

Evaluación del resultado de la desinstitucionalización de pacientes mentales crónicos: un estudio de cohorte

An assessment of the results of the deinstitutionalization of chronic mental patients: A cohort study

E. JORDA MOSCARDO (1), J. ESPINOSA (2), P. PERIS (3), M.J. BELENGUER (4), P. ESCRIBA (5), R. GARCIA RODENAS (6)

RESUMEN

Mediante un estudio longitudinal de una cohorte de pacientes mentales crónicos, utilizando como instrumentos las Escalas de Retraimiento Social (SW), Conducta Social Alterada (SE), Ocupación, Contacto con el Exterior y Actitud del Personal de J.K. Wing y G.W. Brown (1970) y Escala B de Kunze (1981), se evalúa el resultado de la desinstitucionalización de los pacientes que en 1984, estaban ingresados en el Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia).

Aplicando test estadísticos no paramétricos, para datos apareados y análisis de covarianza, se observa que para el conjunto de la cohorte hay una evolución favorable en la Conducta Social Alterada y el Contacto con el Exterior y desfavorable en el Retraimiento Social, Ocupación y Actitud del Personal que atiende en los alojamientos actuales.

Considerando los distintos tipos de alojamientos de destino actuales se aprecia que los pacientes que residen en Asilos y Residencias tienen menos Ocupación y en el domicilio familiar mayor Retraimiento y mayor Conducta Social Alterada a la vez que las personas que los atienden tienen una actitud más desfavorable hacia ellos.

En los que residen en Pisos o Pensiones hay una favorable evolución de la Conducta Social Alterada.

El Riesgo Relativo de mortalidad, por el efecto de la desinstitucionalización, no se observa que sea diferente del que se aprecia en los pacientes que continuaron ingresados en el Hospital.

PALABRAS CLAVE: Desinstitucionalización. Pacientes mentales crónicos. Estudio de cohorte. Evaluación.

SUMMARY

By means of a longitudinal study a cohort of chronic mental patients, has been assessed, using Ward Behaviour Scales of J.K. Wing and G.W. Brown (1970): Social Embarrassing Behaviour (SE) and Social Withdrawal (SW); Patient's Occupation, Contact with the Outside World and Nurse's Attitudes and the Scale B of H. Kunze (1981).

The results were evaluated for the patients that in 1984 were in Bétera Psychiatric Hospital (Valencia).

Applying non parametric statistical test, for matching data and a covariance analysis, it was observed that for the whole cohort there is a favourable evolution in the Social Embarrassing Behaviour and in the Contact with the Outside World, and disfavoured in Social Withdrawal, Patient's Occupation and Attitudes of Personal in the accommodations in 1989.

Considering the different types of accommodation the difference can be appreciated that the patients who reside in asylums and residencies have less Social Embarrassing Behaviour and the same time the people that attend them have a more disfavorable attitude towards them.

Those that reside in apartments or boarding houses have a favourable evolution in the social embarrassing behaviour.

The relative risk of death, due to the effect of deinstitutionalization, did not appear to be different to that of the patients who continue in the Hospital.

KEY WORDS: Deinstitutionalization. Chronic mental patients. Cohort study. Evaluation.

INTRODUCCION

Hasta 1984, el Hospital Psiquiátrico de Bétera ha sido junto a la Casa de la Misericordia y el Sanatorio "Padre Jofre", el principal dispositivo asistencial en Salud Mental de la Provincia de Valencia.

En aquel año se lleva a cabo el Plan de reestructuración de los servicios, en el que pierde su papel hegemónico con la creación de equipos multidisciplinarios de base comunitaria, al tiempo que se impulsa el proceso de desinstitucionalización, que en cierto modo, se había iniciado desde el mismo momento de la inauguración del Centro, diez años antes (Gómez Beneyto y cols., 1986).

(1) Psiquiatra. Unidad de Registro de Casos Psiquiátricos de Valencia. (2) Psiquiatra. Servicio de Salud Mental. (3) Psiquiatra. Unidad de Salud Mental, Area 8. (4) Asistente Social. Unidad de Registro de Casos Psiquiátricos. (5) Profesora Escuela de Trabajo Social. (6) Estadístico.

Correspondencia: Enrique Jordá Moscardó. Unidad de Registro de Casos Psiquiátricos. Servicio de Salud Mental. Diputación Provincial. C/ Corona, 36. 46003 Valencia.

Fecha de recepción: 17-11-92

Fecha de aceptación: 9-3-93

Aunque, como dicen Jones y cols. (1986), existe una profusa literatura sobre la desinstitucionalización, lo cierto es que la mayoría de los trabajos se refieren más a la descripción o evaluación de los nuevos servicios o incluso tratan, como también señalan Shan y Holmes (1987) de los éxitos o de los fracasos, sin aclarar en qué consisten, ni explicar cómo han sido medidos, faltando por lo general toda referencia a las condiciones y situación de los nuevos equipamientos residenciales.

En el caso de Valencia, teniendo además en cuenta que la población que permanecía en el Hospital era ya la de más avanzada edad o con mayor deterioro orgánico (Jorda y cols., 1986), nos pareció importante desde el primer momento prever, no sólo que personas dadas de alta contaran con suficientes medios económicos para vivir en la comunidad, evitando así las consecuencias tantas veces descritas de ciertas desinstitucionalizaciones precipitadas (Mechanic, 1987), sino también poder evaluar en el tiempo futuro, las posibles ventajas en la calidad de su vida en la comunidad.

Por ello se diseñó este trabajo en el mismo momento en que la política de desinstitucionalización se estaba llevando a cabo, monitorizando la evolución, desde mayo de 1984, de todos los pacientes residentes en el citado hospital, considerados como crónicos por llevar ininterrumpidamente internados 1 año o más (N = 340).

Se han considerado asimismo como desinstitucionalizados, los pacientes crónicos que se han mantenido viviendo ininterrumpidamente fuera del hospital, durante al menos 6 meses.

En ausencia de un conocimiento específico de cuál es el periodo de inducción y latencia mínimo para conocer los efectos de la desinstitucionalización, se asume como periodo de inducción mínimo el de cinco años, a partir del cual se puede valorar el efecto producido.

Hemos tenido en cuenta la recomendación de Tsuang (1985), de controlar la mortalidad de los pacientes como medio de monitorizar a los pacientes que viven en la comunidad.

