

203493  
1192012

71 36



UNIVERSIDAD DE SEVILLA  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIO SANITARIAS

*"FACTORES DETERMINANTES DE  
LA DESINSTITUCIONALIZACION  
PSIQUIATRICA EN ANDALUCIA"*

*María Cristina Torró García-Morato*

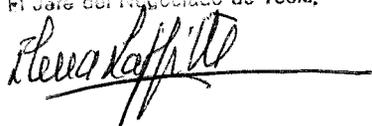
*Sevilla, 1995*

UNIVERSIDAD DE SEVILLA  
SECRETARÍA GENERAL

Queda aprobada esta Tesis Doctoral  
al tomo 230 número 41 del libro  
correspondiente.

Sevilla, 2 de Julio 1985

El Jefe del Negociado de Tesia,



**"FACTORES DETERMINANTES DE  
LA DESINSTITUCIONALIZACION  
PSIQUIATRICA EN ANDALUCIA"**

*Tesis realizada bajo la dirección del profesor Miguel Gili Miner, en el  
Departamento de Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de  
Sevilla, que para la obtención del grado de Doctora presenta la  
Licenciada María Cristina Torró García Morato.*





Universidad de Sevilla - Facultad de Medicina  
Departamento de Ciencias Socio-Sanitarias

r. Miguel Gili Miner  
profesor Titular

Avda. Sánchez Pizjuán s/n  
41009 Sevilla  
España

teléfono (mañanas): (95) 4248158. Intl (morning): 34-5-4248158  
teléfono (tardes) : (95) 4907561. Intl (afternoon): 34-5-4907561  
fax (24 horas): (95) 4907561. Intl (Telefax 24 hrs): 34-5-4907561

Miguel Gili Miner, Profesor Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla declara que la Tesis Doctoral "Factores determinantes de la desinstitucionalización psiquiátrica en Andalucía" presentada por Dña. Cristina Torró García-Morato cumple todos los requisitos exigibles y puede procederse a su lectura y defensa pública por parte de la doctoranda.

En Sevilla, a 26 de junio de 1995.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. Gili Miner', written over a horizontal line.

*A mis padres*

*A Enrique*

## *¡Gracias!*

*\* A Andrée de Manuel e Inmaculada Cantero por su inestimable ayuda.*

*\* A Emilio Perea por el empujón.*

*\* A Emilio Sánchez-Cantalejo por el tiempo que me ha dedicado.*

*\* A todos los que realizaron y mantuvieron los estudios censales de los hospitales psiquiátricos de Andalucía permitiendo así la realización de este trabajo. Muy especialmente a Margarita Laviana, Cecilia Waissmann, M<sup>a</sup> José Rodríguez y Antonio Feria.*

*\* Al Servicio Andaluz de Salud, especialmente a los responsables del programa de salud mental: Marcelino López, Federico Benítez y Augusto López por permitirme utilizar la información disponible sobre el tema así como los medios para poder realizarla.*

*\* A Miguel Gili que me ha dedicado como director todo el tiempo que he necesitado hasta la aparición de este documento final.*

*\* Al Departamento de Ciencias Sociosanitarias cuyos docentes sentaron en mí la inquietud por la investigación y me han permitido presentar este estudio.*

*\* A la Escuela Andaluza de Salud Pública, sobre todo a su maravillosa Biblioteca.*

*\* A todos y cada uno de los miembros del tribunal que han hecho un hueco en su agenda para evaluar mi trabajo.*

*Y, finalmente, muchísimas gracias a todas aquellas personas que, desde dentro y fuera del sistema sanitario, hacen y han hecho posible la reforma de la salud mental en Andalucía y la creación de alternativas para mejorar la calidad de vida de la población que se encontraba en los hospitales psiquiátricos andaluces.*

## INDICE

<b>1.- INTRODUCCION</b> .....	9
<b>2.- JUSTIFICACION</b> .....	30
<b>3.- OBJETIVOS</b> .....	32
<b>4.- MATERIAL Y METODO</b> .....	34
4.1.- Hipótesis de trabajo .....	34
4.2.- Sujetos de estudio .....	34
4.3.- Diseño del estudio .....	35
4.4.- Fuentes de información .....	35
4.5.- Variables .....	38
4.6.- Base de datos .....	43
4.7.- Métodos de análisis .....	43
<b>5.- RESULTADOS</b> .....	46
5.1.- Descripción de la población internada en 1985 .....	46
5.2.- Descripción de la situación al final de 1990 .....	57
5.3.- Evolución temporal de las altas .....	69
5.4.- Identificación de factores asociados .....	70
<b>6.- DISCUSION</b> .....	78
6.1.- Sobre las Fuentes .....	78
6.2.- Sobre la Población de Estudio .....	81
6.3.- Sobre el Método .....	82
6.4.- Sobre los Resultados .....	85
<b>7.- CONCLUSIONES</b> .....	106
<b>8.- BIBLIOGRAFIA</b> .....	109

**ANEXO 1.- DEFINICION OPERATIVA Y CODIFICACION DE LAS VARIABLES**

**ANEXO 2.- TABLAS**

**ANEXO 3.- GRAFICOS**

## **RESUMEN**

*Partiendo de la población internada en 1985 en seis de los ocho hospitales psiquiátricos andaluces (Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén y Sevilla), y en el marco de la Reforma Psiquiátrica que se viene desarrollando en esta Comunidad Autónoma desde comienzos de los 80, se analiza el proceso de desinstitucionalización sucedido entre 1985 y 1990.*

*Se utiliza el Censo realizado en 1985 y se realizan comparaciones entre las altas producidas y la población que permanece ingresada, creando un modelo de regresión logística múltiple para conocer los factores determinantes en la ocurrencia del alta.*

*El perfil de la población ingresada en 1985 así como su evolución en cuanto a número y tipos de alta es similar al de otros estudios. Una población con características de cronicidad institucional, que tras cinco años de Reforma permanece internada en un 56% de los casos, mientras un 19% han fallecido, un 5% habita en viviendas autónomas, con supervisión especializada en algunos casos y el resto vive en residencias normalizadas, más o menos asistidas.*

*Resultan como factores determinantes del alta: el hospital de origen, el pronóstico y los problemas que lo condicionan, la sintomatología psíquica, el nivel de autonomía, la edad, el diagnóstico, las actividades realizadas durante el internamiento y la situación de jubilado al ingreso. De forma que quedan en peores posibilidades de alta los pacientes psicóticos, entre 40 y 60 años, con sintomatología activa, necesitados de ayuda para su desenvolvimiento diario, que no han desarrollado ninguna actividad programada, con un pronóstico diferente al de alta a corto plazo, con problemas que lo condicionan y, sobre todo si proceden de los hospitales de Jaén, Granada o Sevilla.*

*Es por tanto necesario inventar nuevas alternativas para la reinserción social de estas personas, que no cumplen los requisitos para ingresar en una residencia normalizada y, en su mayoría, presentan un deterioro psíquico y físico importante.*

*En cuanto a los pacientes que ya se encuentran en la comunidad, bien sea en residencias o en viviendas, sería necesario valorar la calidad de vida de que disfrutan, considerando no sólo el bienestar físico y psíquico de que disfruten, la integración en el medio social, su autonomía personal y económica, sino también la vinculación terapéutica en caso de que sea necesaria. Sólo con esta información será posible afirmar si los resultados obtenidos responden realmente a un proceso de desinstitucionalización.*

## **1.- INTRODUCCION.-**

### **1.1- El proceso de desinstitucionalización.**

*La desinstitucionalización de los pacientes ingresados en los hospitales psiquiátricos ha sido un proceso clave en todas las Reformas psiquiátricas que, desde los años 60, se vienen desarrollando en un buen número de países occidentales bajo un denominador común: "La búsqueda de alternativas a una organización asistencial basada en el manicomio" <sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>.*

*El objetivo principal de este proceso es contrarrestar los efectos adversos de la estancia prolongada de un paciente en una institución total, como es el manicomio, sin unos objetivos terapéuticos claros <sup>9</sup>. Estos efectos adversos se resumen en un síndrome (institucionalización) caracterizado por dependencia, incapacidad de elección, "desculturación" y, en algunos casos, 'muerte civil' del paciente.*

*El elemento clave en la aparición de este síndrome es la HOMOGENEIZACION: la ruptura de las barreras que separan los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.*

*Según el ordenamiento social habitual en nuestro medio, uno suele jugar, dormir, trabajar,..., en diferentes lugares, con participantes diferentes y bajo autoridades diferentes y, generalmente, sin un plan racional previo, es decir, con posibilidad de elegir o cambiar por decisión propia. En una institución de carácter total se establece un orden diferente <sup>10</sup>:*

- Todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo el mismo principio de autoridad.*
- Cada actividad de la vida diaria se realiza en compañía inmediata de un gran número de otros que reciben el mismo trato, formando un conglomerado humano indivisible.*
- Todas las actividades son estrictamente programadas, con una secuencia impuesta, incluidas las necesidades esenciales, sin posibilidad de elección.*

*Estas características, junto a la imposibilidad de mantenerse en interacción con los cambios sociales del exterior, desbaratan la organización personal que el interno trae de su mundo habitual, conduciéndolo a una "desculturación" que acabará despojándole del rol que solía desempeñar en su mundo, hasta llegar en algunos casos a la "muerte civil".*

*La institución desbarata precisamente aquellos actos que en la sociedad civil cumplen la función de demostrar que el actor tiene*

*dominio sobre su mundo. Esto es especialmente grave en el caso de los hospitales psiquiátricos, donde estas diferenciaciones del entorno son utilizadas como testimonio del estado psíquico del individuo y todas sus libertades quedan en manos de la decisión que el médico tome sobre aquél. (Este aspecto se encuentra actualmente bajo mejor control gracias a la aplicación del art. 211 del Código Civil<sup>4</sup>).*

*En esta situación, la reorganización personal se realiza en torno a "las normas de la casa" y los privilegios y pequeñas prebendas con que el personal (generalmente de muy baja cualificación profesional) premia la obediencia y la homogeneidad, sin posibilidad de escape o tregua<sup>10</sup>.*

*Si teóricamente estas instituciones se encontraban destinadas a devolver al individuo sus mecanismos autorreguladores, el resultado es un grupo de personas dependientes, "reguladas" y que, frecuentemente, no se sienten con ganas ni fuerzas para reasumir las responsabilidades de la vida cotidiana de las que fue liberado por la institución.*

*La **DESINSTITUCIONALIZACION** es, por tanto, un proceso basado en la devolución al paciente de su sentido de la "diferenciación" y la potenciación de lo que le fue negado por la*

*lógica asilar: la dignidad, la privacidad, la posibilidad de elección y la casa-hogar como elemento clave para la experiencia libre de la vida cotidiana* <sup>11</sup>. El énfasis no se sitúa ya en la curación de la enfermedad, sino en la "invención de la salud" a partir de la reproducción social del paciente: la emancipación terapéutica es el sustituto de la curación <sup>1</sup>.

Otro enfoque <sup>12</sup> concibe a la desinstitucionalización como un proceso creador de actividades y expectativas que inciden sobre los aspectos de la vida cotidiana y, en particular, sobre aquellos que representan los ejes de socialización del sujeto.

## **1.2.- El hospital psiquiátrico.**

Tradicionalmente llamado "asilo de insanos" y manicomio luego, la denominación de hospital psiquiátrico comienza a aplicarse en los años 50, cuando el modelo médico comienza a instaurarse en el tratamiento de las enfermedades mentales con la extensión de los *neurolépticos* <sup>3</sup>. No obstante sus funciones continuaron siendo las mismas que en épocas anteriores <sup>10</sup>:

- Albergue a falta de otros, debido a inexistencia de lugares adecuados para deficientes mentales o transeúntes o bien a la existencia de límite de edad para el ingreso en las residencias de ancianos.

- *Control social de conductas desviadas de la norma, bien para proteger a la comunidad de individuos peligrosos o para proteger a sujetos desvalidos de la realidad social. Este aspecto es particularmente importante debido a que la base del diagnóstico de enfermedad mental se deslinda difícilmente del concepto de "normalidad social".*

- *Custodia de conductas sancionables jurídicamente, aspecto en el que el interno quedaba absolutamente indefenso, sin posibilidad de que su causa fuera revisada.*

*Podría considerársele, en palabras de Leona Bachrach <sup>13</sup>: "Receptáculo de los fracasos de todos los sistemas", o como es nombrado por Rotelli<sup>11</sup>: "lugar cero de cambio", donde se anulan las diferencias que permiten el intercambio material y afectivo, permitiendo la segregación de sus miembros y priorizando las funciones de custodia y reclusión sobre las terapéuticas, difíciles de desarrollar en circunstancias semejantes.*

*Las aportaciones innovadoras de la sociología, la fenomenología, la psicología, junto a la extensión del uso de los medicamentos a mediados de los 50, desviaron el acento hacia las posibilidades de recuperación de pacientes hasta ese momento considerados irrecuperables <sup>3</sup>.*

*No obstante, no es hasta mediados de los 60 cuando se comienzan experiencias reales de desinstitutionalización, coincidiendo con numerosos cambios ideológicos: fue el período de los derechos humanos y el activismo, de la concepción ecológica de la salud y la importancia de los factores psico-socio-culturales en el proceso del enfermar.*

*Este contexto provoca que todos los países occidentales se pronuncien por una transformación de la atención psiquiátricas con un mismo objetivo: "La sustitución de los dispositivos tradicionales por una red alternativa de servicios centrada en la comunidad e integrada en el Servicio general de atención a la salud, liberando a la psiquiatría de sus funciones arcaicas de control social, coacción y segregación" <sup>2</sup>.*

### **1.3.- Las reformas psiquiátricas de Occidente.**

*A pesar de este objetivo común, las Reformas que se inician a partir de estas fechas, presentan un amplio espectro de interpretaciones que se plasman en diferentes formas de desarrollo estratégico. Según el escenario elegido transcurren entre dos extremos <sup>29 13 14</sup>:*

- Un simple proceso de deshospitalización, cuyo único escenario es el Hospital Psiquiátrico, sin desarrollo de una red alternativa de atención. La motivación de este proceso suele ser la reducción de costes mediante la reducción de camas en estos hospitales.

- Una sustitución del Hospital Psiquiátrico por estructuras alternativas de atención que lo vacían de contenido hasta su total desmantelamiento. El escenario de esta Reforma es la Psiquiatría y sus métodos, lugares y equipos. La hipótesis implícita es la siguiente <sup>15</sup>: "Lo que beneficia al paciente es el entorno en el que se efectúan las prácticas terapéuticas: el lugar, el momento, el afecto, la motivación de los profesionales."

Los resultados apreciables de estas Reformas son bien diferentes según se encuentren más cerca de uno u otro de estos extremos. Este posicionamiento tiene mucho que ver con un debate permanente: aunque todos los países parecen estar de acuerdo en que la atención a la salud mental debe ser transformada, hay posturas que no defienden la eliminación del hospital psiquiátrico, sino su mantenimiento dentro de la red como un servicio más de atención a la salud mental <sup>16</sup>

*Fruto de las distintas posturas en este debate pueden diferenciarse tres situaciones paradigmáticas<sup>2 17 18 31</sup>:*

*- Nueva potenciación de los hospitales psiquiátricos en U.S.A., donde la desinstitucionalización comenzada en los '60 no ha sido acompañada de una adecuada planificación de un sistema de atención pública comunitaria. Se discuten los costes y la atención a la población sin hogar (homeless).*

*- Resultados muy diversos entre las regiones italianas, donde el desarrollo de servicios alternativos ha sido desigual de unas a otras, aunque es ampliamente reconocido que se ha conseguido un modelo global de "psiquiatría sin manicomio". Se discuten las desigualdades y la reorientación de los servicios.*

*- Políticas de reducción de camas en los países del centro y el norte de Europa, con mejora importante en la calidad de las instituciones y fuertes dotaciones de recursos extrahospitalarios.*

*Ningún modelo es suficientemente puro y la realidad es que la situación es muy variada en todos los países, de unos centros a otros, de unas regiones a otras o de unos estados a otros en función del grado de desarrollo de la red alternativa de atención en la comunidad y la coordinación entre ésta y la institución, lo cual depende de factores económicos y políticos pero, sobre todo, del*

*trabajo realizado entre los profesionales y los pacientes dentro y fuera de la institución* <sup>2 19 20 21 22 23 24 25</sup>

*No obstante, no cabe ser simplista en el análisis de un proceso tan complicado del que afirma Saraceno <sup>11</sup>: "... no es un éxito ni un fracaso... nos habla de que una hipótesis basada en la liberación de los pobres no es algo que sea fácil de aceptar ni de gestionar creativamente por parte de la comunidad de profesionales de la psiquiatría, los cuales comparten con la medicina la creencia errónea de poseer tan gran cantidad de respuestas alternativas como para pararse a considerar seriamente la posibilidad de que éstas no valen para solucionar los problemas reales"*

*En general, las críticas que se hacen a todas las reformas en marcha son bastantes similares* <sup>1 6 7 19 26 27</sup>:

- *El internamiento psiquiátrico continúa existiendo.*
- *La disminución en el número de ingresados se debe en gran parte a defunciones.*
- *Hay una importante transinstitucionalización y nuevas formas de internamiento (residencias de crónicos o ancianos e, incluso, institucionalización doméstica).*
- *Hay una gran descoordinación, cuando no total desconexión entre los niveles hospitalario y comunitario.*

- *Los servicios comunitarios existentes son excesivamente especializados, lo que conlleva falta de respuesta a un importante sector de la población a cuyos problemas no se adecua la oferta realizada.*

*Todas estas limitaciones son también reconocidas y contestadas por las asociaciones de familiares de enfermos mentales, los cuales resienten en su espacio personal la falta de una respuesta coordinada a los problemas de los enfermos mentales que toca a ellos "resolver" desde lo que se ha dado en llamar "sistemas de cuidados en la sombra" (hidden health care system) manteniendo, no obstante actitudes positivas hacia los cambios introducidos <sup>28</sup>.*

#### ***1.4.- La Reforma psiquiátrica en Andalucía.***

*La situación de los servicios de atención a la salud mental se caracterizaba en 1984 por cuatro rasgos fundamentales: dispersión de competencias, multiplicidad de redes, estructura inadecuada, experiencias aisladas de transformación.*

*Las Diputaciones provinciales, en el ámbito de la beneficencia, contaban con ocho hospitales psiquiátricos, un total*

*de 4.290 camas, inmovilizadas en más de un 80% por pacientes "crónicos de larga estancia" y algunos dispositivos extrahospitalarios. La Seguridad Social disponía de 69 consultas de Neuropsiquiatría y profesionales en algunos hospitales; existían algunos dispositivos ambulatorios dependientes del Ministerio de Sanidad a través de la A.I.S.N.A., algunas iniciativas de Universidades andaluzas en los Hospitales Clínicos y un dispensario en Córdoba de la Consejería de Salud.*

*El sector privado presentaba una oferta desigual de consultas ambulatorias y una casi nula oferta hospitalaria cualificada (excepto en Málaga, donde existían cerca de 1000 camas de titularidad privada).*

*La respuesta que en los hospitales psiquiátricos públicos se ofrecía a los pacientes <sup>29</sup> era pobre y muy irregular desde el punto de vista legislativo.*

*En esta situación se crea, mediante la ley 9/1984 de 3 de julio, el Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM), con los objetivos de coordinar e integrar todos los recursos públicos relacionados con la salud mental de la comunidad autónoma y orientar el desarrollo de los mismos de acuerdo con los principios de la psiquiatría comunitaria <sup>30</sup>.*

*El objetivo general para la Reforma Psiquiátrica emprendida será, como ya mencioné al principio: "la sustitución programada del modelo tradicional de servicios psiquiátricos (Hospital Psiquiátrico y consultas ambulatorias de neuropsiquiatría) por una red de atención diversificada de base y orientación comunitarias e integrada en el Servicio Andaluz de Salud <sup>4</sup>.*

*La estrategia elegida para la consecución de este objetivo contempla el desmantelamiento progresivo de los Hospitales Psiquiátricos paralelamente a la consolidación de los servicios alternativos comunitarios <sup>431</sup>.*

*En relación al desmantelamiento del Hospital Psiquiátrico, el Comité de Expertos en salud mental creado a tal efecto, propone como primer principio <sup>32</sup>: "El objetivo fundamental de la transformación del hospital psiquiátrico no puede ser otro que su desaparición, como alternativa doctrinal, espacio estructural y, en la mayoría de los casos, como espacio físico".*

*Ya Reding había afirmado en 1974 <sup>33</sup>: "Los hospitales psiquiátricos hay que vaciarlos, cerrarlos, y después volarlos, pues no hay administrador que resista un edificio vacío."*

*Como estrategia para conseguir este objetivo, el Comité propone, además de la restricción al mínimo de nuevos ingresos y la diferenciación de unidades de agudos donde fuera necesario, la elaboración en cada centro de un Programa de Transformación que considere el estudio individualizado de los pacientes, programas de derivación para los pacientes susceptibles de ello, programas de rehabilitación específicos considerando las posibilidades de alta y el desarrollo paralelo de medidas de atención residencial para los pacientes no incluidos en los anteriores subprogramas<sup>4, 39 32</sup>.*

*La puesta en marcha de esta estrategia exigía programas diferenciados por provincias, dado que la situación de cada una de ellas era muy diversa en función de un conjunto de variables relacionadas con el diferente grado de desarrollo de las reformas emprendidas: estructura y capacidad de cada hospital, dotación de personal y orientación del mismo, recursos comunitarios, y características de los pacientes internados.<sup>4, 39 34</sup>.*

*Paralelamente se inicia el desarrollo de la red de servicios de asistencia comunitaria, que contemplaba la creación de equipos de salud mental ubicados en la red de atención primaria, equipos especializados de atención a la salud mental infantil, unidades de agudos en los hospitales generales y unidades de rehabilitación ubicadas en la comunidad. También contemplaba la existencia de*

*comunidades terapéuticas y hospitales de día como dispositivos experimentales* <sup>4, 39 35 36 37 38</sup>.

### **1.5.- Evolución de los hospitales psiquiátricos andaluces.**

*De forma general, la situación de los hospitales psiquiátricos en Andalucía a principios de 1985 (fecha de la realización del primer censo), era similar al resto de los hospitales españoles* <sup>9 24, 74 39</sup>.

*Durante estos años se ha producido una reorganización de los recursos de los hospitales que, junto a nueva dotación ha hecho posible la creación de la red de servicios comunitarios existente en la actualidad y la desinstitucionalización de un buen número de pacientes a distintos lugares de residencia. En un nuevo censo realizado en 1988 ya se constató una reducción importante en el número de ingresados* <sup>4</sup>.

*No obstante, este movimiento hacia la desaparición de la población ingresada en los hospitales psiquiátricos no comienza en esta fecha, ni siquiera cuando comienzan las reformas de las distintas provincias. Es éste un fenómeno social que se viene dando desde finales de los años 60 en toda Europa. Desde 1975, fecha a partir de la cual tenemos información, la tendencia a la disminución*

*de la población ingresada ha sido continua en todas las provincias*<sup>4</sup> (fig. 1).

*Hay que resaltar que la figura representa hasta 1983 al total de la población internada (hasta 1980 en Sevilla y Málaga) y a población de larga estancia a partir de esta fecha. Por lo tanto, se están recogiendo en la misma gráfica dos fenómenos diferentes: una disminución de los ingresos en el hospital durante el primer período y un trabajo activo de salida de pacientes crónicos en el segundo: la desinstitucionalización*

#### **1.6.- Los estudios de cohortes.**

*Se definen como tales a aquellos estudios epidemiológicos en los que la investigación se lleva a cabo en un grupo de individuos que al inicio del estudio no presentan la enfermedad o evento en estudio<sup>40</sup>. El elemento esencial de estas investigaciones es que los cambios en el tiempo son seguidos a nivel individual<sup>41</sup>.*

*Tradicionalmente consisten en el seguimiento de grandes grupos de población a lo largo de varios años para valorar los efectos de distintas variables de exposición sobre la aparición de una enfermedad (o situación que se desee estudiar)<sup>42</sup>. Esta*

*valoración se realiza generalmente dividiendo la cohorte en dos grupos: expuestos y no expuestos a la variable en estudio por su hipotética "relación causal" y se hace un seguimiento de ambos para determinar la frecuencia de aparición de nuevos casos de la enfermedad en los expuestos y en los no expuestos.<sup>40</sup> Otro planteamiento puede ser estudiar la aparición de la enfermedad o suceso en un conjunto de personas (cohorte) en los que no existía previamente en función de un conjunto de variables independientes, buscando una posible asociación.*

*En general, todos los estudios epidemiológicos tratan de hallar los factores determinantes de la aparición y distribución de un suceso en grupos poblacionales. La elección de un determinado tipo de estudio estará determinada por la pregunta de investigación planteada como objetivos o hipótesis<sup>43</sup>. Sea cual sea el que se utilice, su objetivo fundamental estará establecido por la búsqueda de asociaciones causales entre una situación dada y aquellos factores que han podido influir en la aparición o desarrollo de esa situación. A éstos se les denomina variables independientes o de exposición y a la situación en estudio variable dependiente<sup>40</sup>.*

*La búsqueda de estas asociaciones causales suele ser un proceso gradual en el que se suceden diferentes tipos de estudios epidemiológicos, dependiendo de las características de la situación*

*a estudiar y de los posibles factores de exposición. El proceso suele iniciarse con observaciones clínicas y estudios descriptivos en los cuales se exponen resultados que sugieren la posibilidad de la relación entre la enfermedad y la variable de exposición. A partir de esta etapa se formulan hipótesis que serán investigadas mediante un estudio epidemiológico específico <sup>40</sup>.*

*Los estudios de cohortes pertenecen a este grupo de estudios para la verificación de hipótesis dentro del grupo denominado estudios epidemiológicos observacionales. Aunque guardan relación con los estudios experimentales, en tanto que ambos comparan los resultados entre un grupo de personas expuestas a una variable con otro grupo que no lo ha estado, la diferencia fundamental es que en los estudios epidemiológicos experimentales el investigador realiza una intervención activa aplicando la variable de exposición sobre la población estudiada y cuantificando el nivel de exposición al que estará sometida, mientras que en los estudios observacionales de cohortes el estado de exposición de la población no está decidido por el investigador sino por la historia vital de cada participante en el estudio. El rol del investigador es el de observar y analizar, pero no puede intervenir para modificar el estado de exposición <sup>44</sup>.*

*Una estrategia opuesta para conseguir el mismo objetivo de verificación se emplea en los estudios epidemiológicos*

*observacionales de casos y controles, en los que se selecciona un grupo poblacional que presenta la enfermedad y otro que no la presenta y se analiza la diferencia en cuanto al estado de exposición a determinada/s variable/s de ambos <sup>45 46 47 48</sup>. Básicamente cumplen los mismo objetivos que los estudios de seguimiento, con un menor consumo de recursos y tiempo, aunque son más vulnerables a la presencia de determinados errores sistemáticos o sesgos <sup>49 50</sup>.*

*No todos los estudios de cohortes inician el seguimiento en el momento en que comienza el estudio -llámense prospectivos-. Existe la posibilidad de aprovechar información preexistente siempre que ésta sea de calidad. En este caso se reconstruye la experiencia previa de las cohortes y puede conocerse si en grupos con diferentes niveles de exposición hay diferencias en la aparición del fenómeno. A este tipo de estudios de cohortes se les denomina históricos para evitar la confusión que la palabra retrospectivo puede inducir, y porque, en realidad, el estudio se realiza de manera prospectiva, sólo que comenzando más lejos en el pasado <sup>51 40</sup>.*

*La ventaja de la utilización de estudios prospectivos es que uno puede escoger exactamente la información que crea necesaria, en tanto que en los estudios históricos se identifica el grupo de estudio a través de información extraída de los registros ya*

*existentes que puede no ser completamente satisfactoria y que, en muchos casos, habrá sido recogida para otros propósitos.* <sup>41</sup>

*Uno de los aspectos más importantes de este tipo de estudios epidemiológicos es que siempre se miden incidencias y, por tanto, podemos calcular riesgos de manera directa, lo que no ocurre en otros estudios observacionales. Son los únicos que garantizan una relación temporal causa-efecto ya que las variables de exposición se han identificado como presentes entre los expuestos, ausentes entre los no expuestos y ambos grupos se encontraban libres de la enfermedad al principio del estudio. Otra ventaja de gran interés es que se minimiza el riesgo de aparición de sesgos* <sup>40</sup>.

