

NECESIDADES DE SERVICIOS SOCIALES DETECTADAS CON EL REGISTRO DE CASOS PSIQUIÁTRICOS

El artículo que presentamos a continuación expone la necesidad de discernir y analizar adecuadamente las problemáticas y situaciones de los diversos colectivos de pacientes que acuden a los servicios psiquiátricos, como paso previo a una mejor planificación de los mismos, ya que se constata que, en determinados casos, el colectivo humano atendido podría serlo más eficazmente desde el área de los servicios sociales.

Para ello, el autor señala la idoneidad del RACP (Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos), que funciona en la Comunidad Autónoma del País Vasco desde el año 1983. El presente artículo describe un estudio, realizado a partir de este registro, cuyo objeto era la detección, dentro de los servicios psiquiátricos, de la problemática susceptible de ser atendida por los servicios sociales.

En la planificación de los servicios psiquiátricos públicos la necesidad de delimitar funciones con áreas como justicia, educación y servicios sociales se presenta en primer término. La realidad es que resulta dificultoso en gran número de casos, distinguir el tipo de causas que determinan una situación de una persona o un colectivo con problemas mentales. En nuestro país, hasta 1980, los servicios psiquiátricos dependían de las Diputaciones, incluso ahora gran parte de las Comunidades Autónomas conservan los hospitales psiquiátricos sin transferirlos al sistema sanitario. En este tipo de instituciones podemos encontrar siempre un colectivo humano con problemas y deprivaciones de toda índole, la clave de las resoluciones de los cuales no es de exclusiva competencia de la psiquiatría.

Pero aunque sea dificultoso resulta imprescindible discernir las problemáticas y causas para poder organizar y administrar una adecuada asistencia. Asimismo, cuando todos los servicios psiquiátricos se hallan integrados en el sistema sanitario es necesario discernir situaciones que serían más eficaz y eficientemente atendidas desde el área de los servicios sociales.

Con el objetivo, entre otros, de discernir y analizar estas situaciones, se suele recomendar el organizar un Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos. El RACP fue ideado por Wing y colaboradores hace 3 décadas y se ha demostrado de gran utilidad para la monitorización de las prestaciones en psiquiatría y la planificación de los servicios psiquiátricos.

En la Comunidad Autónoma Vasca, desde 1983, se halla en funcionamiento el RACP, a partir de los datos del cual se han realizado diversos estudios que contribuyen a discernir las problemáticas de los diversos colectivos de pacientes que acuden a los SSPP. En el presente artículo describo un estudio realizado para detectar problemática susceptible de ser atendida por servicios sociales y que influye en la demanda de Servicios Psiquiátricos.

ANTECEDENTES

Tras diversas investigaciones se ha llegado a demostrar que en sanidad, los servicios públicos son frecuentados a lo largo

TABLA I DISTRIBUCIÓN DE
DIAGNÓSTICOS

	Hombre	Mujer	Total
Tipo Simple.....	52.	31.	83.
Tipo Hebrefénico.....	56.	32.	88.
Tipo Catatónico.....	14.	13.	27.
Tipo Paranoide.....	196.	134.	330.
Esquizo Agudo.....	25.	10.	35.
Esquizo Latente.....	11.	1.	12.
Esquizo Residual.....	33.	99.	132.
Esquizo Afectivo.....	11.	12.	23.
Otras Esquizofrenias.....	39.	19.	58.
Sub-Total	437.	351.	788.
Estados de Angustia.....	125.	232.	357.
Histeria.....	9.	63.	72.
Estados Fóbicos.....	18.	32.	50.
Neurosis Obsesivo Compulsiva.....	31.	26.	57.
Depresión Neurótica.....	79.	283.	362.
Otras Neurosis.....	62.	68.	130.
Sub-Total	324.	704.	1.028.
TOTAL.....	761.	1.055.	1.816.

del año, en un gran porcentaje, por una población determinada, que repite las consultas y ocupa el mayor espacio de tiempo. Sin embargo este grupo de personas suele representar una pequeña parte de la población con patología real. El RACP puede ayudar a describir en el área de la psiquiatría las características de esta población y a diseñar en consecuencia estrategias para prestar las ayudas psico-sociales que en realidad se requieren. Pues se sugiere que son las características psico-sociales las que en gran medida inducen a solicitar ayuda sanitaria.