OBJETIVOS

1. El seguimiento de la cohorte de pacientes crónicos internados en el Hospital Psiquiátrico de Bétera, en un momento determinado, mayo de 1984, y estudiar al cabo de cinco años, mayo de 1989, su evolución en los aspectos de Retraimiento Social, Conducta Social Alterada, Ocupación, Contacto con el Exterior a la vez que se conoce la Actitud del Personal que le cuida en los distintos tipos de Alojamiento.

Como observación complementaria se controla el grado de participación y Uso de Servicios y asistencia a lugares públicos de los pacientes de la cohorte, tanto de los desinstitucionalizados como de los que continúan hospitalizados.

2. La atención a los fallecimientos ocurridos con referencia al lugar, tiempo y circunstancias acompañantes.

3. El estudio de la interrelación causal entre las características de la cohorte y la asignación a distintos tipos de alojamiento en la deshospitalización y la influencia de la actitud del personal relacionado con el cuidado.

HIPOTESIS

1. La evolución de los pacientes que continúan hospitalizados no cambiará de signo, estarán igual o peor que estaban, con valores iguales o mayores en las Escalas de SW, SE e iguales o menores en las de Ocupación, Contacto con el Exterior y Actitud del Personal de Enfermería.

2. Los pacientes deshospitalizados estarán en mejor situación en 1989 que en 1984, por lo que tendrán puntuaciones menores en las Escalas de Retraimiento Social (SW), Conducta Social Alterada (SE) y valores mayores en las de Ocupación, Contacto con el Exterior y Actitud del Personal de Enfermería tanto para los que viven en alojamientos alternativos al Hospital como para los que residen en domicilios familiares.

3. La mortalidad entre los hospitalizados no será diferente a la de los deshospitalizados, siempre que no se observen diferencias significativas en cuanto al sexo, edad, diagnóstico somático, diagnóstico psiquiátrico, número de reingresos y años de hospitalización.

MATERIAL

Todos los pacientes mentales crónicos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Bétera (Valencia) cuyo número en 1984 era de 340.

TABLA I

DISTRIBUCION DE LA COHORTE DE PACIENTES MENTALES CRONICOS POR SUS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS: EDAD, ESTADO CIVIL, ESCOLARIZACION Y PROFESION

Características Sociodemográficas	Hombre n = 204 %	Mujer n = 136 %	Total n = 340 %
<i>Edad</i>			
15-24	2,0	—	1,2
25-34	8,8	2,9	6,5
35-44	22,1	12,5	18,2
45-54	27,4	25,0	26,5
55-64	28,9	39,0	32,9
65-74	9,8	18,4	13,2
75-84	1,0	2,2	1,5
Edad media = 52,37 Desviac. típica = 11,58 Min. = 22 Max. = 79			
<i>Estado civil</i>			
Soltero	86,3	80,1	83,8
Casado	9,8	13,2	11,2
Separado	1,0	0,7	0,9
Viudo	2,9	5,9	4,1
<i>Escolarización</i>			
Analfabeto	17,2	31,6	22,9
Educación Primaria	31,4	33,1	32,1
Bachiller Elemental	4,9	2,9	4,1
Bachiller Superior	2,0	—	1,2
Formación Profesional	0,5	—	0,3
Estudios Grado Medio	1,5	0,7	1,2
Estudios Superiores	0,5	0,7	0,6
No consta	42,2	30,9	37,6

TABLA I (CONT.)

Profesión			
Agric. propia	1,0	—	0,6
Agric. ajena	7,8	—	4,7
Prof. liberal	4,9	0,7	3,2
Estudiante	4,9	1,5	3,5
Trab. especializado	18,1	1,5	11,5
Trab. no especializado	40,2	5,9	26,5
Doméstico	—	68,4	27,4
Ninguna	10,7	16,9	13,2
No consta	12,2	5,1	9,4

Las características socio-demográficas y clínicas de los pacientes de la cohorte, se describen en las Tablas I y II, donde apreciamos que el 60% son hombre y el 40% mujeres, la edad media es de 52,37, más de la mitad > de 45 años, predominantemente solteros, con insuficiente escolarización y profesiones no especializadas. Al mismo tiempo se trata de pacientes con el diagnóstico de Esquizofrenia, siendo asimismo tributarios de Neurolépticos en el 57% de los casos, con escasa movilidad (sólo una cuarta parte ha tenido tres o más reingresos), y con una media de internamiento de 20 años.

TABLA II

DISTRIBUCION DE LA COHORTE DE PACIENTES MENTALES CRONICOS POR SUS DIAGNOSTICOS, TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO, REINGRESOS Y AÑOS DE HOSPITALIZACION

Diagnósticos y Tratamientos	Hombre n = 204 %	Mujer n = 136 %	Total n = 340 %
<i>Diagnóstico Psiquiátrico</i>			
Psicosis Orgánicas	7,8	5,9	7,1
Esquizofrenia y Est. Paranoides	54,4	55,1	54,7
Psicosis Afectivas	2,5	3,7	2,9
Neurosis y Trans. Personalidad	3,9	6,6	5,0
Oligofrenias	12,7	19,9	15,6
Otros	7,3	0,7	4,7
Combinados	4,9	3,7	4,4
Sin diagnóstico	6,4	4,4	5,6
<i>Tratamiento Psicofarmacológico</i>			
Neurolépticos	66,2	44,1	57,3
Antidepresivos	1,0	1,5	1,2
Tranquilizantes Menores	2,9	3,7	3,2
Antiepilépticos	6,4	5,1	5,9
Antiparkinson. (Asoc. a Neurol.)	15,5	10,0	12,6
Otros	0,4	0,7	0,6
No consta	1,0	2,2	1,5
Sin tratamiento indicado	22,1	42,6	30,3
<i>Número de Reingresos</i>			
Ninguno	42,6	27,9	36,8
Uno o Dos	17,2	21,4	18,8
Tres y más	22,5	30,8	25,9
No consta	17,6	19,9	18,5
<i>Años de Hospitalización</i>			
1 a 10	25,0	20,6	23,2
11 a 20	31,4	22,8	27,9
21 a 30	32,4	36,8	34,1
31 y más	11,3	19,9	14,7
Media = 20,2 Desv. Típica = 10,3 Max. = 49			

Se ha realizado el seguimiento de los pacientes durante los 5 años siguientes, en los que se realiza un intensivo proceso de desinstitucionalización (60% de la cohorte) (Tabla III), al cabo de los cuales su lugar de alojamiento es principalmente la residencia o asilo (25,6%).