*Es muy importante en cualquier estudio epidemiológico la prevención y control de la aparición de errores sistemáticos o sesgos, cuya presencia desplaza artificialmente las diferencias observadas de las reales en alguna dirección: aumentándolas - exagera las diferencias o encuentra algunas que no existen- o disminuyéndolas -viceversa-, de manera que afectan a la validez interna del estudio, es decir, a la credibilidad de las conclusiones respecto a los individuos estudiados* <sup>52</sup>. Existen tres tipos de sesgos sistemáticos: de selección, de clasificación y de confusión.

*El sesgo de selección se produce cuando los participantes seleccionados para el estudio no son representativos de la población sobre la que se extenderán nuestras conclusiones y su prevención en la fase de diseño del estudio es fundamental ya que no será posible controlarlo o hacerlo desaparecer en la etapa de análisis <sup>53</sup> <sup>60</sup>. En el caso de los estudios de cohorte históricos es especialmente importante controlar el sesgo de selección de expuestos.*

*También en la etapa de diseño es fundamental utilizar métodos que aseguren que la clasificación entre expuestos y no expuestos está correctamente realizada, pues la existencia de sesgos de este tipo conduce a la subestimación de la magnitud de posibles asociaciones entre los factores de riesgo y la enfermedad en estudio y, al igual que sucede con los sesgos de selección, es imposible controlarlos en la fase de análisis <sup>54</sup> <sup>55</sup>.*

*Por último, es imprescindible detectar y valorar la posibilidad de sesgos de confusión y relaciones de interacción entre las variables de exposición y otras, o entre varias variables de exposición que se estén analizando, desde el momento en que se planifica un estudio para poder emplear técnicas especiales en el análisis con las variables potencialmente confundentes o interactuantes <sup>56</sup>. Entre las múltiples estrategias que pueden utilizarse para evitar estos fenómenos distorsionantes se encuentra el análisis multivariado,*

*fundamentalmente útil cuando el número de variables de exposición es grande y de difícil o dudosa interpretación* <sup>57</sup>.

*Los inconvenientes más importantes de los estudios de cohortes se cifran en su complejidad y costo y su inviabilidad en sucesos de prevalencia baja* <sup>40 41</sup>.

## **2.- JUSTIFICACION**

*El propósito de este estudio es analizar los factores que han resultado determinantes en el proceso de desinstitucionalización desarrollado en Andalucía desde 1985 hasta 1990.*

*Los motivos por los que me parece de interés su realización podrían resumirse en:*

- Se trata de un proceso importante aún no evaluado de forma global.*
- Afecta a un gran número de personas a las que les fueron negados todo tipo de derechos durante demasiado tiempo.*
- Existía un volumen considerable de información al respecto sin analizar.*
- Los resultados obtenidos favorecerán el desarrollo de estudios posteriores en relación con los aspectos en debate.*

- *Aportará información útil sobre el alcance del desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos en Andalucía para la planificación de posteriores intervenciones.*

### **3.- OBJETIVOS**

**\* Objetivo general:**

*Conocer los factores determinantes del proceso de desinstitucionalización en los hospitales psiquiátricos públicos andaluces desarrollado entre 1985 y 1990.*

**\* Objetivos específicos:**

*1.- Describir las características principales de la población internada en 1985.*

*2.- Caracterizar esta población en función de su situación de alta al final del período de estudio.*

*3.- Describir la evolución del número y tipo de altas producidas.*

*4.- Verificar la adecuación del proceso con los planes individuales previstos en 1985 para cada persona institucionalizada.*

*5.- Identificar factores asociados a la situación de alta y su influencia en el proceso de desinstitucionalización.*

#### **4.- MATERIAL Y METODO.**

##### **4.1.- Hipótesis de trabajo (enunciada como hipótesis nula):**

*La población que aún permanece ingresada en enero de 1991 en los hospitales psiquiátricos públicos de Andalucía no es diferente de la que fue dada de alta desde enero de 1985 hasta esa fecha.*

##### **4.2.- Sujetos de estudio:**

*Población de larga estancia ingresada en los hospitales psiquiátricos públicos de Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén y Sevilla en Enero de 1985. (Total= 2145 pacientes).*

*Tuvo que ser excluida del estudio la población correspondiente a los hospitales de Málaga y Almería (531 pacientes), pues no se encontraba disponible la información completa. Igualmente se excluyeron aquellos registros en que se recogía el destino de alta como desconocido (total=3).*

*Para la identificación de factores asociados al alta se excluyeron aquellos registros en los que faltaba información*

respecto a alguna de las variables incluidas en el análisis, así como las defunciones, fugas y traslados a penitenciarios, quedando un total de 1678 registros.

#### **4.3.- Diseño del estudio: Cohorte histórica<sup>40 51</sup>.**

Utilizando una denominación específica en términos relativos a la población objeto de estudio el diseño elegido sería un "estudio longitudinal en población bajo control psiquiátrico"<sup>58</sup>.

La población es seguida en su historia desde el 5-1-1985, fecha de realización del primer censo, hasta el 31-12-1990, recogiendo información sobre el evento de interés (alta) producido en este período de forma individual a través de registros ya existentes.

#### **4.4.- Fuentes de información:**

\* **Censo de pacientes hospitalizados en instituciones psiquiátricas de Andalucía, realizado en Enero de 1985.**

*Este censo contiene información sobre población de todas las unidades de internamiento psiquiátrico de Andalucía: públicas y privadas, de corta y larga estancia, de hospitales psiquiátricos y generales. De él se seleccionó únicamente la población de estudio.*

*El objetivo para su realización fue tener conocer el número y principales características de la población ingresada, con el fin de poder programar líneas generales de actuación <sup>22</sup>.*

*La urgencia de obtener la información, junto a la mala calidad de los registros de los que había que extraerla (fichas personales e historias clínicas, a veces inexistentes), hizo que las variables que se incluyeran en el censo fueran aquellas que permitieran recoger, de una forma rápida, una información útil aunque no detallada. En la mayoría de los casos la fuente de información fueron los profesionales responsables del paciente.*

***\* Censo de pacientes psiquiátricos internados en unidades de larga estancia de los hospitales psiquiátricos públicos de Andalucía, realizado en Mayo de 1988.***

*De este censo se extrajeron, para su inclusión en la población de estudio, registros correspondientes a personas que se*

*encontraban internadas en 1985, pero que no fueron censadas en aquella fecha por algún motivo.*

*También se utilizó para corroborar la información recogida en 1985 sobre características sociodemográficas, fundamentalmente fecha de nacimiento, variable desconocida en 1400 casos del censo de 1985.*

***\* Registro de altas de pacientes de unidades de larga estancia.***

*Se extrajeron dos bases de datos diferentes: una contiene los registros de las altas producidas entre 1985 y 1988, cuya información fue recogida durante el censo de 1988, y la otra agrupa las altas correspondientes al período entre 1988 y 1990.*

*El mayor problema de estas bases de datos fue la falta de número de registro en una proporción importante de casos, lo que hacía imposible su identificación en el censo de 1985, en el cual no se recogió nombre ni ningún tipo de código identificativo. Este problema fue subsanado contrastando el código de identificación del censo de 1988 (formado por las iniciales del nombre, sexo, fecha de nacimiento y lugar de procedencia) con las mismas variables en el registro de altas o, en su caso, comparando las variables fecha de*

*nacimiento, sexo y lugar de procedencia en el censo de 1985. Los datos no localizados (en general por errores al grabar el código de identificación) fueron revisados en las encuestas originales de cada provincia. A pesar de todo, quedaron sin identificar 5 altas de Cádiz, 4 de Córdoba y 4 de Almería.*

***\* Registro de defunciones de los pacientes ingresados***

*Incluye las defunciones que se produjeron desde el momento del censo de 1985 hasta el momento en que se inicia el estudio, y se encuentra dividido, igualmente, en dos bases de datos diferentes para los dos períodos antes descritos.*

***4.5.- Variables:*** *(Ver anexo 1 para definición operativa y codificación).*

*Las variables estudiadas se construyeron a partir de la información recogida en las fuentes antes mencionadas. Aquellas variables en las que se daban claras discordancias entre las fuentes, como fue el caso del número de ingresos anteriores o los años totales de hospitalización, no fueron incluidas.*

*Una importante dificultad del estudio fue la recodificación de las categorías para poder relacionar la información recogida en 1985 con la de 1988 o la del cuestionario de altas de 1988 con el posterior.*

*\* **VARIABLE DEPENDIENTE:** La variable en función de la cual se pretende realizar la descripción de la población en estudio es **SITUACION ACTUAL**, construida a partir de la información recogida en el apartado **TIPO DE RESIDENCIA** del cuestionario de alta por considerar que esta variable resume el resultado del proceso estudiado.*

*No se incluye como categoría de la misma la posibilidad de alta por defunción por no considerarla resultado del proceso de desinstitucionalización, aunque estas altas se describen.*

*La categorización de esta variable cualitativa queda de la siguiente manera en el análisis descriptivo:*

*0.- **NO ALTA:** persona que a 31 de diciembre de 1990 permanece ingresada en el hospital psiquiátrico o ha sido transferida a los Servicios Sociales de las Diputaciones pero permanece internada en los mismos espacios.*

*1.- **ALTA POR TRASLADO A VIVIENDA AUTONOMA:** agrupa las categorías que representan formas de vida autónomas*

*(piso sólo o con otros, pensión o habitación alquilada o supervisada, familia o piso supervisado).*

**2.- ALTA POR TRASLADO A RESIDENCIA GENERAL.**

**3.- ALTA POR TRASLADO A RESIDENCIAS DE MINUSVALIDOS PSIQUICOS.**

**4.- ALTA POR TRASLADO A RESIDENCIA ASISTIDA U HOSPITAL CRONICOS.**

*Para el análisis de factores asociados al proceso de desinstitucionalización la variable fue dicotomizada de forma que los resultados reflejaran "riesgo de alta":*

**0.- NO ALTA.**

**1.- ALTA (agrupa las categorías 1 a 4 antes descritas).**

*Al realizar esta categorización se está asumiendo que las altas por traslado tienen como destino el sitio más conveniente para el desarrollo integral de cada persona que ha sido desinstitucionalizada: cualquiera de estas altas es considerada adecuada. En el apartado descriptivo se analiza este hecho en profundidad, aportando información imprescindible para esta fase analítica.*

**\* VARIABLES INDEPENDIENTES:**

*Estas variables pueden clasificarse en los siguientes grupos:*

1.- V. sociodemográficas referidas al momento del ingreso.

- EDAD: referida al momento del ingreso y a 1985.
- SEXO.
- ESTADO CIVIL.
- NIVEL DE FORMACION.
- TRABAJO que realizaba cuando fue ingresado o situación laboral.
- TIPO DE CONVIVENCIA, con quién vivía cuando ingresó.
- INGRESO DE TIPO JUDICIAL.

2.- V. de situación clínica referidas al momento del censo de 1985.

- TIEMPO DE ESTANCIA: construida a partir de la FECHA DE INGRESO.
- ORIENTACION DIAGNOSTICA: según clasificación CIE-9.
- SINTOMATOLOGIA PSIQUICA: activa, residual o inexistente.
- ESTADO SOMATICO: con alteraciones graves o sin ellas.
- NIVEL DE AUTONOMIA para el desarrollo de las actividades de la vida diaria: aseo personal, vestido, comida y control de esfínteres.

3.- V. de relación referidas al momento del censo de 1985.

- RECIBE VISITAS.

- *PERMISOS (salidas del hospital de más de 24 horas sin alta).*
- *SALIDAS (salidas del hospital de menos de 24 horas).*
- *REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD: laborterapia, programas ocupacionales, actividad en el exterior, remunerada y no remunerada.*
- *REMUNERACION MENSUAL (tenía algún tipo de ingresos mensuales).*

4.- *V. relacionadas con el pronóstico.*

- *PRONOSTICO: opinión del profesional responsable sobre cuál debe ser el futuro institucional del paciente: alta, traslado, continuación de la hospitalización.*
- *PROBLEMAS: opinión del profesional responsable sobre la existencia de posibles dificultades para la realización de este pronóstico (Esta variable está recogida del censo de 1988, por lo que en las personas que se encontraban de alta en esta fecha se codificó como "sin problemas").*

5.- *V. referidas al momento del alta:*

- *EDAD.*
- *TIEMPO DE ESTANCIA.*
- *FECHA (año) en que se produjo.*
- *VINCULACION TERAPEUTICA que se establece.*

- CAUSA DE LA MUERTE.

**4.6.- Base de datos:**

*Se construyó una sola base de datos utilizando el programa FoxBase, dado que la información estaba contenida en ocho bases de datos diferentes. Fue creado un sólo registro para cada persona con todas las variables mencionadas. Posteriormente se eliminaron algunos registros cuyas fechas de nacimiento eran discordantes entre los censos o presentaban estancias negativas.*

**4.7.- Métodos de análisis:**

*\* Se realizó un primer análisis descriptivo de la población que permanece ingresada y de los grupos clasificados en función de la variable "situación actual" utilizando distribución de frecuencias y medidas de tendencia central y de dispersión, para conocer la magnitud y variabilidad de las mediciones realizadas <sup>59</sup>.*

*\* Se comparó la población que permanece ingresada con cada uno de los grupos de alta que resultaron definidos por la variable dependiente utilizando test de  $X^2$  para variables cualitativas y Análisis de varianza para variables cuantitativas continuas <sup>60</sup>.*

\* Para la identificación de posibles asociaciones entre la variable dependiente y las independientes se siguió la siguiente metodología <sup>61 62</sup>:

1.- Se realizó una primera aproximación a la existencia de asociación mediante análisis univariante, aplicando el test de la  $X^2$  a las tablas  $2*n$  que resultaron de cruzar las categorías de las distintas variables independientes con la variable dependiente dicotomizada (0,1). La significación de la asociación fue valorada para un nivel de significación máximo del 5%. Las variables independientes se categorizaron de manera que la categoría 1 representara la posición más favorecedora al alta. Las variables continuas también fueron categorizadas. Este análisis aporta información sobre los porcentajes de distribución de los dos grupos que conforman la variable dependiente respecto de las independientes.

2.- Se construyeron modelos de regresión logística binomial simple para cada variable independiente. Cada modelo binomial obtenido fue comparado con aquel que demuestra la independencia de ambas variables, y su bondad de ajuste fue valorada según la significación estadística del cambio de deviance (suma de cuadrados residuales) contrastada con la distribución  $X^2$  para los grados de libertad correspondientes, tomando un nivel de significación máximo de 20%. Mediante este análisis se obtuvieron las razones de ventaja de

*cada categoría respecto a la categoría de referencia (más favorecedora al alta) para cada una de las variables independientes.*

*3.- Se construyó un modelo de regresión logística multivariante para identificar las asociaciones existentes entre la variable dependiente y las independientes teniendo en cuenta los posibles efectos confundentes o interactuantes entre estas últimas, se utilizó la siguiente metodología <sup>62 61 63 64 66</sup>:*

*Para la selección de variables a incluir en el modelo multivariante se siguieron los criterios de significación descritos anteriormente, excepto en aquellas variables potencialmente confundentes o modificadoras (edad, sexo, estancia), que se incluyeron directamente.*

*La inclusión de variables en el modelo se realizó en orden de importancia conocida, y su contribución al mismo fue medida igualmente por el cambio producido en la deviance al introducir la variable en cuestión.*

*Tras observar las variables cuya incorporación producía cambios importantes en los estimadores obtenidos de  $\beta$ , se fue alterando su orden para valorar los efectos modificadores antes de conseguir el modelo definitivo.*

*Como resultado de este análisis han sido agrupada numerosas categorías. Para ello se han seguido los siguientes criterios: se agruparon con la categoría de referencia aquellas cuya razón coef./e.e. era claramente inferior a 1.96, y se agruparon entre sí aquellas categorías cuya diferencia entre coeficientes era menor que el error estándar más grande de ellas.*

*Tras cada agrupación se ajustaba nuevamente el modelo para comprobar que la deviance no se modificaba de forma significativa.*

*También se estudiaron las interacciones posibles valorando su aportación de la misma forma que para el resto de las variables.*

*Finalmente se calcularon las OR ajustadas y sus intervalos de confianza para cada variable.*

*Se utilizaron los paquetes estadísticos SPSS-PC<sup>66</sup> y GLIM<sup>67 68</sup>.*

## **5.- RESULTADOS**

### **5.1.- Descripción General de la población internada en 1985.**

*En las tablas 1 a 5 se resumen las características generales de la población que en 1985 se encontraba internada en nuestros*

*hospitales psiquiátricos. En ella se describen por separado tres grupos de pacientes que se preveían tendrían destinos diferentes con el desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos* <sup>31 34</sup>: **población geriátrica** (mayores de 60 años) y **deficientes mentales** menores de 60 años, cuyo destino sería fundamentalmente depender de Servicios Sociales, y **pacientes crónicos**: enfermos menores de 60 años, no deficientes mentales, con diagnósticos psiquiátricos diversos, fundamentalmente psicóticos .

*Ya en el Documento 1 de la Serie Monográfica de Salud mental se describe esta población, aunque conjuntamente con la que se encontraba ingresada en hospitales privados* <sup>31</sup>. Es por ello que haré una descripción somera resaltando las diferencias interprovinciales.

*Respecto a sus características sociodemográficas (tabla 1), se trata de una población de edad media elevada (54 años), fundamentalmente masculina (64%), cuya distribución por edad es diversa entre las diferentes unidades, siendo los más jóvenes los deficientes mentales; de estancia media muy elevada (14 años), con un buen porcentaje de personas internada más de 25 años (18%), en un rango que alcanza los 57 años de internamiento.*

*Una gran mayoría eran personas solteras, menos los ancianos (76%) que los deficientes mentales (98%), los cuales, además, presentan una proporción mucho más alta de residencia anterior en otra institución (15%). Un 85% eran analfabetos funcionales y solo un 30% había ejercido algún trabajo antes del ingreso, generalmente asalariados del campo u obreros no cualificados.*

*Respecto a la situación clínica de estas personas (tabla 2), definida mediante las variables sintomatología psíquica, estado somático y nivel de autonomía, destaca el alto número de personas que podríamos denominar "sanas": un 14% que son asintomáticos, autónomos y no presentan alteraciones físicas graves. Si consideramos por separado cada uno de estos componentes tenemos que entre el 20 y el 30% de la población en estudio son asintomáticos, según los grupos, 71%-81% sin alteraciones somáticas y un 63% autónomos (menos los deficientes mentales y más los crónicos). A estas cifras podríamos añadir un 65% de personas con síntomas residuales. El estudio refleja, por otro lado, que un 30% de la población ingresada presenta alteraciones somáticas graves, destacando un 30% de los jóvenes menores de 25 años. Un 10% (20% de los deficientes mentales) son dependientes para las actividades de la vida diaria y un 27% necesitan ayuda importante. También aquí es importante el número*

*de personas jóvenes dependientes (40% de los menores de 25 años).*

*Grandes diferencias existen también en lo que se refiere a las actividades de relación con el medio (tabla 3): las salidas, inexistentes en un 60% de los casos (67% en los ancianos) y muy relacionadas con el nivel de autonomía: el 90% de los que salen son autónomos y el diagnóstico (los que más salen son los diagnosticados como neurosis y trastornos afectivos (25%) y los que menos las psicosis orgánicas (6%). Cabe destacar un buen porcentaje de salidas programadas por el hospital (entre el 20 y el 25% para todos los grupos).*

*Los permisos son escasos, un 85% de la población no disfruta de ellos, mucho menos los viejos que los jóvenes y fundamentalmente las personas autónomas. Las visitas sólo las reciben de forma frecuente un 35% y van disminuyendo con la edad. No se afectan con la edad las visitas anuales.*

*Un 60% tiene alguna remuneración mensual (más de 15000 ptas.), de los que entre el 10 y el 20% recibían más de 35000 ptas en 1985. Y el 48% de la población realiza algún tipo de actividad, remunerada o no.*

*Se realizó en 1985 un esfuerzo por determinar un pronóstico ideal para esta población (tabla 4), y, aunque sin criterios previos homogéneos, los profesionales de todos los centros previeron que sólo un 4% estaban en condiciones de salir de alta en un plazo corto de tiempo (< de 3 meses), un 6% tras un período de rehabilitación (> 3 meses), un 58% era susceptible de traslado a algún lugar residencial y un 32% debía continuar la hospitalización (de éstos, el 40% eran psicosis orgánicas).*

*Los mejores pronósticos se establecieron para los diagnósticos de Neurosis (18% alta a corto plazo), seguidos del alcoholismo (15%). El 72% de las psicosis delirantes se repartían entre las residencias asistidas y la continuación de la hospitalización, más un 17% a residencias generales. La suma de pronósticos residenciales es por tanto el 89% del total. La situación de los deficientes mentales se orientaba en un 65% a instituciones de minusválidos y un 28% continuación de la hospitalización, lo que suma el 91% del total.*

*Se observa una mayor frecuencia de pronóstico de alta -a corto o largo plazo- en personas con estancias menores de 10 años y de traslado a residencias de minusválidos conforme aumenta el tiempo de estancia. Igualmente la sintomatología, autonomía y estado somático hacen variar el pronóstico: Es más frecuente el*

*pronóstico de continuación de la hospitalización, traslado a residencias asistidas o de minusválidos psíquicos en las personas con sintomatología activa y/o estado somático alterado, y a residencias generales las personas con sintomatología residual y/o sin alteraciones físicas. Respecto a la autonomía, hay una disminución progresiva del número de autónomos conforme pasamos de las altas a corto y largo plazo a las residencias generales, asistidas y de minusválidos psíquicos, encontrándose en estas dos últimas la mayor proporción de dependientes y necesitados de ayuda.*

*Los problemas para no poder hacer realidad este pronóstico se repartían en dos grandes grupos: alrededor del 45% no tenían problemas o eran desconocidos y un 40% precisaban de "recursos específicos" inexistentes (el 71% de los que presentaban algún problema), el resto se repartían entre dificultades familiares, de situación del paciente u otras -mínimas en proporción- (dificultades de seguimiento, económicas, etc.).*

*Existe una diferencia en la edad de los pacientes a los que se asociaba problemas de recursos residenciales (55-65 años) y de recursos específicos, esencialmente más jóvenes.*

*También se pueden observar diferentes tipos de dificultades según el pronóstico considerado: son más frecuentes las dificultades familiares y de situación psicosomática del paciente en los pronósticos de continuación de la hospitalización, recursos residenciales en los pronósticos de traslado a residencias generales, de recursos específicos en los traslados a residencias asistidas o de minusválidos psíquicos.*

*Se resume también en la tabla 4 una distribución de la situación a final de 1990 en la que puede observarse la diferencia en la mortalidad por grupos, un mayor porcentaje de altas a viviendas autónomas entre los enfermos crónicos, de traslados a residencias entre los ancianos y de traslados muy específicos entre el grupo de deficientes mentales.*

*En la tabla 5 se hace un resumen de la situación de alta de estos pacientes, su edad, vinculación terapéutica, tiempo de estancia, situación clínica, pronóstico previsto, año de alta y hospital de procedencia.*

#### **5.1.1.- Diferencias interprovinciales.**

*La primera diferencia a observar entre las provincias es el número global de internados (tabla 6 y fig. 2), que es casi diez*

veces mayor entre las provincias de Sevilla, con 700 y Huelva, con 85, sin que esta proporción corresponda a diferencias en población general. No hay grandes diferencias en cuanto a la edad (fig. 3), aunque Sevilla tiene la población más envejecida, con un media de 57 años y Huelva presenta la edad al ingreso más elevada. La distribución por sexo sí varía (Fig. 4), destacando Huelva, cuya relación es del 50% y Córdoba con un mayor número de hombres (73%).