R. Giel en esta línea (pg. 65 de PCR in Public Health) describe las ventajas de la utilización del RACP respecto a otros métodos.

Como se sabe, la oferta de servicios configura en gran manera el perfil de la demanda. Por otra parte, como Kramer dice (pg. 64, op. cit.), incluso en países con servicios desarrollados, la población registrada en los servicios de información de salud mental solamente suele llegar a reflejar el 15 % de la población con problemas mentales.

Los censos de pacientes suelen ser influidos por las actitudes y el comporta-

miento de la población ante las enfermedades, pero también por las estrategias de los servicios sanitarios. A su vez la formulación de planes en salud mental suele estar condicionada por factores culturales, económicos, políticos y de disposición de datos. Así pues el contexto social es básico para el tipo de planes que se desarrollarán. Como dice R. Giel (pg. 68, op. cit.), estas influencias suelen ser claras en las primeras etapas de la planificación, y en un segundo momento la planificación pasa a una caja negra, pues suele ser más fácil relacionar datos macro y micro económicos con indicadores como admisiones, altas, camas disponibles y censos de pacientes, que analizar la práctica de la asistencia en salud mental. El RACP ayuda al análisis de esa caja negra. J. D. Suver y compañeros en su manual sobre Administración de organizaciones sanitarias hacen especial hincapié en este tema.

La existencia de asilos y hospitales de crónicos influye notoriamente en los índices de admisiones de pacientes psiquiátricos, como lo hace notar Kramer (pg. 80, op. cit). Estos índices de admisión son condicionados en primera instancia por el tipo de servicios extrahospitalarios que se organizan, y sobre todo por la práctica de psiquiatría comunitaria que se desarrolle, y

según los dispositivos comunitarios de que se dispongan. Pero no sólo influye la disponibilidad de servicios sanitarios sino también la existencia de otro tipo de instituciones como residencias y hogares alternativos para jóvenes, por ejemplo. Kramer también encuentra una correlación inversa entre la existencia de servicios psiquiátricos y las existencias de correccionales y prisiones, en EEUU.

Una cuestión difícil de discernir es qué servicio, institución y profesional pueden ser considerados de salud mental. Como dice Fryers (pg. 111, op. cit.), cuanto más integrados y flexibles son los servicios más difíciles de discernir son.

Para analizar la gestión de diferentes servicios respecto a su utilización por parte de enfermos mentales, es útil centrarse en pacientes crónicos, y sobre todo en psicóticos y alcohólicos. Lógicamente sería más útil seleccionar una muestra entre los más deprivados, y realizar un seguimiento por algunos años. Así en Salford se realizó un seguimiento de 416 pacientes durante 4 años. Este estudio comenzó en 1968. De los datos del mismo, deduce Fryers diversas cuestiones de gran interés: una es que los grupos de vecinos más estables suelen aparecer sobrerrepresentados en los registros. También dice que la localización de los servicios es clave para su utilización

por este tipo de pacientes. Muestra por otra parte que no son los enfermos crónicos los que más frecuentan los servicios de salud mental. Hay un importante número de pacientes que suelen contactar una sola vez con los servicios, y también un índice masivo de pacientes que sin ser internados una sola vez acuden gran número de veces a los consultorios extrahospitales, o requieren visitas domiciliarias. El R. acumulativo de CP, ayuda sustancialmente a distinguir estas estadísticas, probablemente es el único medio de discernir las características de estas poblaciones.

Como arriba he mencionado, en la Comunidad Autónoma Vasca a partir de los datos del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos se han realizado diversos análisis de las variables psico-sociales que condicionan el proceso de los trastornos mentales. Así se analizaron los costos de tratamientos alternativos de pacientes crónicos (J. A. Ozamiz y J. Cabases) y la validez de indicadores socio-demográficos (J. A. Ozamiz) relacionados con la demanda de S.S. Públicos.

En el presente artículo expondré un análisis realizado en Mayo de 1987, de cuyos datos se pueden derivar conclusiones sobre las necesidades de servicios sociales, o carencias sociales que apoyan las observaciones de Kramer antes mencionados.