TABLA III

DISTRIBUCION DE LA COHORTE DE PACIENTES MENTALES CRONICOS, POR AÑO DE DESINSTITUCIONALIZACION Y ALOJAMIENTO DE DESTINO

Año	Hombre n=204 %		Mujer n=136 %		Total n=340 %	
<i>Deshospitalizados</i>						
1984	13	6,4	9	6,6	22	6,5
1985	28	13,7	33	24,3	61	17,9
1986	23	11,3	17	12,5	40	11,8
1987	26	12,7	12	8,8	38	11,2
1988	26	12,7	20	14,7	46	13,5
No deshospitalizados	88	43,1	45	33,1	133	39,1
<i>Alojamiento</i>						
Hospital Psiquiátrico	64	31,4	39	28,7	103	30,3
Hospital Penitenciario	4	2,0	—	—	4	1,2
Hospital Somático	—	—	2	1,7	2	1,5
<i>Asilo/Residencia</i>						
F. Adoptiva	41	20,1	46	33,8	87	25,6
	1	0,5	4	2,9	5	1,5
<i>Piso Protegido</i>						
Hostal o Pensión	25	12,3	11	8,1	36	10,6
Piso solo	7	3,4	2	1,5	9	2,6
	1	0,5	5	3,7	6	1,8
Familia propia	22	10,8	7	5,1	29	8,5
No consta domicilio	1	0,5	2	1,5	3	0,9
Fallecidos	38	18,6	18	13,2	56	16,5

METODO

Criterio de Selección

Se estudiaron todos los pacientes mentales, ingresados en mayo de 1984, en el Hospital Psiquiátrico de la provincia de Valencia (Bétera), que cumplían la condición de crónicos, definida por su internamiento continuado de al menos un año.

Diseño Experimental

A. En un sentido de cohorte longitudinal, hemos establecido una comparación entre la situación de los pacientes que continuaban vivos, cinco años más tarde en 1989, por el procedimiento de apareamiento de cada paciente con él mismo:

- Entre los pacientes que continuaban ingresados.
- Entre los que habían sido desinstitucionalizados en los tipos de alojamiento, definidos en un estudio anterior de los autores (Jorda E y cols., 1991).

Se utilizan como instrumentos de medida la Escala de Re-entrenamiento Social (SW), Conducta Social Alterada (SE), Ocupación, Contacto con el Exterior y Actitud del Personal de Enfermería.

B. En un estudio transversal de la misma cohorte (entre pacientes desinstitucionalizados e ingresados), se analiza la participación en actividades sociales y utilización de servicios públicos, utilizando la Escala B, de Kunze (1981).

C. Para los pacientes fallecidos se estudia su número, distribución por edad y sexo, en los desinstitucionalizados e ingresados, así como el riesgo relativo que ha supuesto la desinstitucionalización. Siguiendo la indicación de Rothman (1987), se calcula el citado riesgo por la razón entre los fallecidos y el número de pacientes x día, tanto en los desinstitucionalizados como en los hospitalizados. El estudio detallado de la mortalidad es objeto de otro estudio.

Técnicas e instrumentos

En el año 1984 se realiza una *Encuesta* que comprende la recogida de los siguientes ítems: Sexo, Edad, Estado civil, Residencia originaria, Año de primer ingreso, Número de Reingresos, Años de Internamiento, Familiares directos, Tutela, Asistencia sanitaria, Tipo y cuantía de la pensión, Diagnóstico Psiquiátrico, Diagnóstico Somático, Tratamiento Farmacológico, Tratamiento Somático.

Asimismo se completaron las siguientes escalas:

Escala para la Evaluación de la Esquizofrenia Crónica para uso de enfermería con la que se valora el Factor de Re-entrenamiento Social (SW), cuyo valor tiene el rango de 0 a 8 (Hiperactividad, Reírse o hablar solo, Actitudes y Manierismos y Conducta Agresiva o Violenta) y la de Conducta Social Alterada (SE), cuyo valor oscila entre 0 y 16 (Lentitud de Movimientos, Hipoactividad, Conversación, Aislamiento Social, Intereses Recreativos, Higiene Personal, Apariencia Personal, Conducta en el comedor), según las pautas establecidas por J.K. Wing y G.W. Brown (1970).

Escala de Ocupación que incluye una valoración específica según se trabaje en el pabellón, fuera del pabellón o en actividades de terapia Ocupacional, valor entre 0 y 15.

Escala de Contacto con el Exterior que incluye los aspectos de si el paciente *Recibe visitas, Visita a casa de familiares, el Grado de Confianza* y si necesita una *Supervisión constante*, valor entre 0 a 17.

Escala de Actitud Personal de Enfermería que comprende trece preguntas sobre las actividades que se considera puede realizar el paciente según el juicio del personal de enfermería, valor entre 0 a 13.

Estos instrumentos utilizados por los autores fueron traducidos de los originales y utilizados en estudios previos (Jorda y Espinosa, 1972) teniendo en cuenta la validez indicada por Wing (1970).

La fiabilidad entre entrevistadores, mediante el coeficiente de correlación de Spearman, ha sido de $r = 0,85$ para la Escala de Esquizofrenia Crónica para uso de Enfermería y de $r = 0,77$ para la Escala de Contacto con el Exterior.

Transcurridos 5 años (mayo 1984 a mayo 1989), se elabora una nueva Encuesta con los datos sociodemográficos

ya señalados, a la que se han añadido los siguientes ítems: Nivel de Escolarización, Situación administrativa Laboral, Tipo de Carga asistencial, Pensión, Administración de los ingresos personales, Enfermedad o defecto físico que interfiere con la autonomía, Tipo de Alojamiento, Tipo de Residencia Deseable y Asistencia prestada durante el último mes.

Se incluyen las mismas Escalas utilizadas en la primera observación añadiendo, los ítems VI y VII de la Escala B de Kunze (1981). Consta de 17 preguntas relativas a la participación en el último mes, en actividades sociales y utilización de servicios públicos: cine, fútbol, deportes, piscina, gimnasia, iglesia, club social, bar-restaurante, kiosco, peluquería, buzón de correos, teléfono público, banco, biblioteca pública, autobús, taxi y otros, constatando si la actividad la ha realizado el paciente por su propia iniciativa o acompañado de personal que le atiende.