Cádiz es la población con menor proporción de analfabetos (75%) y destaca Huelva por su alto porcentaje (93%).

En relación al empleo en el momento del ingreso, Córdoba y Granada son las provincias con mayor cantidad de personas con empleo (44 y 40% respectivamente), coincidiendo también con que tiene el mayor porcentaje de personas que residían con sus familiares (94 y 90%) y el mayor número de ingresos judiciales (13% y 10%).

Los tiempos de estancia entre provincias son muy variables, destacando Córdoba y Sevilla con un 30% de estancias inferior a 5 años, cifra que sube a un 44% en el caso de Granada. Hay que señalar que el hospital de Huelva fue abierto en 1970, por ello no presenta ningún período de estancia superior a 15 años.

*La distribución diagnóstica es similar entre provincias (fig. 5) con un mayor porcentaje de Psicosis Delirantes (57%) y Retrasos mentales (27%), destacando Huelva y Jaén con un 40% de cada uno de estos grupos y Granada con un 16% de deficientes mentales. También se observa un porcentaje mayor de Psicosis orgánicas en las provincias de Granada y Huelva (13 y 10% frente al 5% de las demás).*

*En cuanto a la sintomatología (fig. 6) destaca el bajo porcentaje de asintomáticos registrados en Córdoba (6%) y la menor proporción de pacientes activos en Cádiz (6%).*

*El estado somático (fig. 7) de los pacientes parece ser peor en Huelva y Granada (51 y 56% con alteraciones graves) y mejor con diferencia en Cádiz (92% sin alteraciones), cifras paralelas a las que presenta el nivel de autonomía (más necesitados de ayuda en Granada y Huelva y bastantes menos en Cádiz). Destaca Jaén por el alto número de personas dependientes (20%), seguida de Córdoba (11%) (fig.8).*

*La relación con el exterior de los hospitales se refleja en la fig. 9, donde se puede ver que las provincias más abiertas no presentan más de un 35% de salidas y la misma cifra de permisos (Granada y Huelva respectivamente), teniendo en cuenta que Granada registra*

*un 100% de personas que nunca salen de permiso, un poco por detrás de Cádiz, que resalta con el 91% de personas sin permisos, el 83% sin salidas y el 65% sin visitas. El número de visitas recibidas por los pacientes varía mucho entre provincias, destacando Sevilla con la cifra más alta de visitas frecuentes (50%).*

*La remuneración de la que disponen los pacientes se ve bastante reducida en la provincia de Cádiz, donde un 77% de los pacientes reciben nada o menos de 15000 ptas., a la inversa del resto de las provincias y, sobre todo, lejos de Granada, donde el 82% de la población recibe mensualmente más de 15000 ptas.*

*En lo que se refiere a la actividad que realizan los pacientes, destaca la provincia de Córdoba que tiene un 65% de pacientes trabajando sin cobrar. Destacan por la inactividad de sus pacientes los centros de Cádiz (75%) y Granada (60%). Jaén y Sevilla se mantienen en un término medio con un 50% de la población en cada categoría.*

*En la fig. 10 se recoge la distribución de la variable pronóstico: En Cádiz un 60% tendría que continuar la hospitalización, seguida de Córdoba, con un 53% y Granada que distribuye sus pronósticos entre éste (41%) y los traslados a residencias asistidas (45.5%). Sevilla y Jaén distribuyen sus*

*pronósticos entre un 10% de altas y un 25% para cada uno de los restantes.*

*Los problemas encontrados por los equipos para el cumplimiento de este pronóstico se distribuyen entre la inexistencia o desconocimiento de tales y la falta de recursos residenciales (fig 11), fundamentalmente recursos específicos. Llama la atención el alto porcentaje de problemas por recursos específicos que plantea el hospital de Granada frente al resto (65%), el porcentaje más bajo de estos problemas lo presentan las provincias de Sevilla (26%) y Huelva (7%). Paralelamente, Huelva presenta el mayor porcentaje de problemas desconocidos (88%), seguida de Sevilla (50%), dándose en Granada el número más bajo de éstos (17%). La falta de recursos residenciales supone un 5% de los problemas en todas las provincias excepto en Córdoba (12%) y Sevilla (16%).*

*A final de 1990 (tabla 6 y fig. 12) todas las provincias en estudio mantienen ingresada aproximadamente el 50% de la población que se encontraba internada en 1985 (excepto Huelva -28%- y Sevilla -74%-).*

*Destaca el número de altas a viviendas autónomas de la provincia de Jaén (35), seguida de Cádiz y Huelva (23 y 20). Córdoba dio 17, Sevilla 12 y Granada 2.*

*En los traslados a residencias generales destaca Cádiz con 80, seguida de Córdoba con 74. Huelva trasladó 16 pacientes, Sevilla 10, 14 Jaén y 8 Granada.*

*Destaca también Cádiz en los traslados a residencias asistidas (56), seguida de Jaén (42). Granada y Huelva no dieron altas de este tipo, Córdoba dio 12 y Sevilla 3.*

*Las residencias de minusválidos psíquicos han acogido 53 pacientes procedentes del hospital psiquiátrico de Córdoba, 16 de Granada, 12 de Huelva, 11 de Sevilla, 10 de Cádiz y 7 de Jaén.*

*En cuanto a las muertes producidas, el mayor número se ha dado en la provincia de Sevilla (144), aunque no es el mayor porcentaje sobre la población ingresada (22%), seguida de Jaén (91 muertes -23%-), Cádiz (60 muertes), Córdoba (51), Granada (47) y Huelva (13) (fig. 13).*

## **5.2.- Descripción de la situación al final de 1990.**

*De forma global encontramos que, de la población que se encontraba ingresada en 1985 en las provincias en estudio, 1206 permanecen en los hospitales a final del año 90, lo que supone un*

*56%. En esta cifra se encuentran incluidas las personas que fueron trasladadas a los servicios sociales de las Diputaciones al realizarse las transferencias de los hospitales psiquiátricos de aquellas a la Consejería de Salud.*

*Las características de la población que permanece ingresada son similares a su situación en 1985, dada su condición particular de enfermos mentales crónicos e institucionalizados.*

*No obstante, comparando las tablas 8-11 y 1-4 puede apreciarse que existen algunas diferencias de interés: su edad media es, comparada con la población general hospitalizada en 1985, ligeramente inferior: 51.7 años (D.E. = 11 años). Se mantiene la relación por sexo (66/34) y la estancia media se sitúa entre 19 y 20 años (la misma que en 1985 + 5 años transcurridos).*

*En general, hay un mayor porcentaje de población soltera, analfabeta y que residían con su familia de origen, con una disminución de la población jubilada. La distribución diagnóstica es similar, a excepción de una disminución en la proporción de neurosis y alcoholismo. Aumenta el porcentaje de pacientes con sintomatología activa, con alteraciones somáticas, mientras disminuye el de pacientes autónomos y de personas que ejercían alguna actividad. Igualmente, disminuye la proporción de personas*

*con pronóstico de alta, se mantiene para el pronóstico de traslado y aumenta para el pronóstico de continuación de la hospitalización. También aumenta el porcentaje de personas con problemas de recursos residenciales y específicos, disminuyendo el de personas sin problemas.*

*Durante este período, y en la población de estudio, han sido dadas de alta un total de 533 personas (25%) con la siguiente distribución general:*

- \* 109 altas a viviendas autónomas (5.0%)*
- \* 202 traslados a residencias generales (9.2%)*
- \* 109 traslados a residencias de minusválidos psíquicos (5.0%)*
- \* 113 traslados a residencias asistidas u hospitales de crónicos (5.3%).*

*En esta cifra no se han incluido 406 altas por defunción (19% del total de la población), 7 altas por traslado a centros penitenciarios y 9 fugas.*

#### **5.2.1.- Descripción de las defunciones.**

*De la población en estudio, en el período 1985-1990 se produjeron un total de 406 muertes (fig 13), lo que supone un 43% del total de las salidas registradas, cifra que varía considerablemente*

entre provincias: 79% en Sevilla (144 defunciones), 61% en Granada (n=47), 48% en Jaén (n=91) y entre el 20 y el 25% en las restantes provincias (Huelva (n=13), Cádiz (n=60) y Córdoba (n=51)).

La proporción de muertes sobre el total de la población hospitalizada a mitad del período (censo 1988) supone un 32% en la provincia de Huelva, 25% en las provincias de Jaén y Granada, 23% en Sevilla, 21% en Cádiz y 16% en Córdoba. No obstante, es interesante valorar la proporción que supone el número de muertos por población mayor de 60 años en cada provincia: 68% en Granada y 65% en Jaén son las cifras mayores, sigue Sevilla con un 53%; Cádiz y Córdoba, con un 46% y 42% respectivamente y la más baja en Huelva con un 35%.

Como en la población general, estas defunciones se produjeron de forma significativamente más numerosa entre los grupos de edad más avanzada (fig. 14): la edad media de este grupo es de 66 años, edad en la que también se sitúa la moda de la distribución: un 70% son personas mayores de 60 años y un 18% mayores de 80 años. Un 22% de esta población llevaba más de 25 años en el hospital desde su último ingreso, y un 65% más de 10 años.

*Se registran 15 muertes en jóvenes menores de 30 años con graves alteraciones somáticas. Entre las personas difuntas entre los 30 y 65 años, la distribución diagnóstica es similar a la de la población hospitalizada, situación que se invierte de nuevo al pasar de esta edad, apareciendo las psicosis orgánicas como el diagnóstico más frecuente tras las psicosis delirantes.*

*La mortalidad parece más acusada entre los hombres si consideramos la cifra global (59% de las muertes), esta diferencia se mantiene hasta los 45 años, luego se va suavizando y se invierte claramente cuando consideramos las muertes por encima de los 75 años (32%/68%).*

*Las causas de muerte registradas son "desconocidas" en un 31% de los casos (más en Jaén y Sevilla que en el resto), el resto fallecieron de causa cardiocirculatoria en un 60%, destacando un 7% de muertes violentas (accidentes y suicidios) (fig. 15). No obstante, es de destacar la importante diferencia en las declaraciones de las diferentes provincias: desde 93% por causa cardiocirculatoria en Cádiz hasta el 33% por la misma causa en Granada.*

#### 5.2.2.- Descripción de las altas según tipo.

*En las tablas 7-11 se recogen las diferencias más significativas ( $p < 0.05$ ) entre cada uno de los cuatro grupos definidos como altas y la población que permanece ingresada. No se han valorado las diferencias entre la población con distintos tipos de alta.*

*No se observan diferencias significativas entre la población de alta y la ingresada respecto a la distribución por sexo y tiempo de estancia, a excepción de los traslados a residencias de minusválidos cuya proporción por sexo se acerca al 50% y la estancia media es bastante inferior.*

*Respecto a las demás características se aprecia un perfil para cada uno de los tipos de altas, con diferencias más o menos significativas respecto a la población que permanece ingresada:*

**\* ALTA A VIVIENDAS AUTONOMAS:**

*Aunque no se aprecian diferencias significativas en la edad en 1985 con la población ingresada, su dispersión es algo mayor (D.E: = 14 años). La edad media al alta de esta población es de 54.5 años. Tampoco se observan diferencias significativas respecto al estado civil o el tipo de convivencia anterior.*

*Por lo demás, son personas con un nivel de estudios primarios, que han trabajado anteriormente en un 50% de los casos y que presentan el mayor número de judiciales entre ellas.*

*Respecto a sus características clínicas, el mayor porcentaje lo forman las psicosis delirantes (58%), seguidos de la deficiencia mental (21%) y agrupan a la mayoría de los trastornos afectivos y las neurosis que están de alta.*

*Destaca un mayor número de personas asintomáticas, autónomas y sin alteraciones somáticas, aunque se mantiene el porcentaje de pacientes residuales respecto a la población ingresada.*

*Son personas que mantenían un nivel de relación más alto, con salidas y permisos más frecuentes, aunque no recibían muchas visitas. Su nivel de actividad también era mayor, así como el porcentaje de personas con alguna remuneración.*

*Una alto porcentaje tenía pronóstico de alta a corto o largo plazo (26%) y una gran mayoría no presentaba problemas para su salida (70%).*

**\* ALTA POR TRASLADO A RESIDENCIA GENERAL:**

*Este grupo sólo mantiene con las personas ingresadas las similitudes anteriormente comentadas para todas las altas. Por lo demás es una población bastante más anciana (edad media al alta = 64.9 años, con una desviación estándar de 10 años), con un 4% menores de 50 años y un 2% mayores de 80; con un número más elevado de personas que habían mantenido algún vínculo anterior (20% casados/viudos y 17% con familia propia), con mayor nivel de estudios (9% e. medios o superiores) y con algún tipo de empleo anterior o jubilados. En este grupo se encuentran el resto de los judiciales de alta.*

*Los diagnósticos más frecuentes en esta población son Psicosis delirantes (54%), deficiencia mental (22%) y alcoholismo (10%). El estado clínico de estos pacientes es en su gran mayoría de sintomatología residual, y autónomos, presentando para las dos variables diferencias significativas respecto a la población que permanece ingresada.*

*Al contrario del grupo descrito anteriormente, esta población se caracteriza por una escasez de vida relacional similar a la de la población que permanece ingresada, excepto en las visitas (60% no recibe visitas). Aunque un 60% realiza alguna actividad, un 54% no tiene ningún tipo de remuneración.*

*El pronóstico que se estableció para estas personas también resulta similar al registrado para la población que permanece institucionalizada y fue de continuación de la hospitalización en un 40% de los casos y residencia asistida para el 30%.*

*Sí se aprecian diferencias significativas entre ambas poblaciones respecto a los problemas para el cumplimiento del pronóstico, pues la inmensa mayoría no presentaba problemas o se relacionaban con falta de recursos específicos.*

**\* ALTAS POR TRASLADO A RESIDENCIA ASISTIDA:**

*La edad media de esta población es de 63 años (D.E. = 14), pero con una distribución muy amplia entre los grupos de edad (19% menores de 51 años y 12% mayores de 80). Un número mucho más alto que los demás grupos se encontraban casados o viudos (26%) e, igual que el anterior, un 17% tenían familia propia al ingreso. Engloba un grupo mayor de jubilados, personas sin empleo o que habían residido en una institución.*

*En relación con los otros tipos de alta destaca un menor número de psicosis delirantes en favor del alcoholismo (5%), las psicosis orgánicas (7%) y la deficiencia mental (33%), aunque en*

*estas dos últimas no presenta diferencias significativas respecto a las personas que permanecen ingresadas.*

*La situación clínica de estos pacientes es similar a la de la población ingresada en su proporción de personas asintomáticas, dependientes o con alteraciones físicas, aunque destaca un mayor número de pacientes con sintomatología residual.*

*En lo que respecta a las relaciones con el medio, la situación de estos pacientes es similar a la de la población aún ingresada, aunque con un porcentaje mayor de personas que nunca salían (76%). Hay un porcentaje mayor de personas que no reciben ningún tipo de remuneración (55%) y que no realizaban actividad alguna (60%).*

*El pronóstico esperado para este grupo poblacional era fundamentalmente la continuación de la hospitalización (51%), un 23% se distribuían entre traslado a residencia asistida y general y otro 20% a residencias de minusválidos. Un 61% no presentaban problemas conocidos y en un 31% se refiere falta de recursos específicos para poder hacer efectivo su pronóstico.*

**\* ALTA POR TRASLADO A RESIDENCIA DE MINUSVALIDOS  
PSIQUICOS:**

*Es este el grupo con mayores peculiaridades, quizá debido a que realmente son una población diferente: más joven (43.3 años), con mayor porcentaje, aunque no es estadísticamente significativo, de mujeres (44%), con un porcentaje mucho mayor de personas solteras (95%), analfabetas (97%), desempleadas (87%) y que procedían de una institución anterior (25%), sin familia propia (94%). Su estancia media también es significativamente inferior (10 años).*

*También es un grupo diferente respecto a la población ingresada en su distribución diagnóstica -77% deficientes mentales y 10% Psicosis delirantes- y nivel de autonomía: es más alto el porcentaje de personas dependientes o que precisan ayuda para su desenvolvimiento (17% y 33%). Aunque se aprecia un mayor porcentaje de pacientes con sintomatología activa, la diferencia no es significativa.*

*Al mismo tiempo se observa en este grupo una disminución de los autónomos (50%) y una relación similar a la de los ingresados en cuanto al estado somático.*

*La vida de permisos y visitas es similar a la de la población que permanece en el hospital, a excepción de las salidas programadas, mucho más frecuentes (48%). La mayoría no disfruta*

*de ninguna remuneración mensual (53%) y un 67% realizan alguna actividad programada.*

*El pronóstico que tenían estos enfermos era igual a su destino en un 45%, siendo en un 33% de continuación de la hospitalización y un 11% parecían susceptibles de ser trasladados a una residencia asistida.*

*Los problemas referidos con mayor frecuencia eran la falta de recursos específicos (52%), siendo desconocidos o inexistentes en un 40% de los casos.*

### 5.2.3.- Vinculación terapéutica de las personas de alta

*La vinculación terapéutica con algún tipo de equipo de atención, más o menos especializado, se ve ampliamente interrumpida cuando los traslados son a residencias asistidas, algo más en los ancianos (56%) que en los deficientes mentales (32%) y bastante menos en los pacientes denominados crónicos (21%).*

*Esta falta de vinculación se mantiene en un 16% de las altas a viviendas autónomas o a residencias generales y se reduce a un 3% en el caso de las residencias de minusválidos psíquicos.*

### **5.3.- Evolución temporal de las altas.**

*Es interesante observar la evolución temporal de las altas (fig. 17), pues se encuentran diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) entre las altas producidas entre los años 1985 y 1988 (sin diferencias entre sí, a excepción de una disminución de las altas a viviendas autónomas en 1988), con las de 1989 y 1990 y de estos dos años entre sí.*

*Estas diferencias no sólo se refieren al número de altas, sensiblemente mayor en los últimos años, sino también a los tipos de altas producidos (fig. 18), habiendo aumentado el número de traslados a residencias generales, asistidas y de minusválidos psíquicos, aunque en 1990 disminuyen de nuevo las altas a residencias asistidas.*

*Estos cambios se recogen fundamentalmente en los hospitales de Córdoba y Jaén y, con menores diferencias en Cádiz y Granada (fig. 18).*

*Igualmente se produce un importante aumento de traslados en los pacientes con sintomatología psíquica activa en todos los grupos de edad (3 en el primer período a 32 en el segundo), de pacientes dependientes respecto a los autónomos (pasando de 0 a*

17) y de aquellos cuyo pronóstico era de continuación de la hospitalización y de traslado a residencia de minusválidos.

Un hecho importante es la diferencia en la vinculación terapéutica de las altas que se ha dado en estos dos períodos, siendo más frecuente la vinculación con los equipos de salud mental y atención primaria en el segundo (85%) que en el primero (33%).

#### **5.4.- Identificación de factores asociados.**

##### **5.4.1.- Análisis univariante.**

En la segunda columna de la tabla 12 se recogen el nivel de significación obtenido al aplicar el **test de la  $X^2$  a las tablas cruzadas  $2*n$**  construidas para cada variable independiente en relación con la variable dependiente dicotomizada. No resultan significativas para un nivel máximo de significación del 5% las asociaciones entre la variable dependiente con las variables EDAD AL INGRESO, EDAD EN 1985, ESTANCIA, SEXO, ESTADO CIVIL, SALIDAS, PERMISOS Y NIVEL DE FORMACION.

Los resultados de la **regresión logística binaria simple** aparecen en las columnas tercera a quinta de la misma tabla 12. Se observan similares a los anteriormente descritos excepto en la

*variable EDAD EN 1985, que sí resulta significativa al ser incluida como continua en este modelo. La variable RECIBE REMUNERACION resulta significativa en este modelo por el cambio de deviance que provoca su inclusión pero el tamaño de su error estándar la descalifica como variable asociada. Aunque la variable tipo de convivencia resultó significativa en el análisis anterior, no fue incluida en esta fase por encontrarse con valores desconocidos en 528 casos, de los que 354 eran personas que habían abandonado ya el hospital.*

*Dado que la categoría tomada como referencia es considerada la más favorecedora del alta, los resultados hay que interpretarlos en términos de la probabilidad de permanecer ingresado respecto a la probabilidad de salir de alta, excepto en el caso de la EDAD-85, ya que se considera variable continua.*

*Los resultados obtenidos hablan de que la probabilidad de alta en cualquier hospital psiquiátrico es menor que la del hospital de Huelva (considerado como referencia). Así, en Sevilla esta probabilidad es 30 veces más pequeña, 10 veces en Jaén, 4 en Granada y, de forma similar, la mitad en Córdoba y Cádiz.*

*Las variables sociodemográficas reflejan un aumento de la probabilidad de alta con la edad (4% cada 5 años), el nivel primario*

*de formación (4% respecto a los analfabetos), la jubilación (4 veces mayor que las personas con empleo) o la falta de empleo (40% mayor) y la situación de ingreso judicial (70% mayor con los no judiciales). Esta relación se invierte en las personas con estudios medios o universitarios (disminuye su probabilidad en un 40%).*

*De las características clínicas del paciente, el diagnóstico se asocia con la probabilidad de alta en un gradiente que disminuye la probabilidad de salir respecto a la categoría de referencia (otros diagnósticos: neurosis, epilepsias, alcoholismo, trastornos de la infancia, "sin diagnóstico") de los deficientes mentales (OR=0.8), seguidos por las psicosis delirantes (OR=0.6) y las orgánicas (OR=0.5).*

*En cuanto a la variable sintomatología no se aprecian diferencias importantes entre la categoría de referencia (asintomático) y la sintomatología residual, pero sí se observa una disminución de la probabilidad de alta en las personas con sintomatología activa (OR=0.60), la misma cifra se obtiene comparando a las personas dependientes con las autónomas, y algo menor cuando se relacionan éstas con las que necesitan ayuda importante (OR=0.58) o las que presentan alteraciones somáticas con las que no (OR=0.66).*

*Las variables consideradas de relación, no parecen suponer riesgos diferentes de unas categorías a otras, excepto en el caso de las personas que nunca son visitadas, que parecen tener mayor probabilidad de alta que las personas que reciben visitas frecuentemente (OR= 1.9).*

*En relación al pronóstico todas las categorías presentan riesgos similares respecto a la de referencia (alta a corto plazo), situándose las OR para las cuatro categorías entre 0.37 en el mejor de los casos (pronóstico de continuación en el hospital) y 0.27 en el peor de ellos (traslado a residencia general).*

*La relación de las diferentes categorías de la variable problemas para la consecución del pronóstico deseable, tomando como referencia la categoría "no existen o son desconocidos", refleja una menor probabilidad de alta en las personas para las que se refería falta de recursos residenciales (OR=0.63), menor aún cuando presentaban problemas de falta de recursos específicos (OR=0.40) y todavía más baja cuando los problemas se debían a dificultades familiares o de situación personal del paciente (OR=0.22).*

#### **5.4.2.- Análisis multivariante**

El análisis multivariante se realizó utilizando la **regresión logística múltiple** <sup>61 62 63 64 65</sup>, con la construcción de un modelo que explica las diferencias entre el grupo de personas que permanecen ingresadas y las que salieron de alta ajustando por todas las variables en estudio, y cuyos resultados se resumen en la tabla 13. La bondad del ajuste de este modelo final viene dada por su similitud con el modelo sobresaturado, de deviance = 0 con 0 grados de libertad ( $p = 0.978$ ).

Es de destacar que la variable hospital consigue por sí sola 356 de los 469 puntos de cambio en la deviance, y que su introducción en el modelo hace desaparecer las aportaciones de las variables remuneración, situación judicial y visitas, por lo que puede entenderse que resume la información contenida en éstas. Otra variable modificadora es la edad en 1985, que hace variar los coeficientes correspondientes a sintomatología psíquica (disminuyendo el coeficiente para la categoría de sintomatología residual) y diagnóstico (aumentando  $B_1$  para la deficiencia mental). Se aprecian también modificaciones del coeficiente para el diagnóstico de deficiencia mental a la inclusión de la variable autonomía, haciéndose prácticamente 0.