TABLA II

PORCENTAJES DE LINEAS HORIZONTALES

N.º	TIPO SIMPLE	TIPO HEBEFRENICO	TIPO CATATONICO	TIPO PARANOIDE	ESQUIZO AGUDO	ESQUIZO LATENTE	ESQUIZO RESIDUAL	ESQUIZO AFECTIVO	OTRAS ESQUIZOFRENIAS	ESTADOS DE ANGUSTIA	HISTERIA	ESTADOS FOBICOS	NEUROSIS OBSESIVO CO	DEPRESIÓN NEURÓTICA	OTRAS NEUROSIS
257 No consta	6,6	10,1	2,7	19,1	3,5	0,8	11,3	1,2	8,6	14,4	3,9	1,9	3,1	8,2	4,7
165 Estudiante	4,8	4,8	1,8	17,6	6,1	1,2	1,2	1,2	1,8	18,2	6,1	7,3	5,5	16,4	6,1
562 Ama de casa	2,3	2,1	0,9	12,6	0,4	0	98	1,5	1,4	23,3	5,2	2,3	2,3	28,8	7,3
27 Agricultor	7,4	11,1	7,4	33,3	0	3,7	22,2	3,7	0	0	0	0	0	7,4	3,7
18 Pescador	5,6	5,6	0	55,6	0	0	0	0	0	0	0	0	5,6	22,2	5,6
342 Obrero sin cualificar	7,3	6,7	0,3	23,4	1,2	0,9	9,4	1,5	3,5	15,5	2,0	1,8	2,0	15,5	9,1
236 Obrero cualificado	3,0	4,7	2,5	25,0	1,7	0,8	2,5	1,3	2,5	19,1	2,1	3,4	3,0	21,2	7,2
48 Empleado oficina	4,2	2,1	2,1	6,2	6,2	0	0	2,1	4,2	35,4	6,2	4,2	4,2	14,6	8,3
76 Administrativo medio	5,3	0	0	15,8	2,6	2,6	2,6	0	3,9	25,0	5,3	1,3	6,6	23,7	5,3
20 Administrativo superior	5,0	0	0	10,0	0	0	0	5,0	0	45,0	5,0	0	10,0	20,0	0
26 Pequeño propietario	0	3,8	0	0	3,8	0	0	0	3,8	34,6	0	7,7	3,8	19,2	23,1
38 Profesión liberal	7,9	5,3	5,3	15,8	0	0	0	0	2,6	18,4	5,3	2,6	5,3	23,7	7,9
1 Gerente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100,0	0	0	0	0

MATERIAL Y MÉTODOS

Del primer período en el que el RACP comenzó a implantarse con aceptabilidad, como es el de 1-1-84 al 1-6-86, se seleccionaron los casos diagnosticados de neurosis o esquizofrenias, por ser considerados los agrupamientos más útiles para el fin del estudio. Ello porque el registro se halla clasificado en 8 divisiones (psicosis orgánica, psicosis afectiva, otras psicosis, alcoholismo, toxicomanías, neurosis, trastornos de la personalidad, otros trastornos), el resto de las cuales podrían tener influencias aún más profundas y extensas de variables socio-demográficas o situaciones psicosociales, en la demanda de los servicios sanitarios.

Se recogieron los casos que tuvieran complementados todos los datos de la ficha maestra extensa. La ficha extensa es una ficha elaborada por la comisión para la planificación de los servicios psiquiátricos en 1983. Esta ficha se sugiere rellenar a los diversos servicios, pero no se requiere como imprescindible para cumplimentar el registro. Por todo ello la muestra estudiada es representativa de los servicios que mayor colaboración han presentado en la cumplimentación del registro. Resultaron de todo ello 1.816 fichas seleccionadas. De ellas se procesaron 15 variables: sexo, edad, estado civil, domicilio, situación laboral, profesión, nivel de instrucción, tipo de fratría, antecedentes familiares de trastornos mentales, tratamiento psico-farmacológico, psicoterapia de apoyo, tratamiento de modificación de conducta, terapia familiar, terapia de grupos, diagnóstico.