Procedimiento

Los pacientes son entrevistados en 1984, en los pabellones del Hospital Psiquiátrico de Bétera donde residen por uno de los autores.

En 1989 en los diferentes alojamientos en que se encuentran los pacientes, son visitados por un grupo de alumnos de la Escuela de Trabajo Social que previamente y durante 3 meses se han incorporado a los Equipos Comunitarios de Salud Mental, con objeto de familiarizarse con la asistencia a los pacientes mentales crónicos, al mismo tiempo que se realiza un adiestramiento en el uso de la Encuesta mediante reuniones donde se unifican los criterios de valoración.

La información sobre el estado de los pacientes en 1989 se proporcionó, según su lugar de residencia: para los que residen en el domicilio familiar, por los familiares de los pacientes; para los residentes en Asilos, Residencias, Familias Adoptivas y Hospital Psiquiátrico, por el personal que les atiende y para los que viven en Pisos Protegidos, Pensiones y solos en domicilios propios por el personal de los Equipos de Salud Mental Comunitaria.

Se han revisado las fechas de estancia en el Hospital de Bétera, entre 1984 y 1989, para comprobar:

1. Los verdaderos deshospitalizados: pacientes que han permanecido más de 6 meses ininterrumpidos fuera del hospital. Se observa que habían sido 204 pacientes, con un tiempo mínimo de deshospitalización de 183 días, siendo el tiempo máximo 1.791 días y el tiempo medio 982 días (desv. típica = 466).

2. Los reingresados: pacientes deshospitalizados que han reingresado permaneciendo ininterrumpidamente durante más de 6 meses dentro del Hospital.

Se han registrado los fallecimientos, las circunstancias (muertes naturales o accidentales) y el lugar en que ha ocurrido el desenlace.

A 30 pacientes (9%) no se les ha podido cumplimentar la Encuesta por las siguientes razones: residir en otra provincia ($n = 11$), ilocalizables en su domicilio después de tres intentos de visita ($n = 19$). De todos ellos hay constancia de su supervivencia.

Análisis estadístico

Para el tratamiento estadístico las Escalas han sido consideradas como ordinales.

Para verificar la significación de los cambios en los pacientes hospitalizados y desinstitucionalizados y no dándose las condiciones de normalidad para la distribución de las variables-escalas, se utilizó el test no paramétrico de Wilcoxon para datos apareados (Siegel, 1985).

Para valorar las diferencias estadísticamente significativas entre variables categóricas (Uso de servicios públicos y variables sociodemográficas entre desinstitucionalizados y no) se utilizó el test Ji cuadrado.

Para la determinación de la varianza en los valores de las Escalas entre los distintos tipos de alojamiento, se aplicó el test no paramétrico de Kruskal-Wallis.

Y por último utilizamos el análisis de la covarianza para relacionar el cambio operado en el valor de la Escala de Retraimiento Social (valor de SW en 1984-valor de SW en 1989) en relación con las variables intrínsecas (sexo, edad, diagnóstico psiquiátrico, diagnóstico somático, reingresos, hospitalización) y externas (tipo de alojamiento y actitud del personal).

TABLA IV

ESTADÍSTICOS DE LAS ESCALAS DE RETRAIMIENTO SOCIAL (SW), CONDUCTA SOCIAL ALTERADA (SE), OCUPACION, CONTACTO CON EL EXTERIOR Y ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, APLICADAS A LA COHORTE DE PACIENTES CRONICOS EN 1984 Y 1989

Escalas	Media	Desv. Típica	Mínimo	Máximo
<i>En 1984</i>				
Retraimiento Social	3,66	3,57	0	15
Conducta Social Alterada	1,92	2,18	0	8
Ocupación	1,83	2,35	0	15
Contacto Exterior	6,45	4,69	0	17
Actitud de Enfermería	8,07	4,04	0	13
<i>En 1989</i>				
Retraimiento Social	4,31	3,89	0	16
Conducta Social Alterada	1,26	1,44	0	7
Ocupación	0,99	2,42	0	15
Contacto Exterior	6,65	4,89	0	17
Actitud de Enfermería	7,08	3,88	0	13

RESULTADOS

En la Tabla IV, se observa que transcurridos cinco años para el conjunto de la cohorte que sobrevive, hay una evolución desfavorable en el retraimiento social (media aumentada de 3,66 a 4,31), la ocupación (media disminuida de 1,83 a 0,99) y actitud del personal que le atiende (media disminuida de 8,07 a 7,08); mientras que aparece favorable en la conducta social alterada (media disminuida de 1,92 a 1,26) y en el contacto con el exterior (media aumentada de 6,45 a 6,65).

En la Tabla V y figura 1, en relación con la Hipótesis 1, se aprecia que los pacientes que permanecen ingresados, tienen una evolución favorable para la conducta social alterada (media disminuye de 2,42 a 1,53, test de Wilcoxon para datos apareados sign. < 0,005), y desfavorable en la ocupación (media disminuye de 1,49 a 0,42) y el contacto con el exterior (media disminuye de 6,21 a 4,80) a niveles de significación menores del 0,05. Las variaciones en cuanto al valor del retraimiento social y la actitud del personal que atiende a los pacientes no son significativas.

TABLA V

RESULTADOS OBTENIDOS DE LA APLICACION DE LAS ESCALAS DE RETRAIMIENTO SOCIAL, CONDUCTA SOCIAL ALTERADA, OCUPACION, CONTACTO EXTERIOR Y ACTITUD DEL PERSONAL A LOS PACIENTES DE LA COHORTE, NO DESINSTITUCIONALIZADOS (n = 96)

Escalas	Año	Casos válidos	Valor medio	Desv. típica	Test de Wilcoxon		
					Test Z	Valor p	Sign.
Retraimiento Social	1984	90	4,27	3,46	-1,90	0,06	no sign.
	1989	90	5,12	3,99			
Conducta Social Alterada	1984	90	2,42	2,36	-3,11	0,002	sign. <
	1989	90	1,53	1,68			
Ocupación	1984	53	1,49	2,26	-3,14	0,000	sign. <
	1989	53	0,42	2,13			
Contacto Exterior	1984	70	6,21	4,36	-2,34	0,02	sign. <
	1989	70	4,80	3,47			
Actitud Personal	1984	86	6,92	4,10	-0,02	0,99	no sign.
	1989	86	6,77	4,11			