*A pesar de su falta de significación en el análisis univariante, se probaron los efectos de la variable sexo sobre el modelo, no encontrándose ningún efecto modificador.*

*Se comprobaron las interacciones posibles entre las variables de situación clínica (sintomatología psíquica, autonomía, estado somático y diagnóstico) y de éstas con la edad en 1985, el tiempo de estancia y el centro hospitalario. Igualmente se comprobaron interacciones entre la variable trabajo y sexo. De todas ellas, sólo **la interacción entre sintomatología psíquica activa y edad-85 resultó significativa** en su introducción al modelo, y su consecuencia es la **inversión de las probabilidades de alta para las personas con síntomas psíquicos activos a partir de los 35 años en sentido negativo.***

*Se calcularon las OR ajustadas y sus intervalos de confianza, con el resultado respecto al análisis crudo univariante de la **disminución a la mitad en el riesgo de permanecer internado en el H. psiquiátrico de Sevilla, Jaén o Granada (OR=0.06 y 0.37 respectivamente)**. Por contra, apenas se han modificado los coeficientes correspondientes al pronóstico, aunque finalmente **todos los pronósticos distintos al de alta a corto plazo han resultado reunidos en una sola categoría, que presenta una OR respecto a la categoría de referencia de 0.28 (0.16-0.55) y sí se han invertido los***

*riesgos entre las categorías de la variable problemas, de manera que en el análisis univariante resultaban con menos posibilidades de salir las personas con problemas familiares o de recursos específicos y en el modelo ajustado resultan superadas en este riesgo por las personas con problemas de recursos residenciales generales (OR = 0.29 frente a OR = 0.55).*

*En lo que se refiere a las variables clínicas, se asimilan los riesgos de las psicosis orgánicas con las delirantes (OR = 0.53) y de la deficiencia mental con la categoría de referencia. También pierde significación la diferencia entre las categorías del estado somático, con lo que la variable desaparece del modelo y la diferencia entre las categorías autónomo y dependiente de la variable nivel de autonomía, resultando una OR = 0.75 de los que precisan ayuda frente a los autónomos + los dependientes.*

*Ya se comentó anteriormente la interacción encontrada entre la sintomatología psíquica activa y la edad. Sólo queda comentar la desaparición de las diferencias entre las categorías de asintomático y sintomatología residual, que quedan agrupadas como categoría de referencia.*

*La edad en 1985 participa, además, de forma independiente en el modelo con un coeficiente algo mayor que el obtenido en la*

*regresión simple (0.02 frente a 0.008), lo que supone que ajustando por las demás variables, la probabilidad de salir aumentan en un 2% con cada año más de edad, asumiendo que esta evolución es lineal.*

*Otras dos variables incluidas son la actividad que se realizaba el paciente en 1985 y el trabajo al ingreso, resultando de los coeficientes obtenidos un aumento del 30% en la probabilidad de alta de las personas que realizan alguna actividad programada respecto a las que no, y de las jubiladas respecto al resto (hayan tenido o no algún empleo) (OR= 2.7).*

*Del análisis puede obtenerse que los factores que inciden por sí solos sobre las probabilidad de alta de forma negativa son:*

- \* un diagnóstico de psicosis.*
- \* una sintomatología activa en personas mayores de 36 años.*
- \* la falta de una actividad programada.*
- \* la necesidad de ayuda para el desenvolvimiento diario.*
- \* encontrarse internado en los hospitales de Sevilla, Jaén o Granada.*
- \* tener un pronóstico diferente de alta a corto plazo.*
- \* previsión de problemas para el desarrollo de este pronóstico.*

Por otro lado, parecen ser factores facilitadores

\* *la mayor edad.*

\* *el estado de jubilado.*

\* *la sintomatología activa en personas menores de 36 años.*

\* *la realización de alguna actividad programada durante el ingreso*

## **6.- DISCUSION**

### **6.1.- Sobre las Fuentes.**

*Para la realización de este estudio se han utilizado fuentes de información ya existentes, lo que introduce en la investigación la limitación de trabajar con variables previamente definidas y aumenta el riesgo de aparición de sesgos <sup>41</sup>. Por tanto es importante el análisis de las fuentes que permita valorar la existencia de circunstancias que posibiliten la aparición de sesgos de selección o clasificación <sup>66 53 54</sup>.*

*Podrían existir sesgos de selección en la exposición a las diferentes variables independientes y de clasificación entre los grupos puesto que la mayoría de la información recogida no procede de registros de calidad, sino de la opinión de los profesionales. Sin embargo, como puede apreciarse en el Anexo 1, la información se*

*encuentra disponible en categorías muy amplias, por lo que, aumenta su capacidad de exclusión: es muy difícil que algún individuo se encuentre clasificado fuera de la categoría que le corresponde. El hecho de que las categorías de clasificación sean amplias permite esperar que las opiniones subjetivas, aunque se muevan en un rango muy disperso, coincidan para una misma característica dentro de los grandes grupos de clasificación.*

*El inconveniente es, precisamente, que la información obtenida es poco discriminante puesto que dentro de una misma categoría se encuentran incluidas muchas posibilidades que podrían constituir grupos con diferencias significativas para alguna característica.*

*De todos modos esta situación no supone una limitación grave para los objetivos del estudio, dado que en la población de larga estancia en instituciones estables las características individuales tienden a desaparecer, la manifestaciones externas son una mezcla de los síntomas de la enfermedad con deterioro psicosocial por el largo período de institucionalización y los cambios que puedan esperarse son mínimos <sup>69 31</sup>.*

*Los mismos argumentos rodean a la limitación propia de los estudios retrospectivos: el hecho de relacionar situaciones actuales*

*con características de períodos anteriores, que pudiesen haber variado. Este hecho no es muy importante en relación con las características individuales de cada internado por lo que se analiza en el apartado anterior, pero sí en relación a los programas de rehabilitación y reinserción que se encontraban en marcha. Esta dificultad se superó en buena parte con la incorporación en el estudio del censo realizado en 1988: en el caso en que se detectara una modificación en alguna de las variables recogidas en 1985 se anotaba el valor obtenido en 1988. No obstante no se encontraron apenas diferencias.*

*Algunas variables disponibles han quedado invalidadas: "años anteriores de hospitalización" o "número de ingresos anteriores al actual", en las que el sesgo de memoria <sup>56</sup> tuvo especial importancia: las incongruencias en estas variables de un censo (1985) a otro (1988) obligaron a prescindir de ellas. Igualmente deben ser tomados con cautela los resultados obtenidos de la variable "tipo de convivencia" por presentarse desconocida en 528 registros, de los que 354 fueron posteriormente altas.*

*También hay que interpretar adecuadamente el significado de dos variables claves: "pronóstico institucional" y "problemas para la consecución del pronóstico", ya que se encuentran muy influenciadas por el conocimiento que el profesional tenga de los*

*recursos disponibles, las vivencias que tenga respecto a la reforma, la confianza o escepticismo en relación con las posibilidades de externalización de los pacientes y desmantelamiento de los manicomios. Por lo que probablemente reflejan más las actitudes de los equipos de profesionales que un futuro posible para el paciente*

<sup>69</sup>.

*Finalmente, es preciso comentar que el censo utilizado como primera fuente ofrece una fotografía estática de una situación, compleja en sí misma, en la que convergen múltiples elementos: balance ingresos/altas, historia previa de la institución, condicionantes sociales o de entorno físico y político, de los que no nos da información directa <sup>70</sup>. Aunque existe la creencia de que "los números, convenientemente tratados, dicen lo que uno quiere", lo cierto es que la fotografía borrosa que se obtiene de cada hospital o grupos de personas convierte en arriesgadas las comparaciones que puedan establecerse.*

## **6.2.- Sobre la Población de Estudio.**

*En cuanto a la adecuación de la población de estudio, ésta constituye el universo completo de personas que se encontraban*

*"en riesgo" de ser desinstitucionalizadas al principio del período de estudio en los hospitales públicos andaluces. Puesto que los objetivos del estudio pretenden evaluar el proceso desarrollado en estos hospitales a través de la descripción y el análisis de los factores que determinaron el alta del hospital psiquiátrico, la cifra con la que trabajemos habrá de ser suficiente para la utilización de la metodología adecuada. En ningún momento pretende el estudio extraer conclusiones que puedan extenderse a otro conjunto de población institucionalizada ni a los procesos desarrollados en otros hospitales. Con estas premisas, la población es suficiente <sup>71</sup>.*

### **6.3.- Sobre el método.**

*La elección del tipo de estudio viene determinada por las ventajas que presentan los estudios de cohortes en cuanto a posibilidad de seguimiento individual, determinación de riesgos de forma directa y, principalmente, de minimización de la ocurrencia de sesgos<sup>40 41 72</sup>*

*Los objetivos del estudio junto a la existencia de un grupo bien definido de población institucionalizada y de la información necesaria para su clasificación y seguimiento histórico determinaron la decisión final sobre el diseño.*

*El control de sesgos de confusión y elementos interactuantes se realizó mediante la utilización de un método de análisis multivariante <sup>56</sup> y el control de los errores aleatorios mediante la construcción de los correspondientes intervalos de confianza <sup>40</sup>. Los posibles sesgos de selección e información existentes, no controlables en el momento del análisis han sido comentados en el apartado anterior.*

*En cuanto a los métodos de análisis utilizados, el análisis descriptivo ocupa un lugar fundamental dentro del estudio permitiendo la generación de hipótesis a utilizar en el estudio de otros grupos similares ubicados en realidades diferentes <sup>59</sup>.*

*Hay que resaltar que el análisis comparativo que se realiza entre la población que permanece institucionalizada y los grupos de alta utilizando tests de comparación de grupos se ha realizado de manera exploratoria, sin una hipótesis previa, con el único objeto de apuntar posibles diferencias a estudiar entre estos grupos de población respecto de las variables en estudio. Por tanto, los resultados obtenidos han de ser interpretados con gran cautela, ya que la comparación no ajustada de múltiples variables dentro de un mismo grupo conduce a una acumulación de errores que puede exagerar las diferencias detectadas como significativas. No obstante, y siguiendo la regla de Bonferroni, estos resultados*

*pueden ser utilizados con bastante confiabilidad si se consideran como tales las que resulten con un nivel de significación  $< 0,005$*

<sup>60</sup>.

*Para la identificación de factores asociados se construyó un modelo de regresión logística multivariante. Se eligió esta técnica por permitir la cuantificación de la magnitud, significación y precisión de las posibles asociaciones entre la situación de alta y las variables en estudio controlando, al mismo tiempo, la existencia de confusión entre éstas.*

*No se trata en este caso concreto de establecer un modelo que permita predecir el riesgo individual de alta (lo que puede considerarse el valor más alto de esta técnica) para "futuros desmantelamientos de hospitales psiquiátricos", sino sólo de acercarnos a una explicación del fenómeno acontecido controlando el mayor número de variables posibles de entre las disponibles.*

*Tampoco es el objetivo establecer relaciones causales. Ninguna de las variables estudiadas pretende explicar el fenómeno de alta como factor causal. Deben ser consideradas como factores de riesgo en tanto que acompañan a una variación en las probabilidades de alta, sin prejuzgar si son o no causa de la misma.*

*Por otro lado, puesto que se está estudiando el universo completo de individuos hospitalizados, las técnicas estadísticas utilizadas sólo pretenden establecer comparaciones entre los subgrupos de población de ese universo, y los resultados no pueden ser aplicables a ningún otro conjunto de personas.*

*De los resultados obtenidos en el modelo final, deben interpretarse con cautela los referidos a la edad, ya que, habiéndose introducido como una variable continua, se está suponiendo una relación exponencial entre el aumento en unidades de la variable y el aumento del efecto que puede no ser cierta.*

#### **6.4.- Sobre los Resultados.**

*La descripción obtenida de la población hospitalizada en 1985 en los hospitales psiquiátricos estudiados refleja una población envejecida, con una rotura de vínculos sociales muy importantes dada la elevada permanencia en una institución total. Asimismo, presenta características propias de los colectivos marginales (solteros, analfabetos, desempleados, inactivos) y una situación contradictoria entre su estado físico y psíquico y su vida de relación o el nivel de actividad. Destaca la práctica inexistencia de personas con algún tipo de estudios, con una profesión o algún tipo de renta.*

*A pesar de que este mismo conjunto de características se encuentran descritas en otros estudios sobre población de larga estancia en hospitales psiquiátricos<sup>69 73 74 75 76 77</sup> y que, incluso construyen el concepto de "cronicidad institucional"<sup>78</sup>, no sería bueno aceptarlo sin cuestionarse porqué en los hospitales psiquiátricos se reunía este tipo de población o dónde eran cuidados los enfermos mentales de otros grupos pertenecientes a clases sociales más aventajadas. La respuesta puede encontrarse en la dedicación fundamental del hospital psiquiátrico a funciones de albergue, custodia o control social más que a unidad especializada de atención a problemas mentales<sup>29 10 11 13</sup>. Esta situación fue una de las razones por las que la reforma psiquiátrica se plantea más que el cambio en la organización asistencial: la modificación de la legislación vigente en defensa de los derechos elementales de las personas internadas<sup>29 79</sup>.*

*Las diferencias interprovinciales encontradas, que explicarían que la variable "hospital de procedencia" sea la que más información aporte dentro del modelo de regresión logística resultante, apuntan en el sentido de procesos de reforma diferentes tanto en orientación como en duración, que se ha ido traduciendo en un balance de altas-ingresos. Esto es lo que indirectamente puede deducirse de los datos recogidos en relación a población que*

*aún permanece ingresada en ese momento y a la relación entre ésta y el número de camas disponibles en 1980<sup>80 31</sup>.*

*Este hecho podría explicar, por ejemplo, el mayor porcentaje de deterioro somático, psicosis orgánicas y deficientes mentales que se encuentran en Huelva (personas que quedaban por abandonar el hospital, cuando ya un buen porcentaje había sido desinstitucionalizado) o el diferente número de pacientes entre Sevilla y Jaén aunque tenían en un principio un número similar de camas.*

*La piedra angular de estas diferencias puede considerarse la distinta forma de trabajar de los equipos profesionales, debido a enfoques diferentes del proceso emprendido, experiencias anteriores más o menos conflictivas o dotación de profesionales.*

*Así, se observan diferencias en variables muy relacionadas con la labor directa de los profesionales: visitas o permisos, remuneración (pensiones en su mayoría) o actividad de los pacientes, que expresan diferentes posturas ante los programas de rehabilitación y el papel del hospital psiquiátrico.*

*Se describe en la literatura un efecto contradictorio que se produce al poner en marcha la red de atención comunitaria y que*

*potencia el abandono de los programas en el interior de los hospitales psiquiátricos: los "profesionales comunitarios", más preocupados por los procesos agudos y la presión de la demanda<sup>81</sup> se alejan de los "profesionales del hospital psiquiátrico", que quedan encargados de la rehabilitación y externalización de los "sedimentos"<sup>82</sup>, que no siendo prioridad de la red comunitaria<sup>86</sup>, no encuentran cuidados adecuados a su situación<sup>83 84 120, 126</sup>. Existe una gran desconexión entre los niveles de atención<sup>85 86</sup>.*

*Esta situación se agrava cuando suelen ser los profesionales más "reformistas" los que salen del hospital psiquiátrico hacia los centros comunitarios. El trabajo extrahospitalario, mucho más gratificante, hace que acaben abandonando a los pacientes que quedaron internados<sup>13</sup>. No es este un fenómeno exclusivo de nuestra Comunidad Autónoma, sino una constante en todos los procesos de reforma emprendidos desde 1960. Feldman afirma en 1974: "La población no es diferente (refiriéndose a la población hospitalizada en instituciones psiquiátricas), nosotros somos distintos"<sup>13</sup>.*

*Existen experiencias en las que los equipos comunitarios han dado prioridad a la reinserción de los pacientes que, de su sector, permanecen ingresados en los hospitales psiquiátricos<sup>87 88</sup> con resultados muy favorables a la calidad de la desinstitucionalización*

*y del seguimiento. El proceso de desinstitucionalización pierde su sentido si no va ligada a un trabajo simultáneo dentro y fuera de la institución y no mejora paralelamente la calidad de vida de la población que permanece institucionalizada<sup>2 89</sup>.*

*De las variables estudiadas, una de las que mejor refleja las forma de vivir la reforma por los profesionales es la variable pronóstico, sus contradicciones, y, sobre todo, la tendencia a perpetuar la institucionalización: sólo el 10% de los pronósticos eran altas a corto o largo plazo, a pesar de que ya el 14% de los pacientes era considerado asintomático, sano y autónomo. El 32% tenían pronóstico de continuación de la hospitalización (alcanzando en algún hospital el 60%). Son resultados coincidentes a estudios realizados en otros hospitales en reforma<sup>90 73</sup>. Por sí sola participa en el modelo explicativo reflejando que ningún pronóstico de alta ha estado relacionado con una mejor probabilidad de salir, reforzando la idea de que éste pronóstico fue aventurado sólo en caso de que el alta estuviera ya prevista en alguna medida.*

*Esta actitud puede ser debida a la falta de confianza de los profesionales en las posibilidades reales de desinstitucionalización, dada la falta de alternativas y las experiencias negativas en otros lugares, donde el desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos no ha ido paralelo a la construcción de una red alternativa de*

*atención comunitaria y alojamiento* <sup>73 24, 74 91 92 93</sup>. Algunos profesionales aprecian que la Reforma se ha originado desde una Administración distante <sup>94</sup> sin excesiva voluntad política y que algunos pasos se han dado demasiado precipitadamente <sup>85 96</sup>.

*En estudios que evalúan los procesos emprendidos en otros países se refleja como las diferencias observadas parecen deberse a la velocidad de su implantación* <sup>96</sup>, aunque también recogen diferencias en objetivos, expectativas y metodología <sup>83</sup>. Algunos autores atribuyen los problemas surgidos de la desinstitucionalización a una incorrecta planificación administrativa, falta de participación de "clientes" y profesionales <sup>97</sup>.

*Eso podría explicar que en la variable problemas planteados por los profesionales para el pronóstico establecido destaque la falta de recursos residenciales para los ancianos y falta de recursos específicos para el resto. De hecho hay autores que aventuraban que, puesto que en España no existen residencias especializadas, no había peligro de que la transinstitucionalización sea tan grande como la que se produjo en Holanda* <sup>86</sup>.

*Es sorprendentemente baja la referencia a las dificultades familiares para la realización del pronóstico, ya que en 1988 el 79% de los pacientes que permanecían ingresados tenían familiares*

*cercanos. Este hecho refuerza la idea de que los profesionales no creían posible la externalización a otros lugares que no fueran residenciales más o menos especializados.*

*Afortunadamente, la realidad ha resaltado la contradicción existente entre los pronósticos establecidos y las altas dadas, ya que, en general, ha sido posible un alta más normalizada de lo previsto (tabla 5 cont.).*

*En relación con los factores que hacen posible la desinstitucionalización, decía Gómez Beneyto <sup>69</sup>: "La muerte y la asignación de subvenciones económicas contribuyen a la reducción del número de internados más que ninguna otra intervención organizativa o asistencial del hospital". Esta afirmación se ha corroborado en algunos estudios <sup>103 98</sup>, y no menos en la nuestra: la reducción de internos ha sido del 40% por fallecimientos y las altas se han potenciado gracias a las subvenciones específicas para proyectos de apoyo a la desinstitucionalización que el IASS comenzó a convocar a partir de 1989 <sup>99</sup>. Esto explicaría la diferencia significativa observada en el número de altas producidas a partir de este año respecto a los años anteriores.*

*Estas ayudas financieras han sido aprovechadas de manera muy desigual entre las provincias según los intereses de cada*

*Diputación, los conciertos posibles y las propias historias de los centros: traslados a residencias generales y de deficientes en Córdoba, de ancianos válidos en Cádiz y a residencias asistidas en Jaén, que nunca disminuyó su ritmo de altas a viviendas autónomas.*

*De los aspectos hasta ahora comentados, la evolución del proceso ha sido similar a las experiencias publicadas y similares son también las cifras que se dan respecto a las altas y destinos de los pacientes tras cinco años de reforma: algo menos de la mitad de la población continúa ingresada, un alto porcentaje de las altas son defunciones y traslados y se desarrollan tímidamente las altas a domicilios más o menos protegidos<sup>21 69 73 9 87 90 100 101 102 103</sup>.*

*No obstante, existen diferencias en los resultados dependiendo de las capacidades de la organización social en el que se desarrollen las experiencias, del marco legislativo que las sustente y de la agenda política de los responsables de su desarrollo*

*72 104 105*

*Las defunciones ocurridas en la población del presente estudio, siguen los patrones generales de mortalidad, aunque con un número alto de causas de muerte desconocida y accidental. No se ha realizado un análisis adecuado al pequeño tamaño de la población*

*en estudio, por lo que no se pueden sacar conclusiones de las cifras observadas para contrastarlas con lo sucedido en otros hospitales. Numerosos estudios coinciden en afirmar que la mortalidad en los hospitales psiquiátricos es mayor que en la población general*<sup>69 106</sup>

<sup>107</sup>

*Puede apreciarse por los perfiles de alta que, en general, han salido de alta a viviendas autónomas, más o menos asistidas, personas de edad media, en mejores condiciones psíquicas y físicas, con algún tipo de remuneración mensual y que se encontraban desarrollando alguna actividad programada antes del alta, con previsiones de alta sin problemas. Es la población que se encuentra en mejores condiciones de integración social, capacidad productiva relativa y mejores sistemas de adaptación. Así pues, lo que parece facilitar este tipo de altas es el nivel de autonomía alcanzado, no sólo a nivel físico y psíquico, sino económico y relacional. Este grupo precisa de recursos adaptados individualmente a las capacidades obtenidas, este es el esfuerzo mayor, el que produce las altas una por una.*

*En las residencias se encuentran personas que, independientemente del nivel de autonomía o de integración social alcanzados, generalmente con buen número de capacidades perdidas, "cumplen los requisitos" exigidos en cada centro, por lo*

*que no es de extrañar que sus características clínicas (sobre todo en el grupo trasladado a residencias asistidas) sean similares a las de las personas que permanecen internadas en el hospital. Las posibilidades de alta a residencias vienen, pues, establecidas por la capacidad de los grupos diana de adaptarse a los recursos ya disponibles. Este hecho, valorado como una utilización oportunista de recursos existentes en períodos de escasez de alternativas, debiera evitarse según la experiencia de algunos autores, dirigiendo los esfuerzos a valorar las necesidades específicas de cada paciente y a localizar una residencia que se adecue a ellas <sup>11</sup>.*

*En este sentido habría que comentar algunos aspectos relacionados con la desinstitucionalización que deben ser tenidos en cuenta antes del alta y preparados desde dentro de la propia institución. No se trata sólo de la búsqueda de nuevos lugares de residencia más normalizados y terapéuticos, sino también de mejorar la situación de relación social y económica que impida que la vida se deteriore a la salida <sup>11, 78</sup>. Y esto es válido no sólo para las personas que salen a un piso, sólo o con otros compañeros, sino también a residencias.*

*De los resultados del presente estudio se desprende que se han realizado esfuerzos en este sentido con las personas que tenían prevista el alta a residencias autónomas, pero no en la misma*

*medida con aquellos a los que se iba a trasladar a otros lugares residenciales.*

*Desde esta perspectiva se pueden valorar los resultados obtenidos en este estudio con las variables que hemos llamado relacionales, de actividad y remuneración: destaca el alto porcentaje de personas cuyo nivel de relación es escasísimo antes de salir de alta, o han permanecido inactivos y, sobre todo, aún no disfrutaban de pensiones u otro tipo de ingresos aceptable. El hecho de que esta situación no haya variado grandemente desde 1985 expresa una menor dedicación a estos aspectos en el interior del hospital respecto a los relacionados con la búsqueda de espacios residenciales <sup>69 73</sup>. No obstante queda demostrado el papel de la realización de actividades como favorecedora del alta, corroborando resultados de estudios realizados ya en los '70 <sup>72</sup>.*

*Hubiera sido interesante contrastar la información que tenemos de 1988 sobre la posesión del D.N.I. por parte de los pacientes pero no disponemos de este dato en 1985. No obstante, en 1988 se encontraba aún sin él un 16% de la población en estudio que permanecía hospitalizada, y un 3% se encontraba en trámite. De la información recogida en el momento del alta, la cifra de personas sin carnet desciende a un 4%, pero carecemos de este dato en un 21% de los casos, por lo que afirmar que puede haber*

*mejorado la situación es algo arriesgado. Este hecho fue denunciado a nivel nacional en el XVII Congreso de As. española de Neuropsiquiatría en 1985, junto a la falta de pensiones, como gestiones vividas como "prosaicas" por parte de los profesionales dentro de las instituciones* <sup>73 78 88</sup>.

