehospitalization rate?* *Acta Psychiatr. Scand.*, 1992. 86. pp 445-449.
- SCHOENPELD, P.; HALEVY, J.; HEMLEY-VAN DER VELDEN, E.; RUMF, L.: *Long term outcome of network therapy*. *Hosp. Community Psychiatry*, 1986. 37. pp 373-380.
- SHERMAN, P.S.; PORTER, R.: *Mental health consumers as case management aides*. *Hosp. Community Psychiatry*, 1991. 42. pp 494-498.
- SOLOMON, P.: *The efficacy of case management services for severely mentally disabled patients*. *Community Mental Health J.*, 1992. 28. pp 163-180.
- SOLOMON, P.; DRAINE, J.; MEYERSON, A.: *Jail recidivism and receipt of community mental health services*. *Hosp. Community Psychiatry*, 1994. 45. pp 793-797.
- STEIN, L.I.; DIAMOND, R.J.: *A program for difficult-to-treat patients*. *New Direction for Mental Health Services*, 1985. 26. pp 29-39.
- STEIN, L.I.; TEST, M.A.: *Community treatment of the young adult chronic patient*. *New Direction for Mental Health Services*, 1980. 14. pp 5 7-67.
- TEST, M.A.: *Continuity of care in community treatment*. *New Direction for Mental Health Services*, 1979. 2. pp 15-23.
- TORNICROFT, G.; WARD, P.; JAMES, S.: *Care management and mental health*. *British Medical Journal*, 1993. 306. pp 768-771.
- TORREY, E.F.: *Continuous treatment teams in the care of the chronic mentally ill patients*. *Hosp. Community Psychiatry*, 1986. 37. pp 1243-1247.

(1) Al inicio del programa se trataba de empezar por dar más atención a los más necesitados y no nos pareció ético crear un grupo de control