TABLA VI

RESULTADOS OBTENIDOS DE LA APLICACION DE LAS ESCALAS DE RETRAIMIENTO SOCIAL, CONDUCTA SOCIAL ALTERADA, OCUPACION, CONTACTO EXTERIOR Y ACTITUD DEL PERSONAL A LOS PACIENTES DE LA COHORTE, DESINSTITUCIONALIZADOS (n = 188)

Escala	Año	Casos válidos	Valor medio	Desv. típica	Test de Wilcoxon		
					Test Z	Valor p	Sign.
Retraimiento Social	1984	155	3,27	3,42	-2,07	0,039	sign. >
	1989	155	3,83	3,76			
Conducta Social Alterada	1984	156	1,66	2,01	-2,42	0,015	sign. <
	1989	156	1,11	1,26			
Ocupación	1984	102	2,25	2,32	-4,15	0,000	sign. <
	1989	102	1,12	2,10			
Contacto Exterior	1984	80	8,42	5,26	-0,26	0,790	no sign.
	1989	80	8,46	5,30			
Actitud Personal	1984	123	8,84	3,88	-4,77	0,000	sign. <
	1989	123	7,31	3,75			

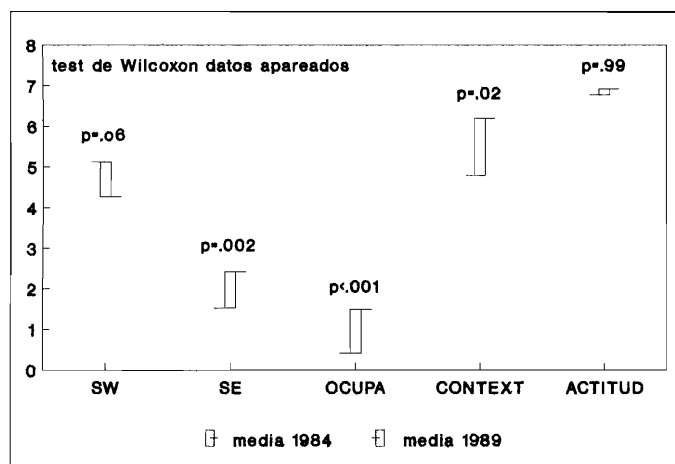


Fig. 1. Pacientes no desinstitucionalizados. Valor medio de las Escalas.

SW: Esc. de retraimiento social. SE: Esc. conducta social alterada. OCUPA: Esc. ocupación del pacientes. CONTEXT: Esc. de contacto exterior. ACTITUD: Esc. de actitud del personal tratante.

En la Tabla VI, relativa a la Hipótesis 2, para los pacientes desinstitucionalizados, se observa una evolución asimismo favorable en la conducta social alterada (media 1,66 a 1,11) y desfavorable en el retraimiento social (media aumenta de 3,27 a 3,83), la ocupación (media disminuye de 2,25 a 1,12) y la actitud del personal que los atiende (media disminuye de 8,84 a 7,31).

Analizando los resultados obtenidos para las 5 Escalas en los tres tipos de alojamientos (Tabla VII), vemos que la mayor parte de las variaciones que han sido significativas (nivel menor de 0,05) se dan en el sentido desfavorable: menor

ocupación y actitud menos favorable del personal en Asilos y Residencias (Fig. 2); mayor retraimiento, mayor conducta social alterada y actitud menos favorable de los que cuidan al paciente en el domicilio familiar (Fig. 3). Mientras que por el contrario ha evolucionado favorablemente la conducta social alterada en pacientes que residen en pisos y pensiones (Fig. 4).

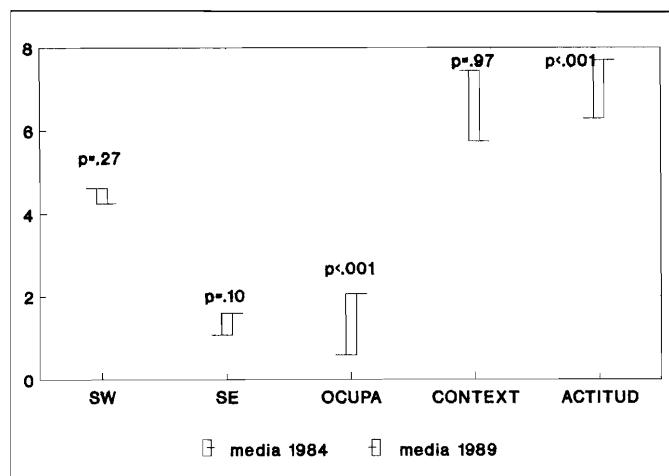


Fig. 2. Pacientes desinstitucionalizados. Asilos y Residencias. Valor medio de las Escalas.

SW: Esc. de retraimiento social. SE: Esc. conducta social alterada. OCUPA: Esc. ocupación del pacientes. CONTEXT: Esc. de contacto exterior. ACTITUD: Esc. de actitud del personal tratante.

Las variaciones no significativas pueden tener un significado favorable en cuanto que a pesar del tiempo transcurrido, la condición de los pacientes no ha empeorado como ocurre con el retraimiento social en pacientes de asilos, residencias, pisos y pensiones y la ocupación de los que viven

TABLA VII

RESULTADOS OBTENIDOS DE LA APLICACION DE LAS ESCALAS DE RETRAIMIENTO SOCIAL, CONDUCTA SOCIAL ALTERADA, OCUPACION, CONTACTO EXTERIOR Y ACTITUD DEL PERSONAL A LOS PACIENTES DE LA COHORTE, DESINSTITUCIONALIZADOS SEGUN TIPOS DE ALOJAMIENTO (TEST DE WILCOXON, DATOS APAREADOS)

Escala	Tipo de Alojamiento								
	Asilo + Res. + Fadop. n = 92			Piso + Pensión n = 51			Familiar n = 29		
	Z	p	Sign.	Z	P	Sign.	Z	p	Sing.
Retraimiento Social	-1,102	0,270	No	-0,889	0,374	No	-2,701	0,007	Sí >
Conducta Social Alterada	-1,620	0,105	No	-3,498	0,000	Sí <	-2,134	0,33	Sí >
Ocupación	-4,594	0,000	Sí <	-7,743	0,458	No	-0,524	0,600	No
Contacto Exterior	-0,028	0,978	No	-1,412	0,158	No	-0,419	0,675	No
Actitud Personal	-3,745	0,000	Sí <	-1,944	0,052	No	-2,366	0,018	Sí <