*Por otro lado, quisiera resaltar que no siempre el alta con destino a una vivienda autónoma resulta la mejor medida. No hay que olvidar los problemas de accesibilidad, empobrecimiento, inadaptación, autonomía y soledad en que se encuentran muchos ancianos en la comunidad* <sup>108</sup>, *situaciones que se suman en la población objeto de este estudio a un largo tiempo de institucionalización y mala aceptación social.*

*A estos problemas se refieren algunos autores cuando llaman a la precaución* <sup>109</sup> *considerando que "la dejadez que se encuentra en eso que se ha dado en llamar comunidad ridiculiza a la que se produce en los hospitales" (dicen: "... cuidado con pasar a los pacientes de la sartén al fuego").*

*También debe tenerse en cuenta la existencia frecuente del fenómeno que se ha denominado "institucionalización doméstica"* <sup>11</sup>: *un paciente hiperprotegido en una vivienda de la que no sale ni para ir a los servicios sanitarios* <sup>69 110</sup>, *o las circunstancias*

*familiares que pueden hacer que el paciente se deteriore o regrese en su proceso de rehabilitación<sup>90 69</sup>, además de las dificultades en las que pueden encontrarse personas sin recursos cuando mueren sus familiares.*

*En palabras de Leona Bachrach<sup>111</sup>, la heterogeneidad de los pacientes en cuanto a diagnósticos, sintomatología, nivel funcional y preferencias personales hace que los requerimientos individuales sean diversos; por ello, el enfoque de "talla única" para todos debe evitarse a toda costa. Algunos se encontrarán confortablemente instalados en un entorno informal y otros precisarán lugares más estructurados<sup>112</sup>. El cuidado en la selección de la vivienda determinará en gran medida la satisfacción de los pacientes y su permanencia en la comunidad<sup>113 114</sup>.*

*Así, los traslados a otras residencias, que son frecuentemente interpretados de una forma purista como una nueva forma de institucionalización<sup>115</sup>, deben analizarse conjuntamente con las características de la población de la que se trate y las intervenciones que sobre ella se realicen para su rehabilitación y reinserción. Una población de edad avanzada, con unos niveles de relación y actividad aceptables y una remuneración mínima mensual que se traslada a una residencia puede, probablemente, conseguir un nivel de calidad de vida muy superior al que disfrutaba en el hospital<sup>90</sup> y,*

*probablemente, al que disfrutaría en un piso de barrio sin ascensor y con escasa o nula compañía.*

*Otro aspecto importante relacionado con el éxito de la desinstitucionalización es la integración de los servicios asistenciales y residenciales <sup>111</sup>. Un gran número de las altas estudiadas parecen encontrarse sin ningún tipo de vínculos terapéuticos conocidos, si bien es cierto que los centros residenciales disponen generalmente de profesionales sanitarios para el cuidado de los residentes.*

*De los resultados del estudio se desprende un giro positivo en los años 1989 y 1990 hacia la mejora de la vinculación terapéutica de las personas de alta, lo que pudiera estar relacionado con la extensión que en estos dos años se produce en la red de servicios comunitarios, tanto a nivel de distrito como de unidades de rehabilitación de área <sup>116 4, 39</sup>. No obstante, no tenemos datos para saber si el seguimiento terapéutico de estas personas es el adecuado.*

*Tras analizar los resultados obtenidos y contrastarlos con la bibliografía, se puede afirmar que aparte de controlar los factores que han resultado determinantes en el proceso de alta, es preciso valorar la calidad de vida de los pacientes que salieron del hospital*

*psiquiátrico y la de sus convivientes <sup>117</sup> para poder decir que estamos tratando de un proceso real de desinstitucionalización.*

*Esta evaluación habrá de realizarse a partir de la opinión de los propios pacientes, utilizando métodos cualitativos adecuados a sus capacidades y que tengan en cuenta, en primera persona, sus necesidades y demandas <sup>118 119 120 121 122 123</sup>.*

*Hasta hoy, la historia de la desinstitucionalización está repleta de pacientes trasladados de un lado para otro sin tener en cuenta sus deseos, miedos o aprensiones <sup>111</sup>. Ahora es cada vez más importante la voz de los pacientes, nuevos protagonistas dentro del que se ha dado en llamar "cuarto movimiento" <sup>124</sup> para la reforma de la salud mental, que se encuentra emergiendo liderado por pacientes más o menos organizados, y cuya participación en la gestión de nuevos cambios ahorraría, probablemente, muchos errores <sup>97 125 126</sup>.*

*Mientras tanto, en el hospital permanece una población con condiciones de desinstitucionalización algo difíciles: personas de edad media, con alta proporción de pacientes con sintomatología activa, que precisan ayuda para sus actividades diarias (no en todos los casos), poco activos y con gran número de pronósticos de*

*continuación de la hospitalización y problemas de recursos residenciales.*

*Para estas personas, el modelo de atención existente, o, mejor dicho, el modelo social actual, no tiene respuesta. Son las personas para las que la desinstitucionalización no puede ser sólo un cambio físico de lugar de residencia, se hace necesario un cambio de las actitudes negativas de la población y una adaptación de las estructuras sociales <sup>127 128 129</sup>. Toda una revolución en el sistema. La discusión de los aspectos residenciales del problema provoca pocos conflictos fáciles de resolver, pero los aspectos relacionados con cambios en los patrones culturales y sociales provocan conflictos irresolubles" <sup>13</sup>. De una forma más simple dice otro autor: "Es más fácil cerrar los hospitales psiquiátricos que rehabilitar y resocializar a los internos" <sup>73</sup>.*

*En resumen, la ubicación de pacientes procedentes de los psiquiátricos en centros residenciales ya existentes no parece un grave problema cuando existen subvenciones, sólo tienen que cumplir los requisitos de edad y comportamiento. La tarea más difícil es la integración del adulto incapacitado en edad productiva en una sociedad no preparada para afrontar esta eventualidad. Es esta labor la que exige un compromiso mayor: la creación de nuevos espacios sociales, de situaciones alternativas. No basta con cerrar*

*el hospital psiquiátrico, es necesario un compromiso de todas las autoridades y un trabajo continuo de evaluación y seguimiento del proceso* <sup>130 131</sup> *porque, cuando la financiación es pública, por razones de coste/oportunidad es difícil que se prioricen inversiones destinadas a un centro en vías de desaparecer* <sup>73 88</sup>. *Además no siempre el problema es de financiación: tampoco se han encontrado las alternativas necesarias en países donde el apoyo económico es bueno* <sup>120, 126</sup>. *Quizá el fallo más importante en el desarrollo de políticas públicas en este sector haya sido la falta de una evaluación adecuada y sistemática del proceso* <sup>72 132</sup>.

*Los resultados del análisis multivariante muestran los factores que han sido determinantes para el alta de los hospitales estudiados. Hay nueve variables que forman un modelo que explica el fenómeno producido de una forma válida.*

*Este modelo no incluye variables que otros estudios detectaron relacionadas con un riesgo aumentado de permanencia en el hospital* <sup>48 133</sup>: *sexo, nivel de formación, estado civil o tiempo de estancia. Sin embargo sí refuerza otras como diagnóstico o nivel de autonomía.*

*En él se observa como el hospital es la variable que más información aporta por sí sola, lo que nos devuelve a la discusión*

*sobre las diferencias interprovinciales, situando en mejores condiciones de alta los hospitales de Cádiz, Córdoba y Huelva frente a Granada, Jaén y Sevilla, sin que este hecho se vea afectado por las demás características. Son estos hospitales, excepto Jaén, los que mayores retrasos han sufrido en su reforma. Las diferencias entre los otros dos hospitales y el de Jaén, podría explicarse pues mientras Cádiz y Córdoba han externalizado a residencias un fuerte número de pacientes a partir de puesta en marcha de los programas del IASS, Jaén ha promovido un mayor número de altas en crónicos, con alguna inflexión en su proceso a mitad del período.*

*Por otro lado, el hecho de que esta variable resuma la información aportada por la variable remuneración, refleja que existen realmente diferentes estrategias de actuación de cara a este aspecto. La situación judicial se resume en ella pues en algunas provincias existían pabellones de judiciales y en otras no.*

*Aparece en este modelo la sintomatología activa interactuando con la edad, de manera que solo es facilitadora si la consideramos por debajo de los 36 años, edad a partir de la cual comienza a ser un problema. Esta aparente contradicción puede tener su explicación en las altas producidas en los dos últimos años con destino a residencias de minusválidos psíquicos de población esencialmente joven y con sintomatología más activa, que formaba*

*parte del grupo institucionalizado como deficientes mentales. Se explica también de esta manera la mejor probabilidad de alta que presentan los deficientes mentales frente a las psicosis.*

*En relación con los resultados obtenidos por el modelo respecto a la variable autonomía, refleja la situación similar en que se encuentran las personas autónomas y completamente dependientes, debido a que las primeras encuentran ubicación tanto en viviendas autónomas como en residencias -según sus necesidades-, y las segundas pueden por este único hecho encontrar un lugar en residencias asistidas (vease criterios de admisión en Anexo 1), en tanto que no es fácil encontrar alojamiento para alguien que precisa de ayuda particular para la vida diaria.*

*También se relativizan los pesos de las variables relacionadas con el pronóstico institucional, ya que da poco valor a las diferentes categorías del pronóstico frente al alta a corto plazo, reforzando la idea de que sólo se aventuraba un pronóstico real si el alta estaba próxima.*

*En el mismo sentido, destacan como problemas los que se refieren a la falta de recursos residenciales generales, que son los mejor identificados, mientras que el resto aparece en un solo grupo con menos diferencias entre ingresados y altas.*

*La edad vuelve a jugar un papel compensador en relación a esta variable: a partir de los 63 años se contrarresta el problema de los recursos residenciales, consecuencia lógica del límite de edad impuesto por las residencias para la admisión <sup>137 138 139</sup>; esta posibilidad de alta queda exclusivamente reservada para las personas mayores de 60 años.*

*No aparece en el modelo ninguna variable de vida relacional, lo que corrobora que no se da una mayor vida de relación en las personas que posteriormente saldrán de alta respecto de las que permanecen ingresadas.*

*Sí se encuentra presente la variable actividad como favorecedora del alta. Quizá sea ésta la variable más representativa del desarrollo de actividades de rehabilitación, lo que supone que se encuentra de alta un número más alto de personas que han recibido intervenciones rehabilitadoras.*

*La variable trabajo al ingreso deja en mejor posición frente al alta a las personas jubiladas, aún después de controlar por las demás variables, lo cual puede estar relacionado de nuevo con los requisitos de admisión en determinadas residencias (ver anexo 1)*

*Valorando los resultados en su justo término, a pesar de que las personas mayores y los deficientes mentales parecen tener más posibilidades de alta, lo cierto es que la gran mayoría se encuentran en residencias. No podemos saber la diferencia en su calidad de vida respecto a las personas que se encuentran en pisos o viviendas (en su mayoría adultos psicóticos), pues aunque hay estudios que concluyen que la vida en pisos protegidos es de más alta calidad <sup>134</sup> <sup>73</sup> también los hay que llaman a la precaución <sup>109</sup> . Por eso es necesario conocer la situación real de los pacientes en distintos tipos de residencia para poder valorar su idoneidad terapéutica <sup>136</sup>*

## 7.- CONCLUSIONES

- \* *Los estudios históricos de cohortes y la regresión logística múltiple son instrumentos muy potentes para el establecimiento de factores determinantes en el desarrollo e implantación de programas.*
- \* *En enero de 1990 permanece institucionalizado el 56% de la población en estudio.*
- \* *Un 40% de las altas producidas desde 1985 ha sido por defunción.*
- \* *Las altas se han producido fundamentalmente a residencias.*
- \* *El factor determinante más importante para el alta y el tipo de alta ha sido el hospital de procedencia, reflejando distintas orientaciones y nivel de desarrollo de los programas de desinstitucionalización propuestos.*
- \* *Los factores asociados a una mayor probabilidad de alta en la población de estudio han sido: una mayor edad, estado de jubilado y sintomatología activa en menores de 36 años.*
- \* *Los factores asociados a una mayor dificultad para el alta han sido: diagnóstico de psicosis, pronóstico diferente de alta a corto plazo, existencia de problemas para este pronóstico, sintomatología activa en mayores de 36 años, necesidad de ayuda para el desenvolvimiento diario, no haber realizado*

*ninguna actividad programada antes del alta y encontrarse internado en Sevilla, Granada o Jaén.*

- \* Se han visto favorecidos en sus posibilidades de alta aquellas personas que podían adaptarse a los recursos ya existentes.*
- \* Las altas producidas han sido, en la mayoría de los casos, más normalizadas que las que fueron pronosticadas por los profesionales en 1985*
- \* Se observa una importante influencia en el número de altas de las subvenciones específicas del IASS para este proceso.*
- \* El alta a viviendas autónomas se ha dado fundamentalmente en personas que presentan características que facilitan la integración en el medio -físicas, psíquicas, económicas y relacionales-.*
- \* Los resultados obtenidos reflejan un bajo nivel de desarrollo de los programas destinados a mejorar las capacidades de vida autónoma de las personas que van a salir de alta*
- \* Con la información disponible no es posible afirmar que los procesos individuales seguidos han sido realmente de desinstitucionalización: que son los más adecuados desde el punto de vista terapéutico y que no ha existido un nuevo tipo de institucionalización. La única manera de poder afirmar que ha existido proceso real de desinstitucionalización es la realización de estudios de seguimiento de la calidad de vida de las personas de alta en la comunidad, sus convivientes y*

*cuidadores, utilizando metodologías que tomen en cuenta la opinión y perspectivas de los propios pacientes.*

## 8.- BIBLIOGRAFIA

1. De Leonardis O, Mauri D, Rotelli F. *Deinstitutionalization, another way: the italian mental health reform. Health Promotion* 1986. 1(2):151-165
2. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. *Desinstitucionalización, otra vía. R.A.E.N.* 1987. 7(21):165-187
3. Mechanich D. *Correcting misconceptions in mental health policy. The Milbank Q.* 1987. 65(2):203-230
4. IASAM. La Reforma psiquiátrica en Andalucía, 1984-1990. Series monográficas de salud mental nº 2. 1988.
5. Crepet P. *A transition period in psychiatric care in Italy ten years after the Reform. B. J. Psychiatry* 1990. 156:27-36.
6. Crepet P. *The italian mental health reform nine years on. Ac. Psy. Scan.* 1988. 77(5):515-523.
7. Frisanco R. *La situación de la asistencia psiquiátrica en Italia a la luz de las transformaciones culturales e institucionales producidas como consecuencia de la ley de la Reforma. En: Aparicio V, García J. Nuevos sistemas de atención a la salud mental. Evaluación e investigación. Ed. Serv. Publicaciones Principado de Asturias.* 1984. 17-24.
8. Mº Sanidad y C. Informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica. Abril 1985.
9. Aparicio V. *Cronicidad y utilización de servicios. En: Aparicio V, García J. Nuevos sistemas de atención ...* 255-264.
10. Goffman E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed. Amorrortu-Murguía. 2a. reimp 1a. ed. en castellano. 1984.

12. *García J. Epistemología de la desinstitucionalización, un bosquejo teórico sobre los modos de decidir, pensar y conocer en el proceso de desinstitucionalización institucionalización. Documentos de psiquiatría comunitaria 1990. (0):7-11*
13. *Bachrach L. Deinstitutionalization: an analytical review and sociological perspective. National Institute of Mental Health (Division of Biometry and Epidemiology) DHEW Publication No. 4 (ADM) 76-351. Washington. 1976.*
14. *Aparicio V, Sánchez AE. Desinstitucionalización y cronicidad: un futuro incierto. R.A.E.N 10(34):363-374.*
15. *Saraceno B, Tognoni G. Ipotesi per una epidemiologia della pratica quotidiana. Rivista Sperimentale di Freniatria 1987. 111:676-687.*
16. *Bachrach, LL. the future of the state mental hospital. Hosp.com.Psy 1986 37(5):467-474*
17. *Kemp DR. Mental health crisis in California. J. Mental Health Adm. 1991. 18(2):154-64.*
18. *Bollini P, Mollica RF. Surviving without the asylum. J. Nerv. Mntal Dis. 1989. 177(10):607-15.*
19. *Maj M, Starace F, Kemali D, Implementing Psychiatric Reform in Southern Italy. The case of Campania. Int. J. of Soc. Psychiatry 1989. 35(1):46-53.*
20. *Geller J et al. Second generation Deinstitutionalization, I: the impact of Brewster vs. Dukakis on State Hospital Case Mix. Am. J. Psychiatry 1990. 147(8):982-987.*
21. *Dorwart R. A ten- year follow-up of the effects of deinstitutionalization. Hosp. & Com. Psychiatry 1988. 39(3):287-291.*
22. *Thompson K, Griffith WE, Philip J. A historical review of Madison Model of Community Care. Hosp. & Com. Psychiatry 1990. 41(6):625-634.*
23. *Bigelow D et al. Características of State Hospital Patients who are hard to place. Hosp. & Com. Psychiatry 1988. 39(2):181-185.*
24. *García J. La reforma psiquiátrica en Asturias: su realización, desarrollo y evolución tras cinco años de ejecución. En: Aparicio V, García J. Nuevos sistemas de atención... p. 25-52.*

25. Riesdorph W. *Deinstitutionalization, a public policy perspective*. *J. of Psychosocial Nursing* 1989. 27(6):4-8.
26. Talbott JA. *Nursing homes are not the answer (ed.) Hosp. & Com. Psychiatry* 1988. Feb. 39(2):115.
27. Searight HR, Handal PJ. *The paradox of psychiatric deinstitutionalization: historical perspective and policy implications*. *J. Health Hum. Resour. Adm.* 1988. 11(2):249-266
28. Giannichedda MG. "A normality for us without confinement for them" *Notes of the associations of families of the mentally ill*. *Int. J. of Soc. Psychiatry* 1989. 35(1):62-70.
29. IASAM. *Situación jurídica de los pacientes psiquiátricos andaluces. Informes técnicos nº 1*. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. 1985
30. Junta de Andalucía. *Consejería de Salud y S. Sociales. Compendio de legislación sanitaria andaluza*. 1989 p.157-166.
31. IASAM. *La población hospitalizada en Instituciones Psiquiátricas en Andalucía. Resultados del Censo 1985. Serie monográfica de salud mental nº 1*. 1987.
32. *Comité de expertos en salud mental. La transformación de los hospitales psiquiátricos en Andalucía (no publicado)*. 1985.
33. Reding GR. *Letter in Psychiatric News*. May. 1974. En: Bachrach, L. *Deinstitutionalization: an analytical review ...*
34. IASAM. *La Reforma psiquiátrica en Andalucía*. R.A.E.N. 1988. 8(26):484-490.
35. IASAM. *La organización de la atención especializada en salud mental infantil. Documentos de trabajo nº 2*. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía. 1988.
36. IASAM. *La organización de los servicios de rehabilitación en salud mental. Documentos de trabajo nº 3*. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía. 1988
37. IASAM. *Bases generales para la atención comunitaria a la salud mental. Documentos de trabajo nº 1*. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía. 1988

38. IASAM. *Bases generales para la integración de la salud mental en la atención primaria a la salud. Documentos de trabajo nº 4. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía. 1989*
39. More MA, Aranda A. *Aproximación a los factores que inciden en el internamiento psiquiátrico indefinido. Informaciones psiquiátricas 1982. 87-88:41-65.*
40. Gili M, Ruiz-Canela MP, Briones E. *Tipos de estudios epidemiológicos. Los estudios de cohortes. Enf. Infec. y Microbiol. Clin. 1985. 7(9):75-81.*
41. Breslow NE, Day NE. *Statistical methods in cancer research. Vol. II- The design and analysis of cohort studies. IARC scientific publications nº 2. Lyon: International Agency for Research on Cancer. 1987*
42. Breslow NE. *Cohort Analysis in Epidemiology. En Atkinson A.C. Fienberg S.E. A Celebration of Statistics. The ISI Centenary Volume 1985. Springer-Verlag New York*
43. Perea-Milla E. *Tipos de estudio. En: Burgos R, Chicharro JA, Bobenreith M. Metodología de investigación y escritura científica en clínica. Parte I. Serie Monografías EASP nº 3. Granada. 1994 p. 13-19.*
44. Gili M, Lacalle JR, Velasco A. *Los estudios experimentales. Enf. Infec. y Microbiol. Clin. 1990 8(1):52-57.*
45. Gili M, Martínez E, Nieto C. *Los estudios de casos y testigos. Los estudios transversales. Enf. Infec. y Microbiol. Clin. 1989. 7(10):65-69.*
46. Anderson J, Dayson D, Wills W. et al. *The TAPS project 13: Clinical and social outcomes of long-stay psychiatric patients after one year in the community. Br-J Psychiatry-Suppl. 1993. Apr(19):45-56.*
47. O`Driscoll C, Jeff J. *The TAPS project 8: Design of the research study on the long-stay patients. Br. J. Psychiatry Suppl. 1993. Apr(19):18-24.*
48. Bolloni P, Muscettola G, Piazza A. *A mental health care in Southern Italy = Application of case-control methodology for the evaluation of the impact of the 1978 psychiatric reform. Psychol. Med. 1986. 16(3):701-707.*
49. Perea-Milla E. *Estudios de casos y controles. En: Burgos R. et al. Metodología de investigación... p. 77-87.*
50. Jones D. *The TAPS project 11. The selection of patients for reprovision. Br. J. Psychiatry. Suppl. 1993. Apr(19): 36-9*
51. Perea-Milla E. *Estudios de seguimiento. En: Burgos R. et al. Metodología de investigación... p. 59-67.*

52. Perea-Milla E. Errores en los diseños y formas de control. En: Burgos R. et al. Metodología de investigación y ... p. 25-26.
53. Gili M, Cayuela A. Sesgo de selección. *Enf. Infec. y Microbiol. Clin.* 1990. 8(3):68-73.
54. Ghozlan A, Lellouch J. L'importance des erreurs de classification en épidémiologie. *Rev. Epidém. et Santé Publ.* 1985. 33:220-227.
55. Gili M, Carrasco M, Sentís J. Sesgo de información. *Enf. Infec. y Microbiol. Clin.* 1990. 8(4):242-246.
56. Gili M, Zunzunegui MV, Vilches A. Sesgo de confusión. *Interacción. Enf. Infec. y Microbiol. Clin.* 1990. 8(10):71-77.
57. Sánchez-Cantalejo E, Ocaña R, Perea-Milla E. Análisis multivariante. En: Burgos R. et al. Metodología de investigación ... p. 211-235.
58. Vázquez Barquero JL. Los diseños para la investigación en la población general y en el primer nivel de atención. En: Aparicio V. y García J. Nuevos sistemas de atención a la salud mental... p. 311-331.
59. Sánchez Cantalejo E, Ocaña R. Análisis descriptivo. En: Burgos R. et al. Metodología de investigación... p. 113-138.
60. Sánchez Cantalejo E. Test para comparar dos grupos. En: Burgos R. et al. Metodología de investigación... p. 179-200.
61. Hosmer H, Lemeshow J. Applied logistic regression. Wiley. NY. 1990
62. Sánchez-Cantalejo E. Modelos de regresión logística. Documentos de apoyo bibliográfico EASP. 1990
63. Sander MS. Modelling and variable selection in epidemiologic analysis. *Am. J. Public Health* 1989. 79(3): 340-349
64. Engel J. Polytomous logistic regression. *Statistica Neerlandica* 1988. 42(4):233-252
65. Bouyer J. La régression logistique en épidémiologie. *Rev. epidem et Santé Pub.* 1991. 39:79-87.
66. Calzas A, Sánchez-Cantalejo, E. Manual básico del SPSS/PC+. Documentos de apoyo bibliográfico EASP. 1990
67. Sánchez JJ. Manual del GLIM. Documentos de apoyo bibliográfico EASP. 1990
68. Aitkin M, Anderson D, Francis B. Statistical modelling in Glim. Oxford St. Sc. Series nº 4. Oxford. 1989

69. Gómez Beneyto M. y otros. *Desinstitucionalización de enfermos mentales crónicos sin recursos comunitarios: Un análisis de la experiencia del hospital psiquiátrico Padre Jofré de Bétera (1974-1986)*. En: Espinosa J. *Cronicidad en psiquiatría*. Asociación española de Neuropsiquiatría. Madrid. 1986.

70. Bachrach L. *Deinstitutionalization: what do the numbers mean?* *Hosp. & Com. Psychiatry* 1986. 37(2):118-121.

71. Miller RG. *Beyond the ANOVA: basic of applied statistics*. Wiley. NY. 1986

72. O'Driscoll C. *The TAPS project 7: Mental Hospital Closure. A literature review of outcome studies and evaluative techniques*. *Br. J. of Psychiatry*. 1993 162(sup. 19):7-17.

73. Jordá E, Espinosa J, Gómez M. *Estudio de los pacientes de larga estancia internados en ocho hospitales psiquiátricos españoles*. En: Espinosa J. *Cronicidad en psiquiatría...* p. 121-236.

74. García J. *Una década de asistencia psiquiátrica (1965-1975) y dos intentos de psiquiatría comunitaria: El H.P. de Oviedo y el Sanatorio Psiquiátrico de Conxo*. En: González de Chávez M. *La transformación de la Asistencia Psiquiátrica*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid. 1980.

75. More MA, Aranda A. *Aproximación a los factores que inciden en el internamiento psiquiátrico indefinido*. *Informaciones psiquiátricas* 1982. 88:41-65

76. McCreadie RG, Stewart M, Robertson L, Dingwall JM. *The scottish survey of old long-stay inpatients*. *Br. J. Psychiatry* 1991. 158:398-402

77. O`Driscoll C, Wills W, Leff J, Margolius O. *The TAPS project 10: The long-stay population of Friern and Claybury hospitals. The baseline survey*. *Br. J. Psychiatry Suppl*. 1993. Apr(19):30-5

78. Aparicio V. y otros. *Alternativas a la cronicidad institucional*. En: Espinosa J. *Cronicidad en psiquiatría...* p. 265-304.

79. SAS. *Dirección General de Atención sanitaria. Jornadas Andaluzas de Justicia y Salud mental*. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 1991

80. Rendueles G. *La psiquiatría asilar española*. En: González de Chávez M. *La transformación de la Asistencia Psiquiátrica...*

81. Lamb, H.R. *Treating long-term schizophrenic patients in the community*. En: Bachrach, L. *Deinstitutionalization:an analytical review and sociological perspective...*

82. González Roa, G. *Los sedimentos en los hospitales psiquiátricos. Actas lusoespañolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines* 1981. 9(1):55.

83. Uchtenhagen, A. *Evaluation of community services. Acta Psy. Belg* 1986. 86(4):350-361.

84. O'Brien J. *Closing the asylums: where do all the former long-stay patients go?. Health Trends* 1992. 24(3):88-90.

85. Horwitz E, Ten Horn S. *Reforma psiquiátrica en Asturias (España) ¿Qué pasa con los enfermos desinstitucionalizados? R.A.E.N.* 1990. 10(34):419-431.

86. Gersons B. et al. *The mental health care transformation process: The Amsterdam experience. Special issue: Changing mental health care in the cities of Europe. Int. J. Soc. Psychiatry* 1992. 38(1):50-58.

87. Principado de Asturias. *Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Memoria de legislatura 1987-1991. Salud Mental.* 1991.

88. *Anotaciones al estudio de internados con estancia prolongada en los hospitales de Alicante, Asturias, Castellón, Leganés, Huelva y Valencia. En: Espinosa, J. Cronicidad en psiquiatría... Apéndice p. 359-396*

89. García J. *La cuestión de la desinstitucionalización y de la reforma psiquiátrica en Asturias: cinco años de evolución (1983-1987). R.A.E.N.* 1988. 8(27):723-749

90. *Servicios de Salud Mental. Area 9. Plan de Reforma del Hospital Psiquiátrico de Leganés (1986-1990). "Del hospital al área de salud". Comunidad de Madrid.* 1991.