El diagnóstico, como se exige en el RACP, estaba codificado en función de la CIE-9. Así pues, resultan 9 subdivisiones del diagnóstico de esquizofrenia y 6 del de neurosis.

Esquizofrenias: simple, hebefrénica, catatónica, paranoide, aguda, latente, residual, afectiva y otras.

Neurosis: estados de angustia, histeria, estados fóbicos, obsesiva, depresión neurótica, otras neurosis.

RESULTADOS

En la distribución de diagnósticos se puede observar que entre las esquizofre-

nias las más abundantes en esta muestra son las de tipo paranoide (330) y las residuales (132).

Entre las neurosis son los estados de angustia los diagnósticos más frecuentes (357) junto con las depresiones neuróticas (362). En la distribución por sexos aparecen diferencias notorias. Hay más esquizofrenias de hombres (el 55,4%) y más neurosis de mujeres (el 68,4 %).

Las diferencias destacan aún más en los casos de esquizofrenia paranoide y latente, y en las neurosis de angustia y depresiones.

En la Tabla 2 resultante del cruce de diagnóstico con status profesional, se pueden observar algunas distribuciones destacadas que luego veremos reflejadas en el mapa proyección del análisis de correspondencias múltiples. Los porcentajes de distribución de las profesiones por patologías siguen en general la lógica de las profesiones típicas de cada sexo, respecto a las patologías antes mencionadas. Pero en todo caso cabe destacar la acumulación de los porcentajes más altos de profesiones con status más bajo (agricultor, pescador, obrero sin cualificar, obrero cualificado) en torno a las esquizofrenias de tipo paranoico. Las profesiones de status generalmente más elevado, o más culto (empleado, administrativo, propietario) sin embargo, acumulan los porcentajes más elevados en las neurosis de angustia, y la profesión liberal en la depresión.

Realizando un análisis de correspondencias múltiples con el programa SPAD se consideraron las 15 variables activas.

Surgen en el análisis cuatro ejes destacados que se proyectan en el espacio de los mapas de datos. Entre los cuatro explican el 18,06 % de la inercia.

El primer eje (correspondiente al primer factor y que explica el 8,24% de la inercia) sitúa los datos en función del nivel de instrucción. El segundo en función de la edad y el tercero en función del sexo. El cuarto parece estar configurado por las patologías.

En los mapas resultantes de la proyección del eje 1 modulado por el 2, y la proyección del eje 2 modulado por el 3, se sugiere unas tipologías que ya en el mapa del eje 3 modulado por el eje 4, aparecen claramente diferenciadas.

Estas tipologías están caracterizadas por determinadas categorías de las variables que componen los factores mencionados, básicamente. Las describo a continuación:

En primer lugar aparecería la tipología determinada por las categorías de mujeres de edad media, amas de casa con depresiones.

En segundo lugar jóvenes con estudios superiores, con diagnóstico de esquizofrenia aguda y hebefrenia, en desempleo.

En tercer lugar ancianos con esquizofrenias residuales, en determinadas zonas más abundantes que en otras.

En cuarto lugar varones diagnosticados de paranoia, con incapacidad laboral, agricultores u obreros sin cualificar, y que parecen más característicos en algunas zonas determinadas.

Finalmente, varones con diagnóstico de neurosis, de mediana edad y de profesiones medias como empleado de oficina, administrativo medio, o pequeño propietario, activos y con puesto fijo en todo caso, y casados.

Como todos sabemos este tipo de análisis solamente apunta posibles correlaciones y tipologías. Son exploraciones de la realidad que han de ser corroboradas por menorizadamente. Son búsquedas de tipologías que puedan ayudar a un conocimiento sintetizado de la realidad. En todo caso, de los análisis realizados para elaborar estas tipologías se sugieren varias preguntas:

- Por una parte aparece una distribución de patologías a lo largo de un continuum modulado por el sexo y la edad. Ya en la reunión de la Asociación Española de Epidemiología Psiquiátrica, en 1988 en Alcocéber, en la ponencia del doctor Pedro Enrique Muñoz se describía este fenómeno en la epidemiología psiquiátrica.
- Una polarización que se sugiere en los clusters es la de la paranoia respecto al sexo masculino, frente a la depresión respecto al sexo femenino. Este tipo destacaría en el continuum expresado.
- Otra polarización destacable sería la de la inactividad laboral relacionada con dos extremos de trastornos gra-

ves, un tipo de psicosis en ancianos, y diversos tipos de esquizofrenias en jóvenes. El primer tipo aparece relacionado fundamentalmente en Bizkaia.