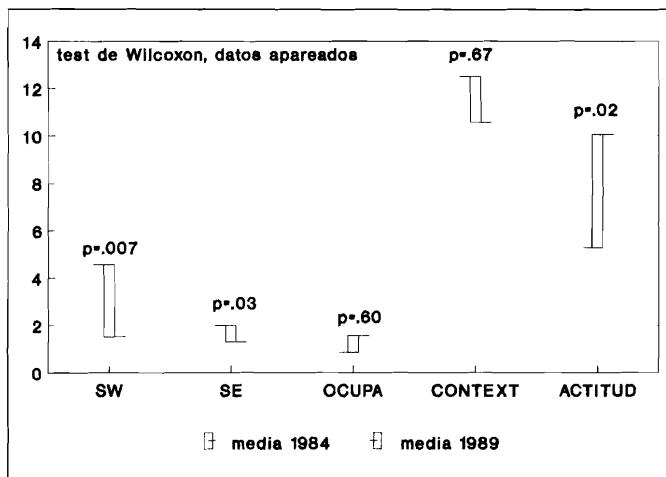


Fig. 3. Pacientes desinstitucionalizados. Alojamiento familiar.

SW: Esc. de retraimiento social. SE: Esc. conducta social alterada. OCUPA: Esc. ocupación del paciente. CONTEXT: Esc. de contacto exterior. ACTITUD: Esc. de actitud del personal tratante.

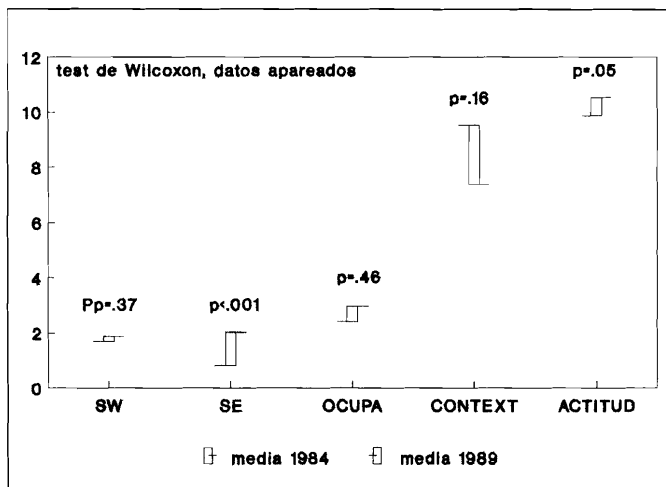


Fig. 4. Pacientes desinstitucionalizados. Piso y Pensión. Valor medio de las Escalas.

SW: Esc. de retraimiento social. SE: Esc. conducta social alterada. OCUPA: Esc. ocupación del paciente. CONTEXT: Esc. de contacto exterior. ACTITUD: Esc. de actitud del personal tratante.

en pisos, pensiones y domicilio familiar. El contacto exterior, medido según la escala de Wing, no varía no obstante estar alojados en ámbito extrahospitalario. Merece una apreciación favorable el hecho de que la actitud del personal no haya variado en el hospital en sentido desfavorable.

De la comparación entre lo ocurrido con los pacientes que han sido deshospitalizados y los que continúan en el Hospital se observa que también en estos últimos ha disminuido la conducta social alterada pero asimismo y con un significado negativo la ocupación y el contacto con el exterior, lo que no ha ocurrido en pisos, pensiones y domicilio familiar para la ocupación y en todos los alojamientos alternativos para el contacto exterior. En la Tabla VIII, al comparar el uso de servicios y asistencia a actividades sociales por parte de los pacientes desinstitucionalizados se confirma que es significativamente mayor en los siguientes ítems: asistencia al cine, gimnasia, iglesia, club social, kiosco, peluquería y en actividades como usar el buzón de correos, teléfono, banco, autobús y taxi.

Finalmente para analizar la mortalidad, en la Tabla IX, hemos calculado el Riesgo Relativo, entre los pacientes fallecidos habiendo sido desinstitucionalizados ($n = 19$), con respecto a los fallecidos en el hospital ($n = 37$).

Considerando el número de pacientes x día correspondientes a los dos grupos, hemos obtenido un valor para el RR de 0,93, lo que indica que no hay una diferencia significativa.

DISCUSION

Los resultados obtenidos nos han sugerido si habrían salido pacientes con características diferentes a los que han permanecido en el Hospital Psiquiátrico. En la Tabla X, observamos que para las características sexo, edad, diagnóstico psiquiátrico, diagnóstico somático, número de ingresos previos y años de hospitalización no existen diferencias significativas (al nivel $p = 0,05$), entre los pacientes desinstitucionalizados y los que permanecieron ingresados.

Por el contrario en los valores de las Escalas de Retraimiento Social, Conducta Social Alterada, Contacto con el Exterior, Ocupación y Actitud del Personal, al inicio del estudio

TABLA VIII

RESULTADOS OBTENIDOS DE LA APLICACION DE LOS ITEMS DE USO DE SERVICIOS PUBLICOS, A LOS PACIENTES DE LA COHORTE, DESINSTITUCIONALIZADOS (n = 188) Y HOSPITALIZADOS (n = 96)

	Desinstitucionalizados			Hospitalizados			X.º	N. sign. p < 0,05
	Resp. n.º	Usan %	No usan %	Resp. n.º	Usan %	No usan %		
<i>Uso de Servicios</i>								
Cine	112	23,1	76,8	68	4,4	95,6	9,72	Sign.
Fútbol	111	15,3	84,7	68	4,4	95,6	4,01	No sign.
Otro Deporte	107	19,6	80,4	68	4,4	95,6	6,90	Sign.
Piscina	110	11,9	88,2	68	4,4	95,6	1,99	No sign.
Gimnasia	111	14,4	85,6	67	3,0	97,0	4,81	Sign.
Iglesia	109	35,8	64,2	69	13,0	87,0	9,97	Sign.
Club Social	119	47,1	52,9	73	13,7	86,3	20,87	Sign.
Bar-Restaurante	133	72,9	27,1	87	64,3	35,6	1,44	No sign.
Otros Lugares	101	56,4	43,6	72	48,6	51,4	0,74	No sign.
Kiosco	129	72,1	27,9	58	39,7	60,3	16,52	Sign.
Peluquería	133	60,9	39,1	60	15,0	85,0	33,19	Sign.
Buzón Correos	111	27,0	73,0	59	6,8	93,2	8,65	Sign.
Teléfono Púb.	113	27,4	72,6	59	8,5	91,5	7,31	Sign.
Banco	131	56,5	43,5	60	11,7	88,3	32,04	Sign.
Biblioteca Púb.	110	10,0	90,0	60	5,0	95,0	0,71	No sign.
Autobús	119	54,7	45,4	59	27,1	72,9	10,95	Sign.
Taxi	107	33,7	67,3	58	6,9	93,1	12,49	Sign.