91. Sarantidis D. et al. *The reform of psychiatric care in Greece: 1983-1989. Eur. Psychiatry* 1992. 7(6):251-257.

92. Ernst K, Ernst C. *The state of Italian psychiatric reform: The region of Lombardy compared to Switzerland. Nervenarzt* 1992. 63(11):668-674.

93. De Salvia D, Barbato A. *Recent trends in mental health services in Italy: an analysis of national and local data. Can. J. Psychiatry.* 1993 28(3):195-202.

94. Bachrach L. *General hospital psychiatry and deinstitutionalization: a system view. Gen. Hosp. Psychiatry* 1985. 7(3):239-248.

95. González O. *Sobre la Reforma Psiquiátrica en Andalucía. R.A.E.N.* 1988. 8(26):515-522.

96. Donnelly M, Mays N. *An ordinary life. The Northern Ireland experience.* *Health. Serv. Manage.* 1994. 90(7):23-5.
97. Polcin DL. *Administrative planning in community mental health.* *Com. Mental Halth J.* 1990. 26(2):181-92.
98. Burns BJ, Taub JE, Permutt T. et al. *Evaluation of a Maryland incentive plan for placing state hospital patients in nursing homes.* *Hosp. Com. Psychiatry* 1991. 42(12):1228-33.
99. *Convocatorias anuales del Instituto Andaluz de Servicios Sociales para subvencionar proyectos de desinstitucionalización y rehabilitación de pacientes procedentes de los hospitales psiquiátricos públicos andaluces.* *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.*
100. Becker T. *Psychiatric Reform in Italy - How does it work in Piedmont?* *Brit. J. Psychiatry* 1985. 147:254-260
101. *Dirección de Salud Mental de Navarra. Memoria de la actividad asistencial 1988.* *Servicio Regional de Salud de Navarra. Departamento de Salud.*
102. Dencker K, Gottfires CG. *The closure of a major psychiatric hospital. Characterization of the long-term population over one year at an early stage of deinstitutionalization.* *Soc. Psychiatry & Psychiatr. Epidemiol.* 1991 26(4):162-7.
103. Dencker K, Langstrom G. *The closure of a mental hospital in Sweden. 5 year of transition to district-based long-term care.* *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 1993. 243(2):109-15.
104. Bollini P, Reich M, Muscettola, G. *Revision of the Italian psychiatric reform: North/South differences and future strategies.* *Soc. Sc. & Med.* 1988. 27(12):1327-1335.
105. Tansella M, Salvia D, Williams P. *The Italian psychiatric reform: some quantitative evidence.* *Social Psychiatry* 1987. 22(1):37-48.
106. Licht RW, Mortensen PB, Gouliaev G, Lund J. *Mortality in Danish psychiatric long-stay patients, 1972-1982.* *Acta Psychiatr. Scand.* 1993. 87(5):336-41
107. Berren MR, Hill KR, Merikle E. et al. *Serious mental illness and mortality rates.* *Hosp. & Com. Psychiatry.* 1994. 45(6).
108. *Plan Andaluz de Salud. Informe elaborado por el grupo consultor sobre Envejecimiento y salud.* Sept 1991. Bubión (Granada).

109. Slovenko R, Luby E. (1975) En: Bachrach, L. Deinstitutionalization: an analytical review ...

110. Steinhart (1973) y Rieder (1974). En: Bachrach, L. Deinstitutionalization: an analytical review...

111. Bachrach L. Residential planning: concepts and themes. *Hosp. & Com. Psychiatry*. 1994. 45(3): 202-203.

112. Bachrach L, Lamb HR. What have we learned from deinstitutionalization? *Psychiatric annals* 1989. 19:12-21.

113. MacMillian M, Hornblow A, Baird K. From hospital to community: a follow-up of community placement of the long-term mentally ill. *N. Z. Med. J.* 1992. 105(941):348-50.

114. Dekker JJM. Trends in mental health care in Amsterdam. *Hosp. & Com. Psychiatry*. 1994 45(5):494-496.

115. Kunze H. Rehabilitation and institutionalization in community care in West Germany. *Brit. J. Psychiatry* 1985. 147:261-264.

116. Lara Palma L. La atención a la salud mental en el marco de la atención primaria: Modalidades de aplicación. En: Aparicio V. y García J. Nuevos sistemas de atención ... p. 209-228.

117. Wing, J. Planning and evaluating services for chronically handicapped psychiatric patients in the U.K. En: Bachrach, L. Deinstitutionalization: an analytical review ...

118. Waismann LC, Rowland LA. Ranking needs: a new method of assessment for use with chronic psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand.* 1989. 80:260-266

120. Herman SJ, Smith CM. Mental hospital depopulation in Canada: patient perspectives. *Can. J. Psychiatry* 1989. 34(5):386-391.

120. Geller JL, Harris M. On the usefulness of first-person accounts. *Hosp. & Com. Psychiatry* 1994. 45(1):7-8

121. Everett B, Boydell K. A methodology for including consumers' opinion in mental health evaluation research. *Hosp. & Com. Psychiatry* 1994. 45(1): 76-78

122. Goering P, Sylph J, Foster R, Boyls S, Babiak T. Supportive housing: a consumer evaluation study. *Int. J. of Soc. Psychiatry*. 1992. 38(2):107-119.

123. Thornicroft G. *Evaluation of the closure of large psychiatric hospitals in England. Rev. Epidemiol. Sante Publique* 1993. 41(4):292-7

124. Everett B. *Something is happening: the contemporary consumer and psychiatric survivor movement in historical context. J. of Mind & Behavior* 1994. 15(1-2):55-70.

125. Van Hoorn E. *Changes? What changes? The views of the European patients' movement. Int. J. Soc. Psychiatry* 1992. 38(1):30-5.

126. Grove B. *Reform of mental health care in Europe. Progress and changes in the last decade. Br. J. of Psychiatry* 1994. 165:431-433.

127. Junta de Andalucía. *Consejería de Salud y Servicios Sociales. IASAM. Actitudes de la población andaluza ante los enfermos mentales. Informe técnico nº 4. Sevilla. 1989.*

128. Rossler M, Salize HJ, Biechele U. et al. *Current status and developments in psychiatric care. An european comparison. Nervenarzt* 1994. 65(7):427-37.

129. Thompson JW. *Trends in the development of psychiatric services, 1844-1994. Hosp. Com. Psychiatry* 1994. 45(10):987-92.

130. Tansella M, Williams P. *The italian experience and its implications. Psychological Medicine* 1987. 17(2):283-289.

131. Mangen S. *The politics of reform: origins and enactment of the italian "experience". Int. J. of Soc. Psychiatry* 1989. 35(1):7-20

132. Braun P, Kochansky G, Shapiro R. et al. *Overview: deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcomes studies. Am. J. of Psychiatry* 1981. 138:736-749.

133. Gottheil, E; Winkelmayr, R; Exline, R; Smoyer, P. *Characteristics of patients who are resistant to deinstitutionalization. Hosp. & Com. Psychiatry* 1991. 42(7):745-8

134. Boydell KM, Everett B. *What makes a house a home? An evaluation of a supported housing project for individuals with long-term psychiatric backgrounds. Can. J. Com. Ment. Health* 1992. 11(1):109-123

135. University of Manchester. *Dep. of Psychiatry. The quality of life of mentally ill people in the community. An invitation to participate in a "European Collaborative Health Services Research Project. 1992".*

136. Arranz T. *Asistencia psiquiátrica en pisos asistidos (teoría, práctica y evaluación). Hermanas hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. Barcelona. 1989.*

137. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Proyección y contenido de un centro residencial para la tercera edad. Documentos técnicos Tercera Edad 40/86. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid. 1987.

138. Consejería de Trabajo y Seguridad Social. Dirección General de Servicios Sociales. Estatutos de los centros de tercera edad. Sevilla. 1986.

139. Ministerio de Asuntos Sociales. Residencias de la tercera edad. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid. 1989.

## **ANEXO 1**

**DEFINICION OPERATIVA Y CODIFICACION DE LAS VARIABLES**

**ANEXO I.- DEFINICION OPERATIVA Y CODIFICACION DE LAS VARIABLES (según el manual para la realización del censo de 1985).**

**CODIFICACION UTILIZADA PARA EL ESTUDIO.**

**CENTRO HOSPITALARIO:** Sólo había uno por provincia, por lo que se codifican por orden alfabético: Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla.

**EDAD AL INGRESO:** Se calcula a partir de las FECHAS DE NACIMIENTO Y DE INGRESO. (ambas recogidas de la historia clínica)

**SEXO:** (recogido de la historia clínica o inferido del nombre).

**ESTADO CIVIL:** (recogido de la historia clínica). Se codificó como soltero, casado, viudo (debido al poco número de observaciones en la categoría de separado se asimiló a viudo).

**NIVEL DE FORMACION:** Máximo nivel alcanzado de estudios (recogido en la historia clínica con consulta al personal por si varió). Se codificó como analfabeto (analfabeto + sin estudios), estudios

*primarios y estudios medios/universitarios (se unieron las dos categorías por la baja cantidad que representaban).*

**TRABAJO o situación laboral en el momento del ingreso:** *(recogido de la historia clínica). Había 18 categorías en la variable, con bajísima frecuencia en todas excepto en obreros y asalariados o desempleados, por lo que la codificación se resumió en: sin empleo, jubilado, con empleo. La situación de las amas de casa fue considerada sin empleo.*

**TIPO DE CONVIVENCIA AL INGRESO:** *¿con quién vivía cuando ingresó? (no se explica en el manual de donde extraer esta información). Se codificó esta variable como familia de origen, familia propia (+ familia propia y de origen) institución, sólo, con otros.*

**CARACTER JUDICIAL DEL INGRESO:** *si existía orden de ingreso. Se codifica como si/no.*

**TIEMPO DE ESTANCIA EN 1985:** *se calcula con la fecha de ingreso y la del censo. Es útil como referencia común.*

**DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO:** *"Se trata de clasificar de un modo global la problemática psiquiátrica del paciente en uno de los grupos*

*indicados, según la CIE-9. La respuesta a esta cuestión la suministrará el médico responsable del paciente". Existe una categoría: "sin diagnóstico", cuando la persona no puede ser encuadrada en ninguno de estos grupos (lo que equivale a decir que no tiene diagnóstico psiquiátrico). Se clasifican para el estudio en Psicosis orgánica, Psicosis delirante, Trastornos afectivos, neurosis y trastornos de la personalidad, alcoholismo y otras drogodependencias y otros (t. infancia, epilepsias, otros problemas psicósomáticos, "sin diagnóstico").*

**SINTOMATOLOGIA PSIQUICA:** *Se establecen tres grupos: sintomatología activa de su enfermedad psíquica, sintomatología residual (se incluye en este grupo el deterioro psicosocial por la cronificación institucional, muy difícil de separar de la sintomatología funcional residual) y asintomático. (Esta información también era suministrada por el médico responsable).*

**ESTADO SOMATICO:** *(recogida por pregunta al médico responsable). Esta variable contenía 4 categorías, que han sido agrupadas en dos: sin alteraciones somáticas (sin alteraciones o enfermedad leve) y con alteraciones (con alteraciones moderadas o graves). Es difícil saber como se diferenciaba esta variable de la siguiente (nivel de autonomía), pues en el texto del manual refiere: "se trata de clasificar la posible existencia de incapacidades*

*funcionales o necesidades de cuidados de índole somática ... en función de la distorsión que suponga para la autonomía ... o la vida del paciente". No obstante se incluye en el estudio por ser la única referencia al estado somático del paciente de la que dispondremos.*

***NIVEL DE AUTONOMIA PERSONAL:*** *(opinión de su médico):*

*Capacidad del paciente para desarrollar una vida autónoma en el desarrollo de actividades diarias básicas, con independencia de las causas (psíquicas, somáticas o institucionales). Se consideran 5 actividades básicas: aseo personal, vestido, comida, movilidad, control de esfínteres. Las valoraciones se agrupaban en 5 categorías, que para el estudio se codificaron como tres: autónomo (incluye la categoría "necesita estímulo"), necesita ayuda (moderada -50% del esfuerzo- o importante -más del 50% del esfuerzo- ... es un poco difícil de clasificar ...) y dependiente cuando no puede realizar ninguna de ellas ni contribuir significativamente a su realización.*

***REMUNERACION PERSONAL:*** *Cantidad de dinero de que dispone mensualmente (de forma regular) cualquiera que sea la fuente de ingresos. (no precisa cuál es la fuente para la recogida de esta información). Se codificaron como: no recibe/menos de 15.000 ptas, recibe entre 15.000 y 35.000 y recibe más de 35.000 ptas. Esta codificación es del censo de 1988 y se asimiló a la correspondiente a 1985 (< 14.000, 14.000-24.000, > 25.000).*

**VISITAS:** *Que recibe el paciente considerando su frecuencia y regularidad: semanal/mensual, anual, no recibe/a requerimientos del hospital. (no refiere la fuente, pero de las memorias de los encuestadores se aprecia que esta información la aportan el personal de enfermería y los cuidadores de la planta).*

**PERMISOS:** *Salidas del paciente sin alta con una duración mayor de 24 horas. Se codificaron como sí/no. (la información respecto a la fuente es la misma que en la ocasión anterior).*

**SALIDAS:** *salidas del paciente del hospital con una duración inferior a 24 horas, clasificadas según frecuencia: frecuentemente (diaria o semanalmente), ocasionalmente o en salidas programadas (eran pocas observaciones recogidas en la categoría de ocasionalmente) y nunca. (la misma fuente que en las anteriores).*

**ACTIVIDAD:** *En esta variable se incluyeron todos los tipos de actividad realizadas por los pacientes que se contemplaban en el censo: Laborterapia, programas ocupacionales, actividades dentro del hospital y trabajo fuera del hospital. Fue codificada de la siguiente manera: actividad remunerada, actividad no remunerada y no actividad. (fuente de información desconocida).*

**PRONOSTICO INSTITUCIONAL:** *"Como resumen de la situación del paciente y de cara a su futuro institucional" (fuente: el médico responsable). Se codificó en las siguientes categorías: alta a corto plazo (antes de 3 meses), alta a largo plazo (tras rehabilitación, de 3 meses a un año), traslado a residencia general de servicios sociales (tercera edad), traslado a residencia asistida, traslado a institución de minusválidos psíquicos, continuación del tratamiento, no se puede hacer pronóstico.*

**PROBLEMAS PARA HACER REALIDAD ESTE PRONOSTICO:** *Son los problemas que, en opinión del médico impedirán que el pronóstico se lleve a buen término. Se clasifican en inexistentes o desconocidos, ausencia de recursos residenciales generales, ausencia de recursos residenciales específicos y dificultades sociales, familiares o de situación personal del paciente.*

**VINCULACION TERAPEUTICA:** *Existe algún equipo que después del alta se hace cargo de su seguimiento. Se categorizaron según la adecuación de la vinculación: Equipos de Atención Primaria o de Salud Mental (muy adecuado) Equipos de Rehabilitación intra o extrahospitalarios (menos adecuados) y sin vinculación (fatal).*

**EDAD EN EL MOMENTO DEL ALTA O DEFUNCION:** *Calculada entre la fecha de nacimiento y la del alta.*

**TIEMPO DE ESTANCIA EN EL MOMENTO DEL ALTA:** Fecha de alta menos fecha de ingreso.

**CAUSA DE LA MUERTE:** Según la octava clasificación resumida.

**AÑO DEL ALTA:** Fecha del alta.

**SITUACION DE ALTA:** Esta variable se encuentra construida a partir de la información sobre el destino al alta que se recoge en el cuestionario que se rellena cada vez que se produce un alta. Sus categorías son:

- **ALTA A VIVIENDA AUTONOMA:** En caso de que el alta se haya producido a una vivienda familiar, habitación alquilada, pensión, piso con otras personas ... o bien, viviendas supervisadas: pisos asistidos o habitaciones supervisadas. Estos últimos conceptos se entienden como estructuras de carácter terciario, insertos en la comunidad, que permiten una vida autónoma de convivencia grupal con apoyo y supervisión de profesionales. Se encuentran a mitad de camino entre el hospital y la vida autónoma, y se dan cuando la persona no está suficientemente preparada para afrontar la independencia, pero es deseable y conseguible en un plazo medio de tiempo. No son estructuras definitivas <sup>136</sup>, aunque

*pueden convertirse en tales cuando no existen otras alternativas de reinserción social.*

**- TRASLADO A RESIDENCIAS GENERALES:** *Se define como tal a "un establecimiento destinado a servir de vivienda permanente a aquellas personas mayores de 60 años que por su problemática familiar, social y/o económica no pueden satisfacer estas necesidades por otros medios". Los requisitos para la admisión en estos centros son: tener más de 60 años, no padecer enfermedad infectocontagiosa ni trastornos mentales graves que puedan alterar la normal convivencia, reunir la puntuación según baremo y ser pensionista de la Seguridad Social o asimilado. Son lugares que quieren asegurar la autonomía de la vida diaria.* <sup>137 138</sup>

139

**- TRASLADO A RESIDENCIA ASISTIDA:** *En este grupo se han incluido las residencias asistidas, como "centros destinados a la atención de ancianos incapacitados que necesitan de asistencia continuada por su problemática social, familiar o económica no pueden ser atendidos en sus propios domicilios". Los requisitos de admisión son los mismos que para las residencias anteriores además de la existencia de alguna problemática de la mencionada anteriormente y el*

*estado total de dependencia del anciano <sup>137 138 139</sup> y hospitales de crónicos por considerar que los conceptos y atributos son similares.*

**- TRASLADO A RESIDENCIAS DE MINUSVALIDOS PSIQUICOS:** *En general son residencias de atención a deficientes mentales, fundamentalmente oligofrénicos débiles o profundos. Suelen ser privadas concertadas y en general de asociaciones sin afán de lucro. Dados los importantes deterioros físicos de estos enfermos suelen encontrarse dotadas de estructuras de apoyo especializado importantes.*

**ANEXO 2**

**TABLAS**

TABLA 1. POBLACION INTERNADA EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS ANDALUCES EN 1985 (EXCEPTO MALAGA Y ALMERIA).

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS GENERALES.

(El total de los tres grupos no suma 2145 debido a la ausencia de valores en las categorías de clasificación).

VARIABLE	POBLACION GENERAL total internados 1985	PACIENTES GERIATRICOS mayores de 60 años	DEFICIENTES MENTALES menores de 60 años	PACIENTES CRONICOS no deficientes y < 60 años
NUMERO TOTAL	2145	814	510	756
EDAD INGRESO	41 años (D.E.=16)	52.8 años (D.E.=15)	26.8 años (D.E.=13)	36.4 años (D.E.=11)
EDAD EN 1985	54.2 años (D.E.=16)	69.7 años (D.E.=7.3) 21% >75 años 34% 60-64 años	39 años (D.E.=12.3) 25% <30 años 75% 31-60 años	47.4 años (D.E.=10) 9% <30 años 54% 51-60 años
SEXO (H/M)	64/36	58/42	60/40	72/28
ESTADO CIVIL	84% Solteros	76% Solteros	98% Solteros	85% Solteros
NIVEL DE FORMACION AL INGRESO	84% Analfabetos	85% Analfabetos	98% Analfabetos	80% Analfabetos
TRABAJO AL INGRESO	65% Sin empleo 5% Jubilados	52% Sin empleo 7% Jubilados	90% Sin empleo 0% Jubilados	50% Sin empleo 0.3% Jubilados
TIPO DE CONVIVENCIA AL INGRESO	11% Familia propia 6% Institución	20% Familia propia 6% Institución	2% Familia propia 15% Institución	13% Familia propia 6% Institución

TABLA 2. POBLACION INTERNADA EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS ANDALUCES EN 1985 (EXCEPTO MALAGA Y ALMERIA).

CARACTERISTICAS CLINICAS GENERALES.

VARIABLE	POBLACION GENERAL total internados 1985	PACIENTES GERIATRICOS mayores de 60 años	DEFICIENTES MENTALES menores de 60 años	PACIENTES CRONICOS no deficientes y < 60 años
ESTANCIA (años)	18% más de 25 años	29% más de 25 años	40% entre 6 y 15 años	43% entre 1 y 10 años
INGRESO JUDICIAL	N=161	N=37	N=15	N=53
DIAGNOSTICO	48% Ps. Delirante 30% Def. Mental 15% otros	57% Ps. Delirante 11% Ps. Orgánica	-	70% Ps. Delirante 5% Ps. Orgánica
SINTOMATOLOGIA PSIQUICA	65% Sint. Residual 21% Asintomáticos	73% Sint. Residual 18% Asintomáticos	50% Sint. Residual 30% Asintomático	58% Sint. Residual 19% Asintomático
ESTADO SOMATICO	78% Sin alteraciones	71% Sin alteraciones	73% Sin alteraciones	81% Sin alteraciones
NIVEL DE AUTONOMIA	63% Autónomos	62% Autónomos 5% Dependientes	47% Autónomos 20% Dependientes	78% Autónomos 5% Dependientes

TABLA 3. POBLACION INTERNADA EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS ANDALUCES EN 1985 (EXCEPTO MALAGA Y ALMERIA).

CARACTERISTICAS GENERALES DE RELACION.

VARIABLE	POBLACION GENERAL total internados 1985	PACIENTES GERIATRICOS mayores de 60 años	DEFICIENTES MENTALES menores de 60 años	PACIENTES CRONICOS no deficientes y < 60 años
REMUNERACION MENSUAL	41% no o <15000 ptas.	43% no o < 15000 ptas. 15% más de 35000 ptas.	47% no o < 15000 ptas. 10% más de 35000 ptas.	40% no o < 15000 ptas. 20% más de 35000 ptas.
RECIBE VISITAS	35% semanal/mensual	29% semanal/mensual	44% semanal/mensual	40% semanal/mensual
PERMISOS (> 24 horas)	87% no disfruta	90% no disfruta	87% no disfruta	81% no disfruta
SALIDAS (< 24 horas)	60% no sale nunca	67% no sale nunca 20% salidas programadas	55% no sale nunca 25% salidas programadas	48% no sale nunca 24% salidas programadas
REALIZA ACTIVIDAD	68% sí realiza	52% sí realiza	46% sí realiza	57% sí realiza

TABLA 4. POBLACION INTERNADA EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS ANDALUCES EN 1985 (EXCEPTO MALAGA Y ALMERIA).

PRONOSTICO Y SITUACION EN 1990.

(Los valores de los tres grupos no suman el total de la población general debido a la ausencia de valores en las categorías de clasificación).

VARIABLE	POBLACION GENERAL total internados 1985	PACIENTES GERIATRICOS mayores de 60 años	DEFICIENTES MENTALES menores de 60 años	PACIENTES CRONICOS no deficientes y < 60 años
PRONOSTICO DESEABLE	4% alta a corto plazo 58% traslado 32% alta no posible	2% alta a corto plazo 50% traslado residencias 39% alta no posible	2.5% alta a corto plazo 62% traslado r. minusv. 33% alta no posible	6% alta a corto plazo 33% traslado res. asistida 38% alta no posible
PROBLEMAS	39% rec. específicos 46% sin prob. o desc.	33% rec. específicos 48% sin prob. o desc.	50% rec. específicos 38% sin prob. o desc.	38% rec. específicos 44% sin prob. o desc.
SITUACION ACTUAL				
* vivienda autónoma	109 (5.1%)	29 (3.5%)	18 (3.5%)	58 (7.7%)
* residencia general	202 (9.4%)	106 (13%)	23 (4.5%)	62 (8.2%)
* residencia asistida	113 (5.3%)	54 (6.6%)	26 (5.1%)	22 (3%)
* residencia minusválidos	109 (5.1%)	4 (0.5%)	82 (16.1%)	26(3.4%)
* PERMANECE INGRESADO	1206 (56%)	344 (42%)	327 (64%)	512 (67.7%)
* FALLECIDO	406 (19%)	277 (34%)	34 (6.7%)	76 (10%)

TABLA 5. POBLACION INTERNADA EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS ANDALUCES EN 1985. (EXCEPTO MALAGA Y ALMERIA).

RESUMEN DE LA SITUACION DE LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN DE ALTA.

VARIABLE	POBLACION GENERAL total altas	PACIENTES GERIATRICOS mayores de 60 años	DEFICIENTES MENTALES menores de 60 años	PACIENTES CRONICOS no deficientes < 60 años
<b>VINCULACION TERAPEUTICA</b>				
* vivienda autónoma	16% no tiene	7% no tiene	19% no tiene	19% no tiene
* residencia general	16% "	29% "	14% "	12% "
* residencia asistida	40% "	56% "	32% "	21% "
* residencia minusválidos	3% "	-	3% "	6% "
<b>EDAD AL ALTA</b>	Edad media	71.9 años (D.E.= 6.7)	44 años (D.E.=13)	53 años (D.E.=8.6)
* vivienda autónoma	54.5 años (D.E.=18)	60% <60 años	78% <50 años	50% 51-60 años
* residencia general	64.9 años (D.E.=11)	4% >80 años	95% >50 años	87% >50 años
* residencia asistida	63 años (D.E.=16)	24% >80 años	52% <40 años	76% >50 años
* residencia minusválidos	43 años (D.E.=13)		27% <40 años	59% >60 años
<b>TIEMPO DE ESTANCIA &gt;20 años</b>	35%	45%	30%	30%
<b>SITUACION CLINICA</b>				
* vivienda autónoma	88% autónomo/ 95% sano 32% asintomático	86% autónomo / 93% sano 29% asintomático	67% autónomo / 94% sano 45% asintomático	95% autónomo / 95% sano 30% asintomático
* residencia general	75% autónomo / 77% sano 24% asintomático	70% autónomo / 73% sano 24% asintomático	82% autónomo / 87% sano 30% asintomático	85% autónomo / 80% sano 22% asintomático
* residencia asistida	66% autón./ 10% depend. 75% sano / 24% asintom.	68% autónomo / 78% sano 9% asintomático	42% autónomo / 73% sano 35% asintomático	85% autónomo / 77% sano 34% asintomático
* residencia minusválidos	50% autón./ 17% depend. 77% sano / 13% asintom.	-	41% autónomo / 75% sano 12% asintomático	77% autónomo / 82% sano 13% asintomático

TABLA 5 (cont.). POBLACION INTERNADA EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS ANDALUCES EN 1985. (EXCEPTO MALAGA Y ALMERIA).