Una necesidad social detectada en las consideraciones anteriores, sería la de mayor atención residencial para ancianos en Bizkaia.

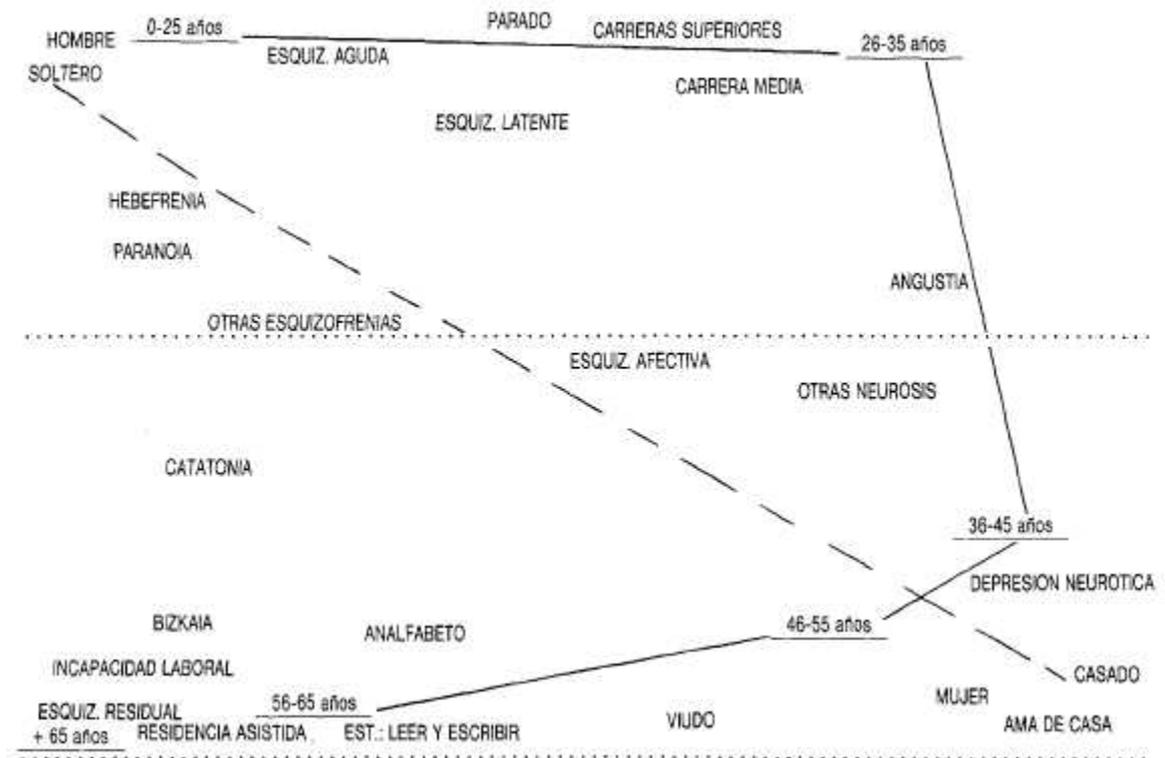
Según un informe del Departamento de Trabajo del Gobierno Vasco de 1985, en Araba había 1.239 ancianos en asilos, en Gipuzkoa 1.817, y en Bizkaia 2.835. Teniendo en cuenta que Bizkaia tiene el doble de habitantes que Gipuzkoa y cinco veces el número de habitantes que Araba, podemos percatarnos de la desproporción de recursos asilares, lo cual se ve reflejado en las patologías atendidas en servicios psiquiátricos.