TABLA IX

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES VIVOS O FALLECIDOS Y CALCULO DEL RIESGO RELATIVO DE FALLECIMIENTOS DE LOS DESINSTITUCIONALIZADOS CON RESPECTO A LOS PACIENTES NO DESINSTITUCIONALIZADOS

	Vivos	Fallecidos	Pacientes x Día
Desinstitucionalizados	188	19	203,702
No desinstitucionalizados	96	37	367,364
Total	284	56	571,066

$$RR = \frac{\text{Desinst.}}{\text{No desinst.}} = \frac{19/203,702}{37/367,364} = 0,93$$

Lím. confianza (1,61 < RR < 0,53); 95%, p = 0,78

TABLA X

DISTRIBUCION POR SEXO, EDAD, DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO Y SOMATICO, N.º DE REINGRESOS Y AÑOS DE HOSPITALIZACION DE LOS PACIENTES DE LA COHORTE, DESINSTITUCIONALIZADOS Y NO DESINSTITUCIONALIZADOS

Características Sociodemográficas y Clínicas	Desinstitucionalizados		X	G.L.	Sign.
	Sí n = 207	No n = 133			
<i>Sexo</i>			3,05	1	0,08
Hombre	56,0	66,2			
Mujer	44,0	33,9			
<i>Edad</i>			3,54	4	0,47
15-34	8,2	6,8			
35-44	15,9	21,8			
45-54	29,0	22,5			
55-64	33,3	32,3			
65 y +	13,5	16,5			
<i>Diagnóstico psiquiátrico</i>			4,17	6	0,65
Psicosis Orgánica	6,3	8,3			
Esquizofrenia	53,1	57,1			
Psicosis afectivas	2,4	3,8			
Neurosis + T. Personal	6,3	3,0			
Oligofrenias	17,4	12,8			
Otros	8,7	9,8			
N.C.	5,8	5,3			

TABLA X (CONT.)

<i>Diagnóstico somático</i>			0,007	1	0,93
Tiene	15,5	15,8			
No tiene	84,5	84,2			
<i>Reingresos</i>			6,54	3	0,09
Ninguno	35,3	39,1			
Uno o dos	22,2	13,5			
Tres o más	27,1	24,1			
N.c.	15,5	23,3			
<i>Años hospitalización</i>			3,13	4	0,53
1-10	26,1	18,8			
11-20	26,6	30,1			
21-30	32,4	36,8			
31 y +	15,0	14,3			

TABLA XI

MEDIA DE RANGOS DE LOS VALORES DE LAS ESCALAS DE RETRAIMIENTO SOCIAL, CONDUCTA SOCIAL ALTERADA, CONTACTO CON EL EXTERIOR, OCUPACION Y ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA, APLICADAS A LA COHORTE DE PACIENTES CRONICOS DESINSTITUCIONALIZADOS Y NO DESINSTITUCIONALIZADOS

<i>Media de Rangos de las Escalas</i>						
Desinstitucionalizados	N.º	SW	SE	CONTEXT	OCUPA	ACTITUD
Sí	207	158	158	176	177	184
No	133	190	190	155	144	140
Test de Mann-Witney	U =	11.153	11.119	11.558	10.176	9.749
	Z =	-2,98	-3,11	-1,99	-3,21	-4,08
Signif.	p =	0,003	0,002	0,047	0,001	0,000

SW: Esc. de retraimiento social. SE: Esc. conducta social alterada. OCUPA: Esc. ocupación del pacientes. CONTEXT: Esc. de contacto exterior. ACTITUD: Esc. de actitud del personal tratante.

(Tabla XI) se aprecia retrospectivamente, la existencia de diferencias significativas entre los pacientes desinstitucionalizados o no, en el sentido de que salieron los que tenían más bajo nivel de retraimiento, conducta social alterada y mayor contacto con el exterior y ocupación y que la actitud del personal cuidador era más favorable, lo que supone que en conjunto la desinstitucionalización, se hizo según criterios objetivables acertados en la toma de esta decisión.

¿Ocurrió lo mismo respecto al destino específico de los pacientes según los diferentes tipos de alojamiento?

Si observamos la Tabla XII apreciamos, también retrospectivamente, que los pacientes con edades más avanzadas, mayor grado de retraimiento social y conducta social alterada se encuentran en los alojamientos con mayor supervisión y características más restrictivas (Jorda E y Espinosa J, 1991): Asilos y Residencias, mientras que por el contrario en los pisos, pensiones y familias están los pacientes que tenían mayor contacto con el exterior y ocupación, y que la actitud del personal era más favorable a la salida.

Verificado que la asignación de alojamiento tenían relación con las características de los pacientes, a juzgar por los valores obtenidos en las Escalas utilizadas en este estudio, ¿cómo cabe explicarse las variaciones habidas en el retraimiento social de los pacientes durante los cinco años estudiados?

Consideramos que el cambio habido en el valor de la escala de retraimiento social (variable respuesta) al comenzar el estudio y cinco años después estaría en función de variables intrínsecas (personales) como el sexo, la edad, el diagnóstico, el número de reingresos y los años de hospitalización de los pacientes antes de comenzar el estudio y extrínsecas como el tipo de alojamiento asignado y la actitud del personal que le ha atendido.

Testamos si cada variable en presencia de las demás era capaz de explicar lo ocurrido a la variable respuesta, utilizando para ello, el modelo de análisis de covarianza (ANACOVA) por la presencia simultánea de variables cuantitativas (edad y años de hospitalización) y cualitativas (sexo, reingresos, diagnóstico psiquiátrico, tipo de alojamiento y actitud de personal) y aunque no se cumplen todas las asunciones exigidas por el modelo, lo utilizamos pues según señala Glass y Stanley (1970) es un método robusto a las violaciones de la normalidad.