RESUMEN DE LA SITUACION DE LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN DE ALTA.

VARIABLE	POBLACION GENERAL total altas	PACIENTES GERIATRICOS mayores de 60 años	DEFICIENTES MENTALES menores de 60 años	PACIENTES CRONICOS no deficientes y < 60 años
PRONOSTICO DESEABLE EN 1985				
* vivienda autónoma	29% alta corto plazo	42% alta no posible	45% res. minusválidos	20% cada pronóstico
* residencia general	29% residencia general	42% alta no posible	65% res. minusválidos	42% sin posible alta
* residencia asistida	12% residencia asistida	71% alta no posible	60% res. minusválidos	46% res. asistida
* residencia minusválidos	45% residencia minusv.	-	60% res. minusválidos	31% res. general
AÑO ALTA	57% entre 1989 y 1990 ↑ traslado residencias 1985-1988= 10% por año	46% entre 1989 y 1990 ↑ traslado res. general 1985-1988= 12% por año	72% entre 1989 y 1990 ↑ traslado res. minusv. 1985-1988= 7% por año	58% entre 1989 y 1990 ↑ todos los tipos 1985-1988= 10% por año
CENTRO HOSPITALARIO DE ORIGEN				
* vivienda autónoma	↑ Cádiz-Jaén (53%)	↑ Cádiz-Huelva (75%)	↑ Córdoba-Jaén (66%)	↑ Jaén (40%)
* residencia general	↑ Cádiz-Córdoba (75%)	↑ Cádiz-Córdoba (75%)	↑ Cádiz-Córdoba (74%)	↑ Cádiz-Jaén (84%)
* residencia asistida	↑ Cádiz-Jaén (87%)	↑ Cádiz-Jaén (80%)	↑ Cádiz-Jaén (92%)	↑ Cádiz-Jaén (92%)
* residencia minusválidos	↑ Córdoba (50%)	-	↑ Córdoba (52%)	↑ Córdoba-Granada (60%)

TABLA 6. POBLACION INGRESADA EN 1985 EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE ANDALUCIA.  
(excepto Málaga y Almería).

DISTRIBUCION SEGUN SITUACION EN 1990.

PROVINCIA	CADIZ	CORDOBA	GRANADA	HUELVA	JAEN	SEVILLA	TOTAL
INGRESADOS	169 (42%)	161 (43%)	132 (63%)	24 (28%)	203 (51%)	517 (74%)	1206(56%)
VIVIENDA AUTONOMA	23 (5%)	17 (5%)	2 (1%)	20 (23%)	35 (9%)	12 (2%)	109 (5%)
RESIDENCIA GENERAL	80 (20%)	74 (20%)	8 (4%)	16 (19%)	14 (4%)	10 (1%)	202 (9%)
RESIDENCIA MINUSVALIDOS	10 (2%)	53 (14%)	16 (8%)	12 (14%)	7 (2%)	11 (2%)	109 (5%)
RESIDENCIA ASISTIDA	56 (14%)	12 (3%)	-	-	42 (11%)	3 (0.4%)	113 (5%)
DEFUNCIONES	60 (15%)	51 (14%)	47 (22%)	13 (15%)	91 (23%)	144 (21%)	406 (19%)
FUGAS	2	1	2	-	1	3	9 (.004%)
PENITENCIARIOS	3	2	1	-	1	-	7 (.003%)
DESCONOCIDOS	2	-	1	-	-	-	3 (.001%)
<b>TOTAL</b>	<b>405</b>	<b>371</b>	<b>209</b>	<b>85</b>	<b>394</b>	<b>700</b>	<b>2164</b>

TABLA 7. POBLACION INTERNADA EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE ANDALUCIA.  
(EXCEPTO MALAGA Y ALMERIA)

DIFERENCIAS ENTRE LA POBLACION DE ALTA Y LA QUE PERMANECE INGRESADA SEGUN TIPO DE ALTA.

NIVEL DE SIGNIFICACION PARA CADA VARIABLE (Test  $\chi^2$  y An. Varianza)

VARIABLE	V.A.	R.G.	R.A.	R.M.
HOSPITAL	.0000	.0000	.0000	.0000
EDAD INGRESO	.01	.0000	.11	.0000
EDAD EN 1985	.52	.0000	.0000	.0000
SEXO	.84	.69	.047	.05
ESTADO CIVIL	.48	.02	.0008	.03
NIVEL DE FORMACION	.02	.0000	.22	.01
TRABAJO AL INGRESO	.008	.0005	.0000	.0000
CONVIVENCIA	.38	.0000	.008	.0000
TIEMPO DE ESTANCIA	.37	.07	.49	.015
INGRESO JUDICIAL	.001	.01	.90	.98
DIAGNOSTICO	.0008	.0000	.03	.0000
SINT. PSIQUICA	.016	.0000	.01	.27
ESTADO SOMATICO	.0000	.24	.69	.42
NIVEL DE AUTONOMIA	.0000	.0000	.48	.04
REMUNERACION	.015	.0001	.005	.01
RECIBE VISITAS	.0008	.0000	.0000	.47
PERMISOS	.0000	.99	.28	.35
SALIDAS (<24 h.)	.0000	.23	.0000	.0000
REALIZA ACTIVIDAD	.0001	.02	.068	.002
PRONOSTICO	.0000	.08	.007	.0000
PROBLEMAS	.0000	.004	.0008	.026

Abreviaturas: V.A. (Vivienda autónoma) R.G. (Res. general)  
R.A. (Res. asistida) R.M. (Res. Minusválidos Psíquicos)

TABLA B. POBLACION INTERNADA EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS ANDALUCES EN 1985. (EXCEPTO MALAGA Y ALMERIA).

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS GENERALES.**

**DIFERENCIAS MAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LA POBLACION DE ALTA Y LA QUE PERMANECE INGRESADA EN 1990 SEGUN TIPO DE ALTA.**

(=): no existen diferencias significativas para esa variable entre la población ingresada y la que está de alta ( $p < 0.05$ ).

VARIABLE	INGRESADOS	VIVIENDA AUTONOMA	RESIDENCIA GENERAL	RESIDENCIA ASISTIDA	RESIDENCIA MINUSVALIDOS
NUMERO TOTAL	1206	109	202	113	109
EDAD INGRESO	x=37.9 años (D.E.= 16.5) 65% < 50 años	x= 38.7 años. (D.E.=13) 90% < 50 años	x=45 años (D.E.=12.5)	x=43 años (D.E.=17.6) (=)	x=28 años 5 pacientes>50 años (D.E.=13)
EDAD EN 1985	x= 51.7 años (D.E.= 10)	x=51.7 años (D.E.=14) (=)	x=60.7 años (D.E.=10)	x=59.5 años (D.E.=14)	38.6 años (D.E.=13)
EDAD AL ALTA	1990: 55.5 años (D.E.=10)	54.5 años (D.E.=14)	64.9 años (D.E.=14) 4% < 50 año 2% > 80 años	62.8 años (D.E.=14) 19% < 50 años 12% > 80 años	43.3 años (D.E.=13) 43% : 21-40 años
SEXO (H/M)	65.6/34.4	67/33 (=)	64/36 (=)	56/44 (=)	56/44 (=)
ESTADO CIVIL	87% solteros	(=)	↓ solteros (80%)	↑ cas/viudo (25%)	↑↑ solteros (95%)
NIVEL FORMACION	88% analfabetos	↑ con estudios (20%)	↑ con estudios (22%)	↑ con estudios (15%) (=)	↑↑ analfabetos (97%)
TRABAJO AL INGRESO	61% sin empleo 1.5% jubilados	↑ con empleo (47%)	↓ sin empleo (54%) ↑ jubilados (5%)	↑↑ jubilados (11%) ↑ sin empleo (71%)	↑ sin empleo (87%)
TIPO CONVIVENCIA	70% familia origen 11% familia propia 8% institución	(=)	↑ fam. propia (17%) ↓ f. origen (62%) ↓ institución (4%)	↑ fam. propia (17%) ↓↓ fam. origen (58%) ↑ institución (7%)	↑ institución (25%) ↓↓ fam. propia (6%)

TABLA 9. POBLACION INTERNADA EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS ANDALUCES EN 1985. (EXCEPTO MALAGA Y ALMERIA).

CARACTERISTICAS CLINICAS GENERALES.

DIFERENCIAS MAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LA POBLACION DE ALTA Y LA QUE PERMANECE INGRESADA EN 1990 SEGUN TIPO DE ALTA.

(=): no existen diferencias significativas para esa variable entre la población ingresada y la que está de alta (p<0.05).

VARIABLE	INGRESADOS	VIVIENDA AUTONOMA	RESIDENCIA GENERAL	RESIDENCIA ASISTIDA	RESIDENCIA MINUSVALIDOS
TIEMPO DE ESTANCIA	EM=14 años	(=)	(=)	(=)	EM=10 años. ↑↑<5 años
INGRESO JUDICIAL	5%	13%	10%	(=)	(=)
DIAGNOSTICO	6% Ps. orgánicas 48% Ps. delirantes 3% Transt. afectivos 1.5% Neurosis 3% Alcoholismo 31% Defic. mental 8% Otros	↑ P. delirantes (58%) ↑ Neurosis (6%) ↑ Tr. afectivos (5%) ↓ Resto	↑ P. delirantes (54%) ↑ Alcoholismo (10%) ↓ P. orgánicas (3%) ↓ Def. mental Resto (=)	↓↓ P. delirante (37%) ↑ Alcoholismo (5%) ↑ Neurosis (5%) Resto (=)	↑↑↑ D. mental (77%) ↓↓ Resto
SINT. PSIQUICA	21% asintomático 60% sint. residual 19% sint. activa	↑ asintomático (32%) ↓ sint. activa (11%) sint residual (=)	↑ s. residual (71%) ↓ sint. activa asintomáticos (=)	↑ s. residual (68%) ↓ s. activa (8%) asintomáticos (=)	↑ s. activa (27%) ↓ asintomáticos (13%) s. residual (60%) (=)
ESTADO SOMATICO	73% sin alteraciones	↑ sin alter. (95%)	(=)	(=)	(=)
NIVEL DE AUTONOMIA	61% autónomo 29% precisa ayuda 10% dependiente	↑ autónomo (88%) ↓ ayuda (11%) ↓↓ dependiente (1%)	↑ autónomo (77%) ↓ ayuda (21%) ↓↓ dependiente (2%)	↑ autónomo (66%) ↓ ayuda (24%) dependiente (10%) (=)	↓ autónomo (50%) ↑ ayuda (33%) ↑ dependiente (17%)

TABLA 10. POBLACION INTERNADA EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS ANDALUCES EN 1985. (EXCEPTO MALAGA Y ALMERIA).

CARACTERISTICAS GENERALES DE RELACION.

DIFERENCIAS MAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LA POBLACION DE ALTA Y LA QUE PERMANECE INGRESADA EN 1990 SEGUN TIPO DE ALTA.

(=): no existen diferencias significativas para esa variable entre la población ingresada y la que está de alta ( $p < 0.05$ ).

VARIABLE	INGRESADOS	VIVIENDA AUTONOMA	RESIDENCIA GENERAL	RESIDENCIA ASISTIDA	RESIDENCIA MINUSVALIDOS
REMUNERACION	40% no tiene/< 15000 44% de 15000 a 35000 16% > 35000	↓ no tiene (31%) ↑ resto	↑ no tiene (54%) ↓ 15000-35000 (27%) ↑ > 35000 (19%)	↑ no tiene (55%) ↓ 15000-35000 (28%) > 35000 (=)	↑ no tiene (53%) ↓ 15000-35000 (38%) ↓ > 35000 (9%)
RECIBE VISITAS	41% semanal/mensual 20% anual 39% no/ si requerida	↑ no (57%) ↓ semanal (30%) ↓ anual (13%)	↑ no (60%) ↓ semanal (21%) anual (=)	↑ no (58%) ↓ semanal (21%) anual (=)	↑ sem/mensual (47%) ↓ no (33%) anual (=) (=)
PERMISOS (>24 h.)	87% no disfruta	↓ no (67%)	(=)	(=)	(=)
SALIDAS (< 24 h.)	19% frec/semanal 23% oc./programadas 58% nunca	↑ frec/sem. (48%) ↓ resto	↑ nunca (62%) ↓ frec./semanal (14%) oc./prog. (23%) (=)	↓ oc./prog. (4%) ↑ nunca (76%) frec/semanal (=)	↓ nunca (33%) ↑ oc./prog. (48%) frec./semanal (=)
REALIZA ACTIVIDAD	52% sí	70% sí	60% sí	40% sí (=)	67% sí

TABLA 11. POBLACION INTERNADA EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS ANDALUCES EN 1985. (EXCEPTO MALAGA Y ALMERIA).

PRONOSTICO EN 1985.

DIFERENCIAS MAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LA POBLACION DE ALTA Y LA QUE PERMANECE INGRESADA EN 1990 SEGUN TIPO DE ALTA.

(=): no existen diferencias significativas para esa variable entre la población ingresada y la que está de alta ( $p < 0.05$ ).

VARIABLE	INGRESADOS	VIVIENDA AUTONOMA	RESIDENCIA GENERAL	RESIDENCIA ASISTIDA	RESIDENCIA MINUSVALIDOS
PRONOSTICO	2.5% alta corto pl. 4.2% alta largo pl. 14% res. general 23% res. asistida 36% sin alta posible 20% r. minusválidos	↑↑ a. corto pl. (19%) ↑ a. largo pl. (7%) ↓ res. asistida (19%) ↓ sin alta (29%) ↓ res. minusv. (9%) res. general (16%)	↑ res. asistida (29%) ↑ sin alta (40%) ↓ res. minusv. (12%) (=)	↓ res. general (12%) ↓ res. asistida (12%) ↑ sin alta (51%) resto (=)	↑ res. minusv. (45%) ↓ resto
PROBLEMAS	11% rec. residencial 42% rec. específico 2% sit. psicósomática 6% dif. familiares y otros 38% no hay o son desconocidos	↑ no hay/ desc. (70%) ↑ sit. psicósom (4%) ↓ rec. especif. (25%) ↓ otros (1%) rec. residencia = 0	↑ no hay/ desc. (53%) sit. psicósom (=) ↓ resto	↑ no hay/ desc. (61%) sit psicósom. (=) ↓ resto	↑ rec. especif. (52%) no hay/desc. (=) dif. fam. y otros (=) ↓↓ resto (1%)

TABLA 12. ANALISIS UNIVARIANTE. TABLAS (2xN) Y REG. LOGISTICA SIMPLE.

VARIABLE	$p(\chi^2)$ (2xN)	dev. (g.l.)	$\beta_i$	e.e	OR
HOSPITAL Ref= Huelva (2)= Cádiz (3)= Córdoba (4)= Granada (5)= Jaen (6)= Sevilla	.0000	373(5)	- -.66 -.65 -1.42 -2.27 -3.42	- 0.28 0.29 0.29 0.34 0.31	- 0.52 0.52 0.24 0.10 0.03
EDAD INGRESO (años)	.1173	3(1)	.0073	.0033	1.007
EDAD EN 1985 (años)	.1812	6(1)	.0086	.0035	1.008
SEXO	.0858	2.6(3)	.12	.11	1.13
ESTADO CIVIL Ref= Soltero (2)= Casado (3)= Viudo	.0858	4(2)	- .21 .33	- .20 .21	- 1.23 1.39
NIVEL DE FORMACION Ref= Sin estudios (1)= E. primarios (2)= E. mdiso/univ	.381	4(2)	- .04 -.33	- .33 .29	- 1.04 .72
TIPO DE CONVIVENCIA	.0004	-	-	-	-
TRABAJO AL INGRESO Ref= Con empleo (2)= Jubilado (3)= Sin empleo	.0000	50(2)	- 1.40 .34	- .33 .12	- 4.04 1.4
TIEMPO DE ESTANCIA (años)	.520	0.2(1)	$2 \times 10^{-6}$	$1 \times 10^{-6}$	1.009
INGRESO JUDICIAL Ref= no (2)= si	.0150	35(1)	- .56	- .21	- 1.66
DIAGNOSTICO Ref= otros (1)= Def. mental (2)= P. delirante (3)= P-orgánica	.0012	40(3)	- -.22 -.53 -.63	- .20 .20 .25	- 0.8 0.59 0.53
SINT. PSIQUICA Ref= Asintomático (1)= S. residual (2)= S. activa	.0008	45(2)	- .099 -.5	- .13 .19	- 1.10 0.60
ESTADO SOMATICO Ref= sin alt/leves (2)= alt. graves	.0013	38(1)	- -.42	- .13	- 0.66
NIVEL DE AUTONOMIA Ref= Autónomo (2)= precisa ayuda (3)= dependiente	.0001	45(2)	- -.44 -.55	- .13 .21	- 0.64 0.58
REMUNERACION Ref= no/<5000 (2)= 15-35000 (3)= >35000	.0010	43(2)	- -.29 .16	- .17 .16	- 0.75 1.17
RECIBE VISITAS Ref= frec/semanal (2)= anual (3)= nunca	.0000	59(2)	- .23 .66	- .16 .12	- 1.26 1.93

.../...

TABLA 12. ANALISIS UNIVARIANTE, TABLAS (2\*n) Y REG. LOGISTICA SIMPLE.

VARIABLE	p(X <sup>2</sup> ) (2*n)	dev. (g.l.)	B <sub>i</sub>	e.e	OR
PERMISOS Ref= si (2)= no	.47	2(1)	- -.18	- .15	- 0.8
SALIDAS (<24 h.) Ref= si (2)= no	.14	3.1(1)	- .21	- .13	- 1.23
REALIZA ACTIVIDAD Ref= si (2)= no	.0005	42(2)	- -.25	- .12	- 0.78
PRONOSTICO Ref= Alta corto pl. (2)= Alta largo p. (3)= Tras.R.Minusv. (4)= Tras.R.General (5)= Tras.R.Asist. (6)= Cont.hosp./ Dificil pr.	.0005	54(5)	- -1.24 -1.16 -1.43 -1.34 -1.08	- .37 .29 .30 .29 .27	- 0.29 0.31 0.14 0.26 0.34
PROBLEMAS Ref= no/desconocido (1)= rec. especific. (2)= dif. fam/pers. (3)= rec. general.	.0000	84(3)	- -.90 -1.5 -.47	- .24 .26 .12	- 0.40 0.22 0.62

Abreviaturas:

p X<sup>2</sup>(2\*n): nivel de significación en el test de X<sup>2</sup> para las tablas (2\*n).

dev. (g.l.): cambio en el valor de la deviance para los grados de libertad entre paréntesis.

B<sub>i</sub>: estimador de B<sub>i</sub> en los modelos logísticos.

e.e.: error estándar de B<sub>i</sub>.

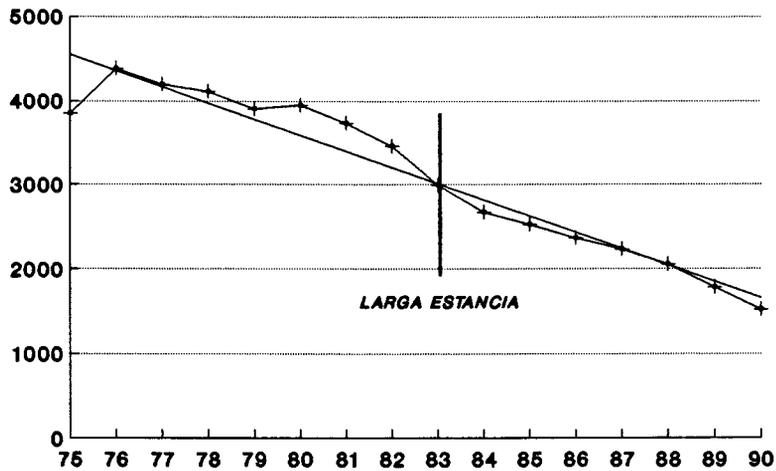
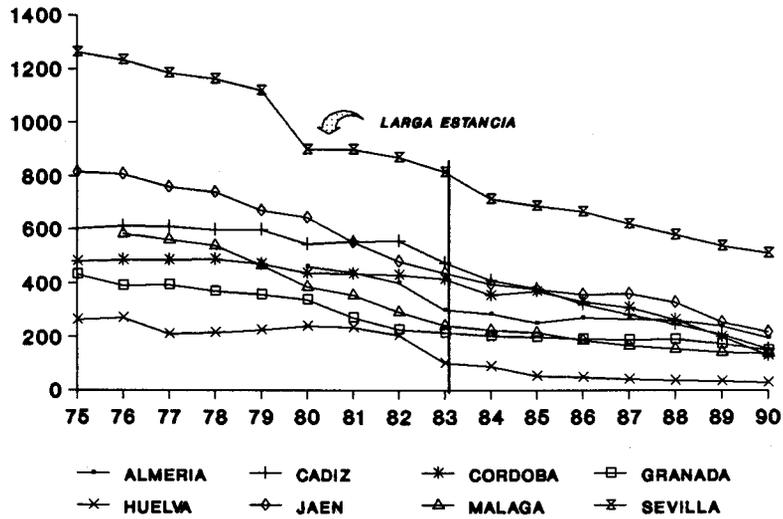
OR: razón de ventajas: exponente de B<sub>i</sub>.

**TABLA 13. ANALISIS MULTIVARIANTE. MODELO FINAL.**

VARIABLE	DEV. (G.L.)	$\beta$	E.E.	OR	I.C.
HOSPITAL Ref= Huelva + Cádiz + Córdoba (2)= Granada + Jaen (3)= Sevilla	-356(2)	-	-	-	
		-0.97	.15	0.37	(.28-0.5)
		-2.87	.20	0.06	(.04-.08)
PRONOSTICO Ref=Alta corto pl. (2)= Alta largo p. +Tras.R.Minusv. +Tras.R.General +Tras.R.Asist. +Cont.hosp./ Dificil pron.	-22(1)	-	-	-	
		-1.21	.32	0.28	(.16-.55)
PROBLEMAS Ref=no/desconocido (2)=rec. especific. +dif. fam/pers. (3)=rec.general.	-33(2)	-	-	-	
		-.70	.13	0.55	(.4-.7)
		-1.25	.30	0.29	(.16-.5)
DIAGNOSTICO Ref= otros + Def. mental (2)= P.delirante + P.orgánica	-12(1)	-	-	-	
		-.65	.14	0.53	(.4-.9)
SINT. PSIQUICA Ref= Asintomático + S. residual (2)= S. activa SINT.PS.(2)*EDAD85	-13(1)	-	-	-	
		1.006	.55		
	-7.1(1)	-.033	.01		
AUTONOMIA Ref= Autónomo +Dependiente (2)= Precisa ayuda	-4(1)	-	-	-	
		-.28	.14	0.74	(.6-.99)
REALIZA ACTIVIDAD Ref= si (2)= no	-3.4(1)	-	-	-	
		-.26	.13	0.78	(.6-.96)
EDAD EN 1985	-15.9	.02	.005	1.02	1.01-1.02
TRABAJO AL INGRESO Ref= Con empleo + sin empleo (2)= Jubilado	-5.8(1)	-	-	-	
		.90	.42	2.7	1.2-6.2

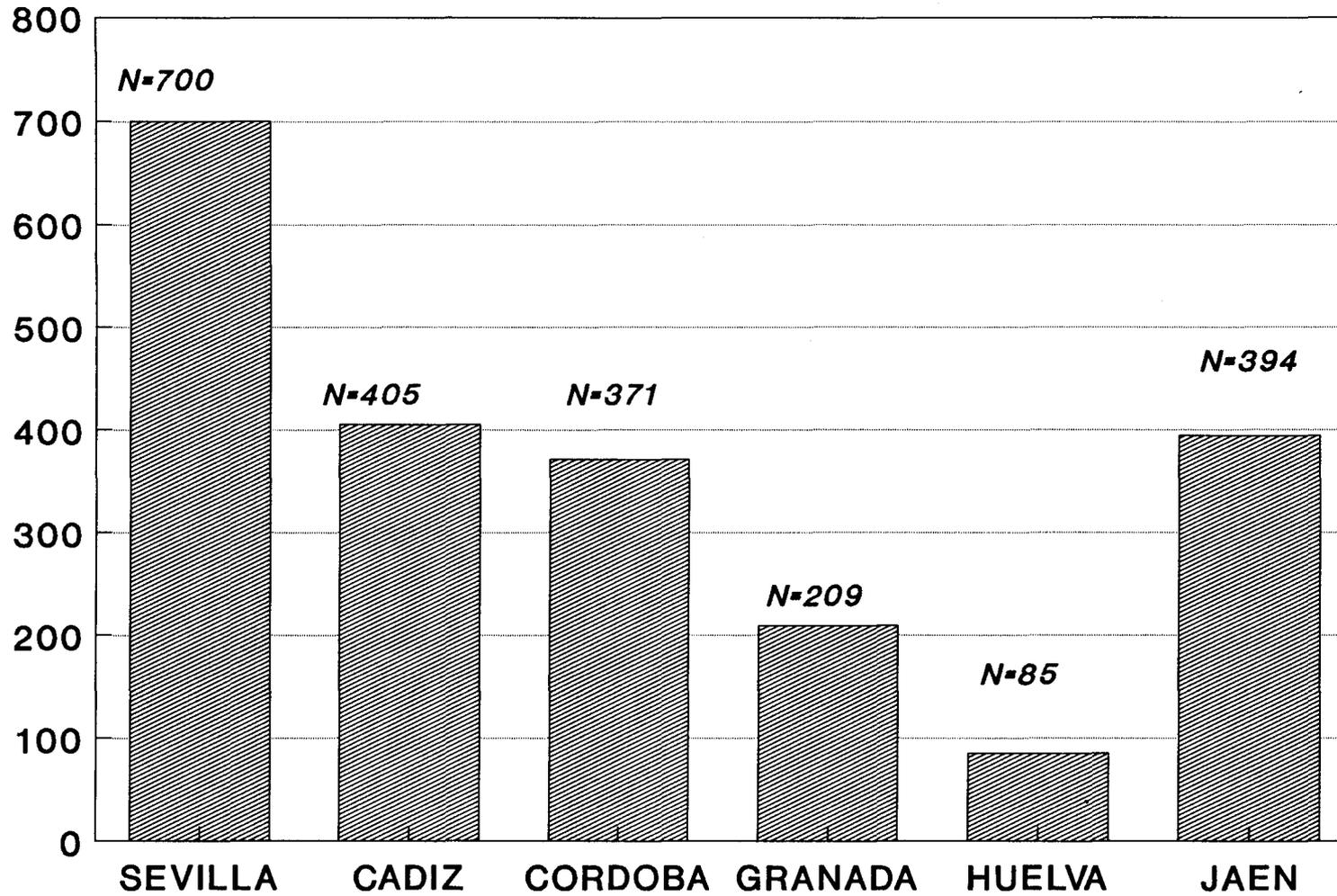
**ANEXO 3**  
**GRAFICOS**

**FIG. 1 HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE ANDALUCIA  
EVOLUCION DE LA POBLACION INTERNADA (1975-1990)**