DISCUSIÓN

En el País Vasco desde 1980 se ha desarrollado un proceso de integración de los servicios psiquiátricos en la red sanitaria general. En este momento Osakidetza o Instituto Vasco de la Salud resulta ser una red pública sanitaria que abarca el 90 % del sistema en nuestro país. Con la Ley de Territorios Históricos, hace 5 años, se realizó la transferencia de los servicios psiquiátricos dependientes de las Diputaciones al Gobierno Vasco, que ya disponía de Osakidetza. Al mismo tiempo los servicios sociales quedaban como responsabilidad de las Diputaciones. La organización coordinada de servicios sociales y sanitarios, resulta imprescindible. La práctica cotidiana nos lo está demostrando. Pero el lenguaje de los administradores y el de los datos facilitados por el registro requiere de una coordinación que como comenta Giel, tal vez necesite de una reeducación de los profesionales que trabajan en ambos sectores. Estimo que este problema no es solventado por un sistema de información que trate de integrar todo tipo de datos, clínicos, administrativos y psico-sociales. La literatura y la práctica nos dicen que el organizar un registro acumulativo de casos es tan complejo que requiere de una autonomía amplia.

Todos sabemos que la real coordinación entre los diversos servicios y prestaciones, hasta conseguir una verdadera continuidad de cuidados y una atención comunitaria, depende de las personas y de los equipos. Pero la organización de esos equi-

Posición de los elementos con máxima inercia sobre el Eje 2, modulados por el Eje 3



El trabajo domiciliario es difícil de evaluar. Sin embargo, Fryers refiere un estudio sobre las repercusiones de un cambio de la práctica de enfermeras comunitarias en su labor de visitas domiciliarias, realizado con el registro de casos. Narra cómo en Salford las enfermeras psiquiátricas comunitarias se establecieron inicialmente reconvirtiendo las enfermeras hospitalarias. Rápidamente se les asignó una considerable cantidad de recursos extras. Describe los servicios que prestaban, el tipo de visitas domiciliarias que realizaban, y a continuación transcribe estadísticas sobre los tipos de diagnósticos de los pacientes vistos de 1976 a 1982. Asimismo, y siempre gracias al RACP, es capaz de describir las relaciones de estas profesionales con los distintos niveles profesionales (atención primaria, GP, especialistas y asistentes sociales). Concluye que terminaron asistiendo una población similar a la que atienden los centros de salud mental. La población atendida en los hospitales, los pacientes de larga estancia, no disminuyeron. Lo que se consiguió fue atender a más pacientes y mejorar la calidad de cuidados (pg. 109, op. cit.).

Los pacientes psiquiátricos pueden estar utilizando una gran variedad de recursos

sociales sustitutos de los centros de día, como clubs, asociaciones, parroquias, grupos de autoayuda, etc. ¿Cómo valorar estos recursos?

Bridges, Goldberg y otros (Costs and effects..., pg. 165) realizan un estudio comparativo de costos beneficios, de un hospital asistido, con una unidad de psiquiatría en un hospital general, en la atención a pacientes crónicos. Utilizan para ello un modelo propuesto por Glass y Goldberg, en el que se incluyen costos "Hard", como los económicos, y costos "Soft", como las incapacidades sociales y la sintomatología. En los beneficios soft se valora la adaptación.

En el estudio de los nuevos pacientes de largo tratamiento, así como en las características de los crónicos ya existentes y sus posibilidades de reinserción y rehabilitación, las variables psico-sociales se tornan condicionantes básicos.

Marinoni et al. (Cost and effects..., pg. 126) tras realizar un seguimiento de 223 pacientes durante tres años en Liguria (Italia) utilizando el RCP, hallaron que los pacientes que más utilizaban los servicios sanitarios eran los que presentaban las características de mayor antigüedad en sus

problemas clínicos, y menores posibilidades de ocupación. Describen otro modelo de utilización de servicios, en el que lo característico sería el abandono de las prestaciones tras unas pocas consultas clínicas, típico de pacientes jóvenes con gran agresividad, pocas capacidades para el empleo y el desarrollo social, que se van marginando de la comunidad. Describen cómo en su seguimiento se puede comprobar que la sintomatología deriva en alucinaciones persecutorias. Describen también un tercer tipo de pacientes caracterizados por mantener el contacto con los servicios y progresar en sus programas de rehabilitación e integración social. Mencionan también que en este seguimiento no encontraron diferencias significativas entre los costos, tanto económicos como de otro tipo que suponen para los familiares los pacientes que siguen en contacto con los servicios psiquiátricos y sociales, de aquellos que con similares características clínicas dejan de acudir a estos servicios.