En la Tabla XIII, presentamos los resultados del Análisis de Covarianza donde observamos que la media global (media de la varianza para todos los individuos) es significativamente distinta de cero ($p = 0,23$), lo que indica que existen diferencias en los valores que toma la Escala de Retraimiento Social y que las únicas variables con capacidad para ex-

TABLA XII

ANÁLISIS DE LA VARIANZA (KRUSKAL-WALLIS) DE LAS ESCALAS, POR TIPOS DE ALOJAMIENTO DE LOS PACIENTES DE LA COHORTE

Media de Rangos de las Escalas							
Tipo de Alojamiento	N.º	Edad	SW	SE	CONTEXT	OCUPA	ACTITUD
H. Psiquiátrico	103	139	157	158	133	118	114
H. Penitenciario	4	92	123	108	106	119	174
H. Somático	2	202	266	130	20	130	29
Residencia/Asilo	87	174	162	131	116	141	125
Familia adoptiva	5	150	104	132	178	160	168
Piso Protegido	36	127	106	148	149	174	177
Hostal o Pensión	9	98	71	111	185	124	230
Piso solo	6	92	111	154	195	115	204
Familia propia	29	92	91	115	201	130	173
Significación	X.º = p =	35,4 0,000	42,0 0,000	12,3 0,140	39,4 0,000	16,4 0,037	46,9 0,000

SW: Esc. de retraining social. SE: Esc. conducta social alterada. OCUPA: Esc. ocupación del pacientes. CONTEXT: Esc. de contacto exterior. ACTITUD: Esc. de actitud del personal tratante.

TABLA XIII

ANÁLISIS DE LA COVARIANZA INCLUYENDO LAS VARIABLES: SEXO, N.º REINGRESOS, DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO, TIPOS DE ALOJAMIENTO Y COVARIABLES: EDAD, AÑOS DE HOSPITALIZACIÓN Y ACTITUD DEL PERSONAL

Fuente de Variación	Suma Cuadrados	G.L.	Cuadrados Medios	F	Sign.*
Suma residual	1.660,79	136	12,21		
Media global	64,52	1	64,52	5,28	0,023*
Sexo	1,58	1	1,58	0,13	0,719
Reingresos	151,06	6	25,18	2,06	0,062
Diag. psiquiátrico	63,35	5	12,67	1,04	0,398
Tipo de alojamiento	143,54	3	47,85	3,92	0,010*
Edad	6,25	1	6,25	0,51	0,476
Años hospitalización	24,31	1	24,31	1,99	0,161
Actitud del personal	128,61	1	128,61	10,53	0,001*

plicar significativamente el cambio habido en la Escala son el tipo de alojamiento ($p = 0,010$) y la actitud del personal hacia los pacientes ($p = 0,001$).

Se concluye que ha habido una distinta evolución de unos pacientes a otros según los alojamientos donde residen que no puede ser explicada por las características propias de los pacientes, tales como el sexo, la edad, el número de reingresos, el diagnóstico y los años de hospitalización previa, mientras que en el resultado final del grado de retraining se aprecia que influye decisivamente, la actitud del personal hacia el paciente. Como recientemente han señalado Moore y cols. (1992), el estado de los pacientes se ve afectado fundamentalmente, por el grado de Emoción Expresada del personal que los atiende.

CONCLUSIONES

La desinstitucionalización se considera aceptable en cuanto

a la elección de los pacientes, ya que salieron los que tenían mejores condiciones "a priori" y el lugar de asignación, los más hábiles fueron a alojamientos menos supervisados.

Las variaciones en cuanto al estado final de los pacientes son dispares, dependiendo del alojamiento asignado y sobre todo del personal que los atiende.

La mortalidad ha sido la misma entre los pacientes desinstitucionalizados y los que han permanecido ingresados.

AGRADECIMIENTOS

Al grupo de alumnos de la Escuela de Trabajo Social que participaron en la recogida de la información utilizada.

Al personal de los Equipos de Salud Mental de la Diputación de Valencia y del Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia), por su colaboración en las distintas fases del estudio.

BIBLIOGRAFIA

1. Glass GV, Stanley JC. *Statistical Methods in Education and Psychology*. Englewood Cliff. New Jersey: Prentice-Hall 1970.
2. Gómez Beneyto M, Asensio A, Belenguer MJ, Cebrián A, Cervera G, Llopis V, Salazar J, Soria A. Desinstitutionalización de enfermos mentales crónicos sin recursos comunitarios: Un análisis de la experiencia del Hospital Psiquiátrico "Padre Jofre", de Bétera. En: J Espinosa. *Cronicidad en Psiquiatría*. Madrid. Ed Asoc Esp Neuropsiquiatría 1974-1986; pp 237-263.
3. Jones K, Robinson M, Golighthley M. Long-term Psychiatric Patients in the Community. *Brit J Psychiatry* 1986; 149: 537-540.
4. Jorda Moscardo E, Espinosa Iborra J. Correlaciones entre contorno socioambiental y sintomatología clínica en esquizofrénicos de prolongada hospitalización. *Medicina Española* 1972; 68: 388-405.
5. Jorda Moscardo E, Espinosa Iborra J, Gómez Beneyto M. Estudio de los pacientes de larga estancia internados en ocho hospitales psiquiátricos españoles. En: J Espinosa (Coord). *Cronicidad en Psiquiatría*. Madrid. Ed Asociación Esp Neuropsiquiatría 1986; 121-236.
6. Jorda Moscardo E, Espinosa Iborra J. Study of alternative accommodation using the hospital hostel practices. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991; 26: 151-156.
7. Kunze H. *Psychiatrischen Übergangseinsichtungen und Heime*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag 1981.
8. Moore E, Kuipers L, Ball R. Staff-patient relationship in the care of the long-term adult mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992; 27: 28-34.
9. Rothman K. *Epidemiología Moderna*. Madrid. Díaz de Santos 1987; pp 31.
10. Shah A, Holmes N. Locally-based residential services for mentally handicapped adults: a comparative study. *Psychol Medicine* 1987; 17: 763-774.
11. Siegel S. *Estadística no paramétrica*. México. Ed Trillas 1985.
12. Wing JK, Brown GW. *Institutionalism and Schizophrenia*. Cambridge. University Press 1970.
13. Tsuang MT. Mortality Studies in Psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 98-103.