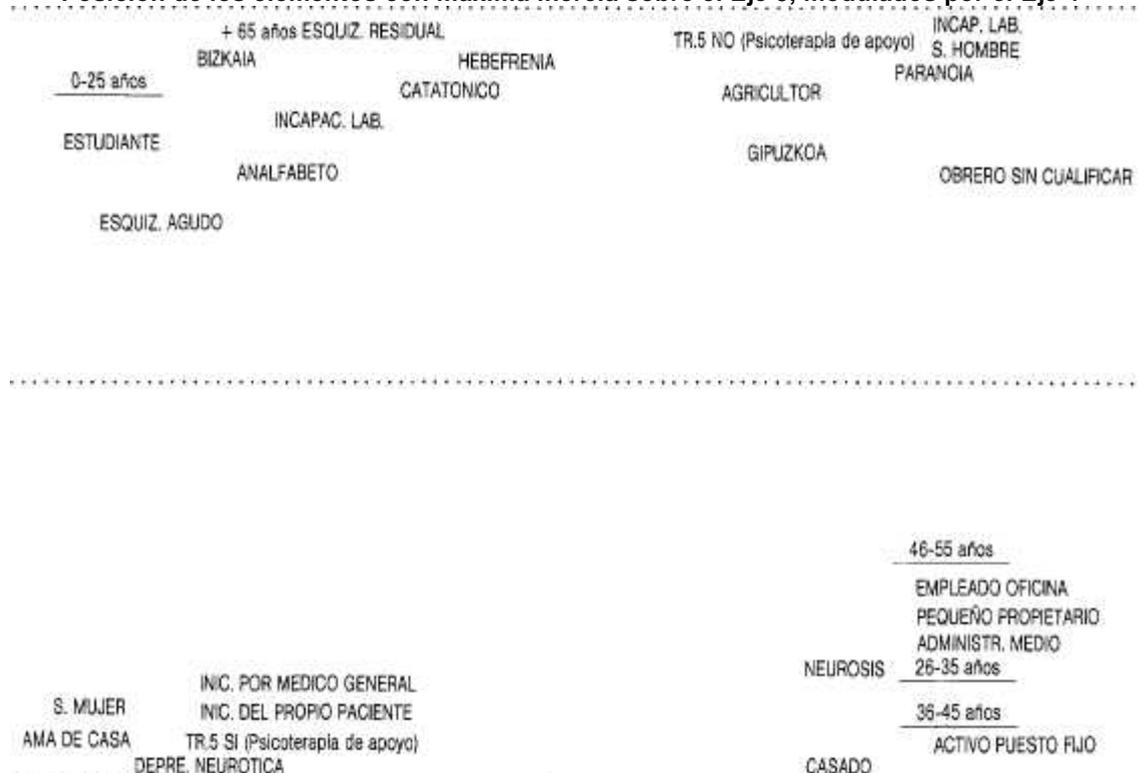
De nuestro análisis se derivan 5 tipos de pacientes con patologías y características psico-sociales determinadas. Un estudio más pormenorizado de sus necesidades psico-sociales ¿permitiría diseñar programas para orientar a los profesionales en una asistencia más efectiva?

Hay experiencias e ideas abundantes que facilitarían estos diseños para los cinco grupos de pacientes. Pero ello necesitaría, en los cinco casos, de una buena coordinación con asistentes sociales, servicios sociales, los Departamentos de Trabajo y Seguridad Social y el de Educación.

En todo caso caben apuntar sugerencias para realizar programas que atiendan a cada grupo de los determinados en el estudio. Así con el primer grupo de mujeres de mediana edad, caracterizadas por ser amas de casa con neurosis depresivas, cabría diseñar un programa que en coordinación con el Instituto de la Mujer promoviera grupos de terapia, de apoyo y de autoayuda, así como información tendente a dotar de instrumentos de afrontamiento útiles para situaciones comunes a este colectivo, demostradas como desencadenantes de la depresión.

Con el segundo grupo descrito como configurado por jóvenes con estudios superiores, en desempleo y con diagnóstico de esquizofrenia aguda o hebefrenia, sería de gran eficacia diseñar programas específicos de atención intensiva psiquiátrica y psico-terapéutica. Pero es obvio que este tipo de atención necesitaría ser complementada con un programa de apoyo social.

Posición de los elementos con máxima inercia sobre el Eje 3, modulados por el Eje 4



en el que la ocupación y muy posiblemente la residencia fueran organizadas de manera especial.

El tercer grupo, compuesto por ancianos diagnosticados de esquizofrenias residuales y, que es importante numéricamente, sobre todo en Bizkaia, sugiere la necesidad de afrontar la organización de asilos o residencias con atención especializada. Esta necesidad, en crecimiento por razones demográficas, aún no ha sido abordada con detenimiento, aunque continuamente se recuerda con preocupación por los responsables de la planificación.

Sobre el cuarto grupo, quedarían más interrogantes que sugerencias. Este grupo, caracterizado por ser hombres, agricultores u obreros sin cualificar, de status bajo o medio bajo, en incapacidad laboral, y con el diagnóstico de paranoia, aparece con una frecuencia destacada en diversas zonas del territorio de Gipuzkoa. Habría que

reflexionar sobre los programas terapéuticos adecuados para estos casos. Pero hay autores como L. J. Kirmayer (1989) que sugieren el que las actitudes de la población influyen especialmente en la aparición de este tipo de patología. Un estudio de campo podría ayudar a elaborar actuaciones en medios de información o instituciones locales y ámbitos comunitarios que previnieran esta problemática.

Por último, la clásica tipología que se detecta, de varones de mediana edad, oficinistas o administrativos, casados, con empleo fijo o pequeños propietarios, y diagnosticados de neurosis, induce a pensar que además de la organización asistencial adecuada con programas psicoterapéuticos, podría ser útil el estudio de esta problemática desde la perspectiva laboral, familiar y de comunidad.

J. Agustín Ozamiz

BIBLIOGRAFÍA

1. **AJURÍAGUERRA, J. y cois.** (1983): *Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
2. **BENZECRI, J. P.** (1982): *L'analyse des données-2 L'analyse des correspondences*. DUNOD. Paris.
3. **FERNANDEZ, O.** (1989): *El análisis factorial de correspondencias: lugar en el Análisis Multivariante*. Ponencia en el II Congreso de Sociología. Donostia.
4. **FRYERS, T.**: *Administrative and operational research using a psychiatric case register*, en Horn et al (1986) (op. cit.).
5. **GIEL, R.**: *The use of a case register in administrative and operational research*, en Horn et al.: *Psychiatric case registers in public health*. Ed. Elsevier, 1986.
6. **GOLDBERG, D. y BRIDGES, K.**: *The description and cost-benefit evaluation of a bestel-ward for chronic psychotic patients*, en Schwefel (op. cit.).
7. **KIRMAYER, L. J.** (1989): "Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress". *Soc. Scie. and Med*, Vol. 29, n.º 3.
8. **KRAMER, M.**: *Use of psychiatric case registers in planning for health for all for the year 2000*, en Horn et al (1986) (op. cit.).
9. **MAR1NORI et cois.**: *The effect of the hospitalization law on chronic psychotic patients in Ita/y: A tentative cost-effectiveness evaluation*, en Schwefel (op. cit.).
10. **OZAMIZ, J. A.**: *The establishment of a psychiatric case register in the Basque country*, en Giel, R. (op. cit.).
11. **OZAMIZ, J. A.; CABASES, J. M.**: *Economic analysis of alternative patterns of psychiatric treatment and management of chronic psychotics in the Basque country*, en Schwefel, D. et al. (op. cit.).
12. **OZAMIZ, J. A.** (1988): *Psico-sociología de la Salud Mental*. Ed. Tarttalo. Donostia.
13. **SCHWEFEL, D.; ZOLLNER, H.; POTTHOF, P.** (1988): *Cost and Effects of Managing Chronic Psychotic Patients*. Ed. Springer-Verlag.
14. **WING, J. K. and HAILEY, A. M.**: *Evaluating a Community Psychiatric Service: The Camberwell Register, 1964-1977*. London, Oxford University Press, 1972.