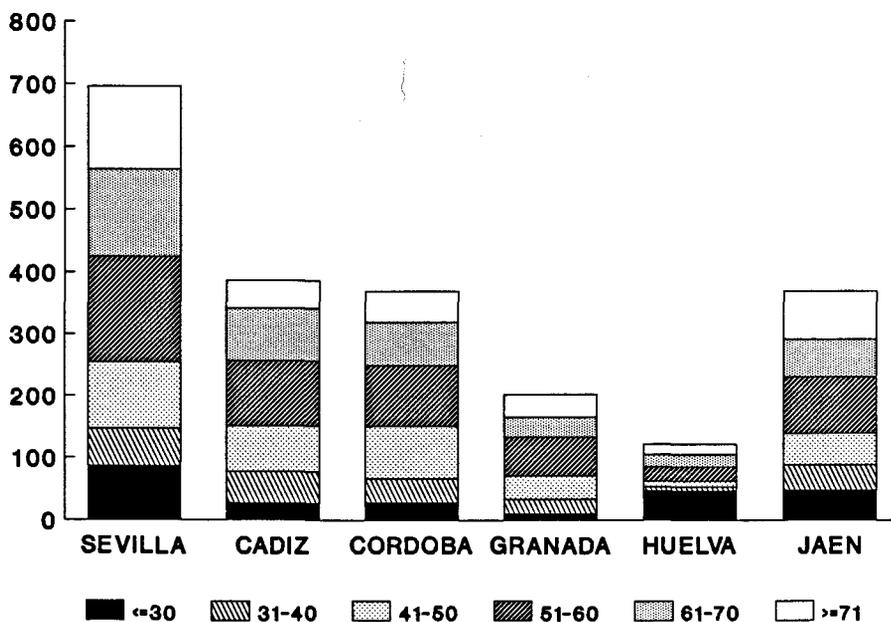
—+— ANDALUCIA

**FIG. 2**      **HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE ANDALUCIA**  
**POBLACION INTERNADA EN 1985**

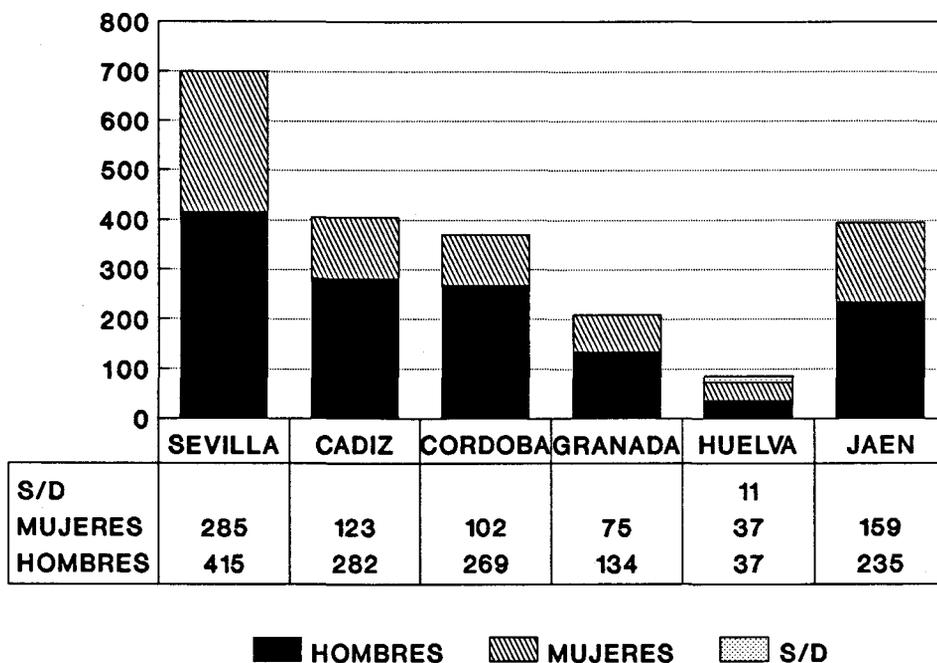


## HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE ANDALUCIA POBLACION INTERNADA EN 1985

**FIG. 3**

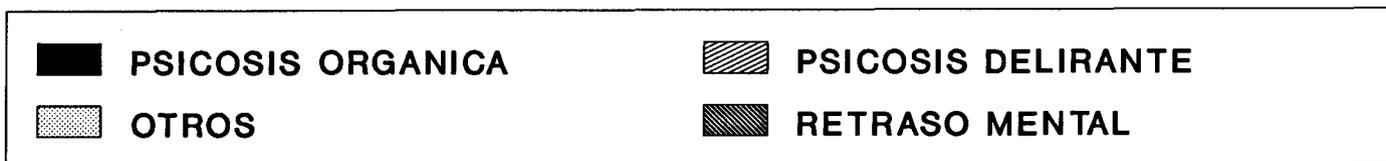
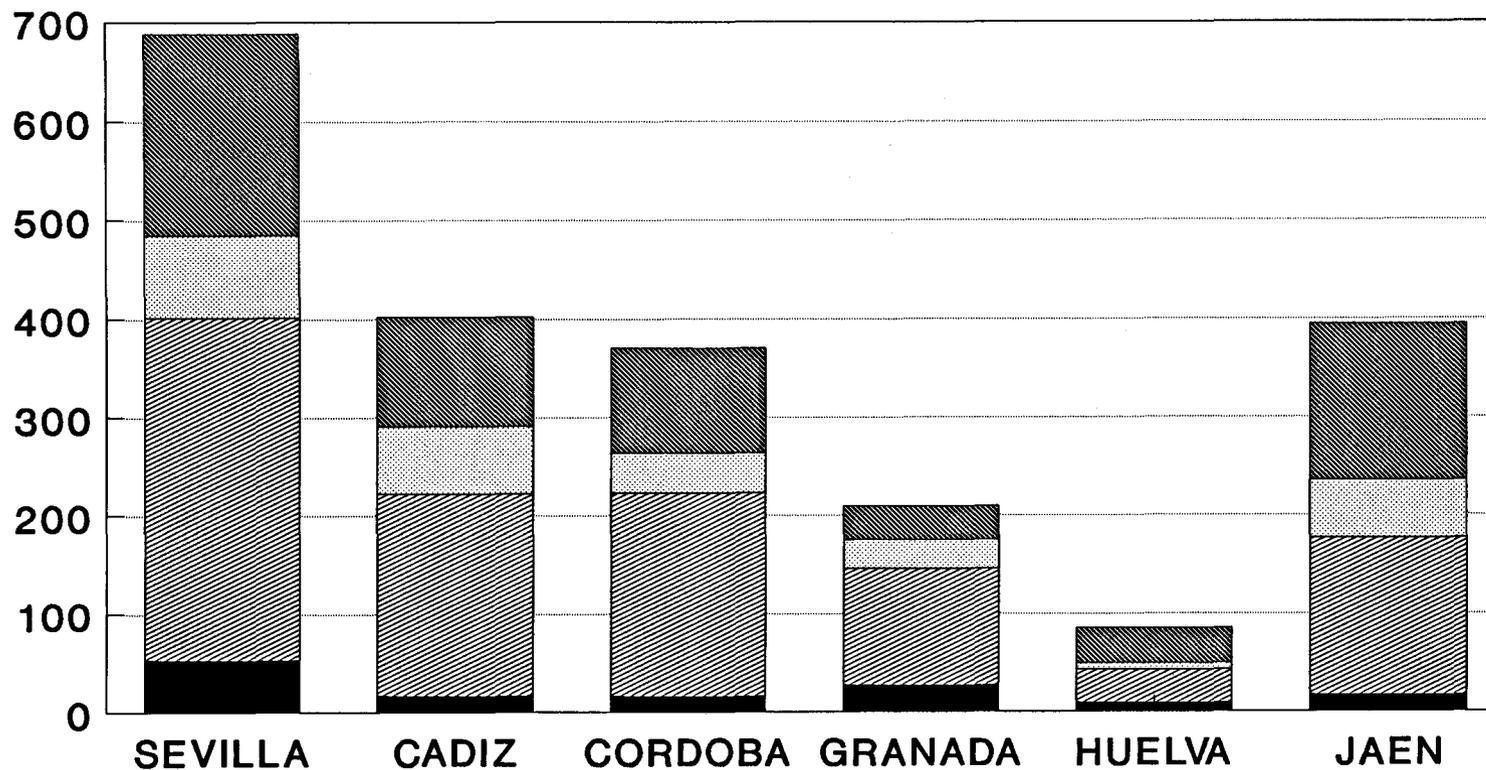


**FIG. 4**



**DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO**

**FIG. 5 HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE ANDALUCIA  
POBLACION INTERNADA EN 1985**



*ORIENTACION DIAGNOSTICA*

# HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE ANDALUCIA POBLACION INTERNADA EN 1985

## SITUACION CLINICA

FIG. 6

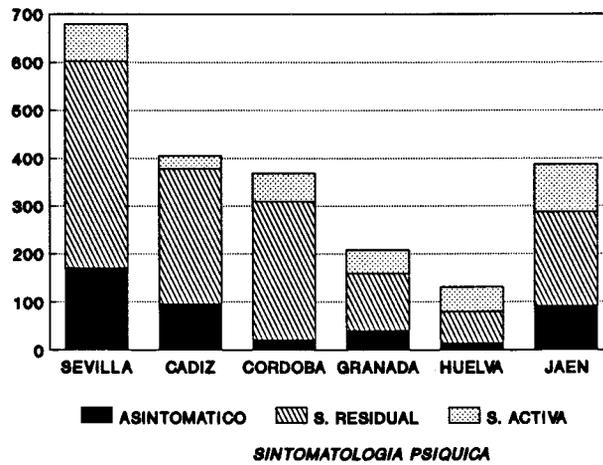


FIG. 7

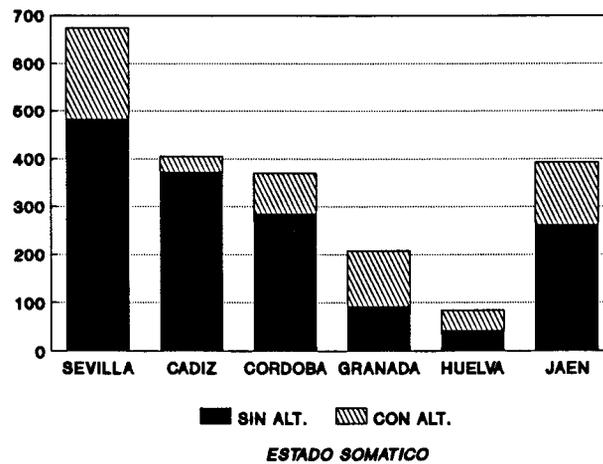
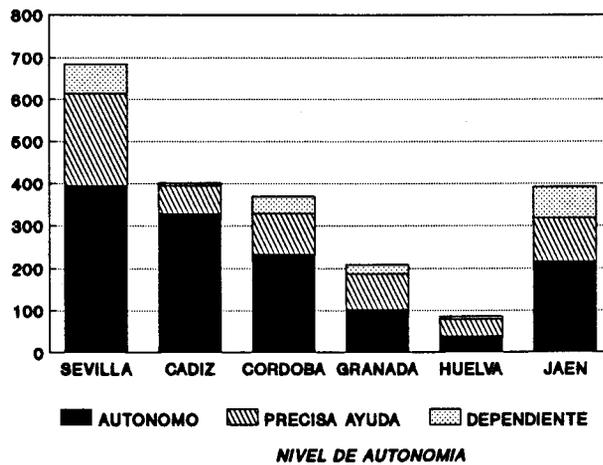
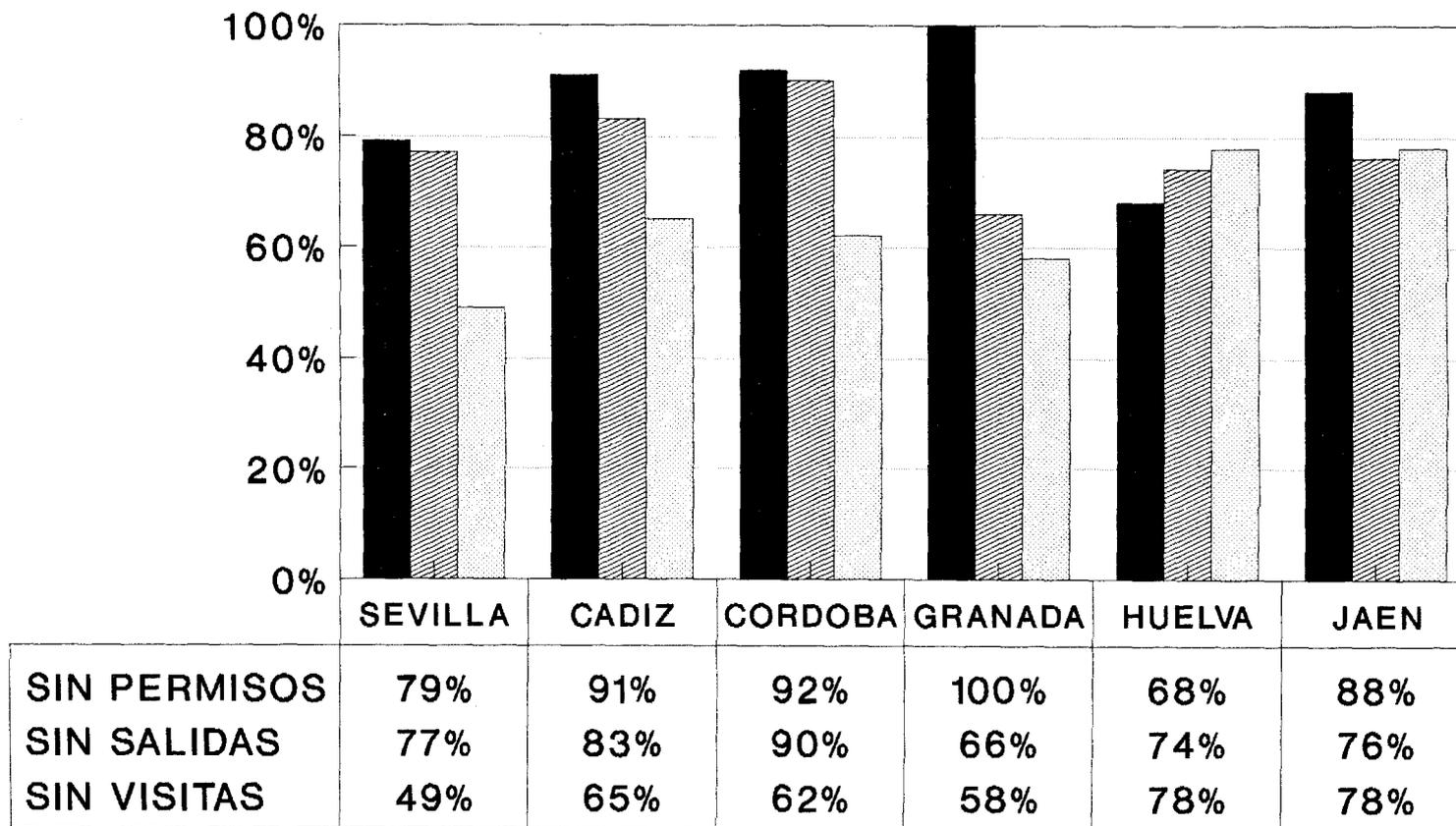


FIG. 8



**FIG. 9 HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE ANDALUCIA  
POBLACION INTERNADA EN 1985**

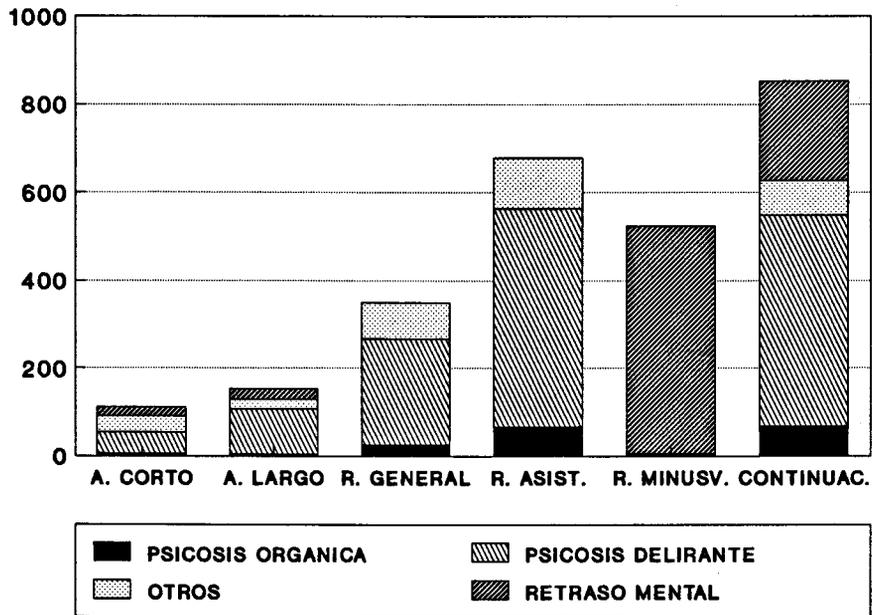


SIN PERMISOS
  SIN SALIDAS
  SIN VISITAS

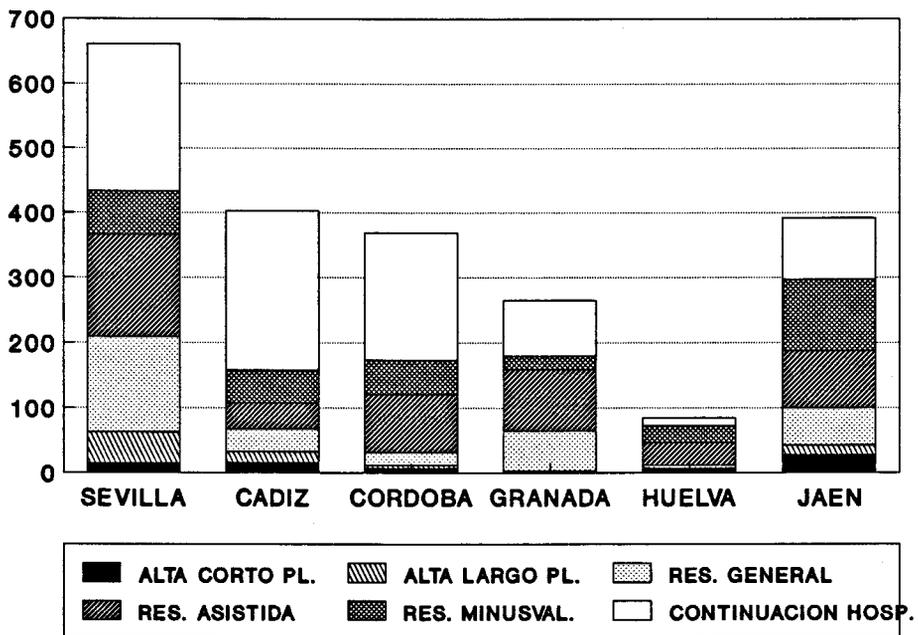
*RELACIONES CON EL EXTERIOR*

**FIG. 10 HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE ANDALUCIA  
POBLACION INTERNADA EN 1985**

**PRONOSTICO INSTITUCIONAL PREVISTO**



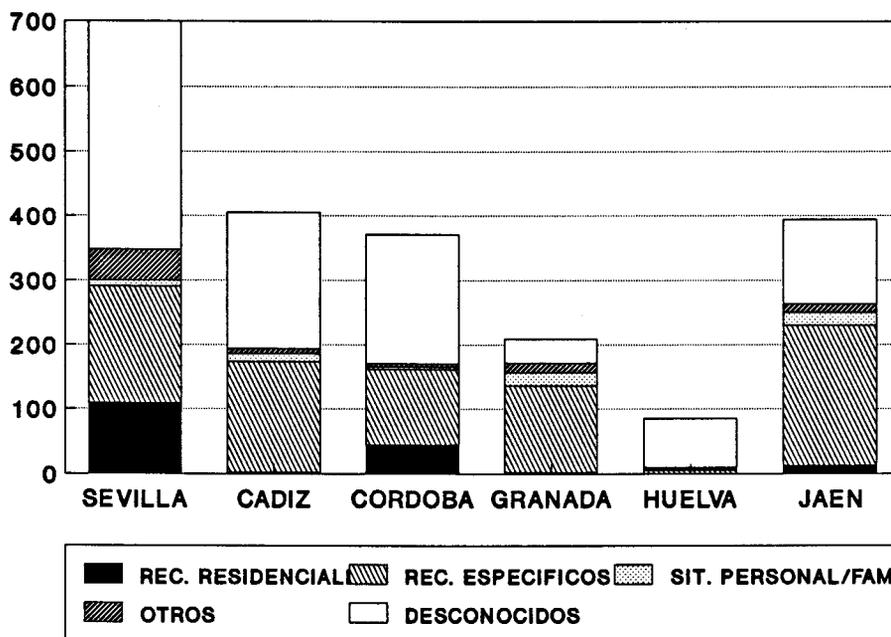
**PRONOSTICO SEGUN DIAGNOSTICO**



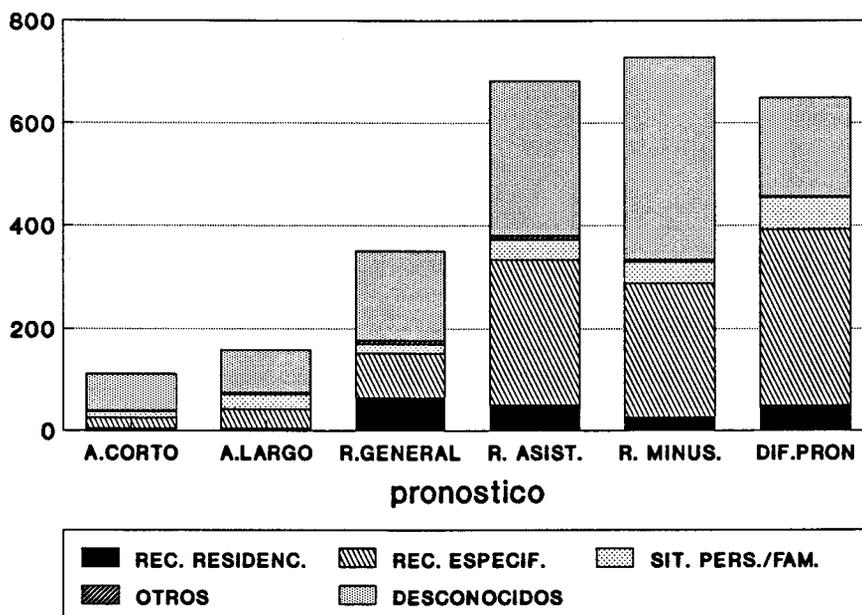
**PRONOSTICO INSTITUCIONAL**

**FIG. 11 HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE ANDALUCIA  
POBLACION INTERNADA EN 1985**

**PROBLEMAS QUE DIFICULTAN EL PRONOSTICO**



**PROBLEMAS QUE DIFICULTAN EL PRONOSTICO**



# FIG. 12 HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE ANDALUCIA

SITUACION EN 1990 DE LA POBLACION INTERNADA EN 1985

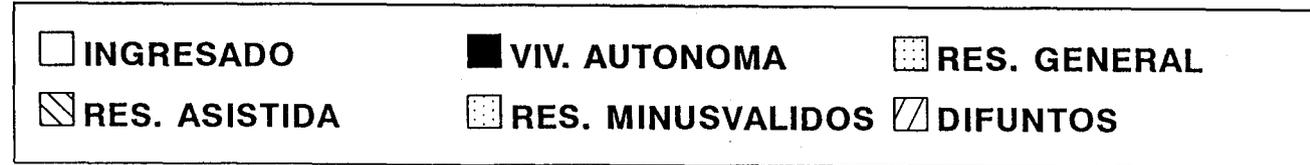
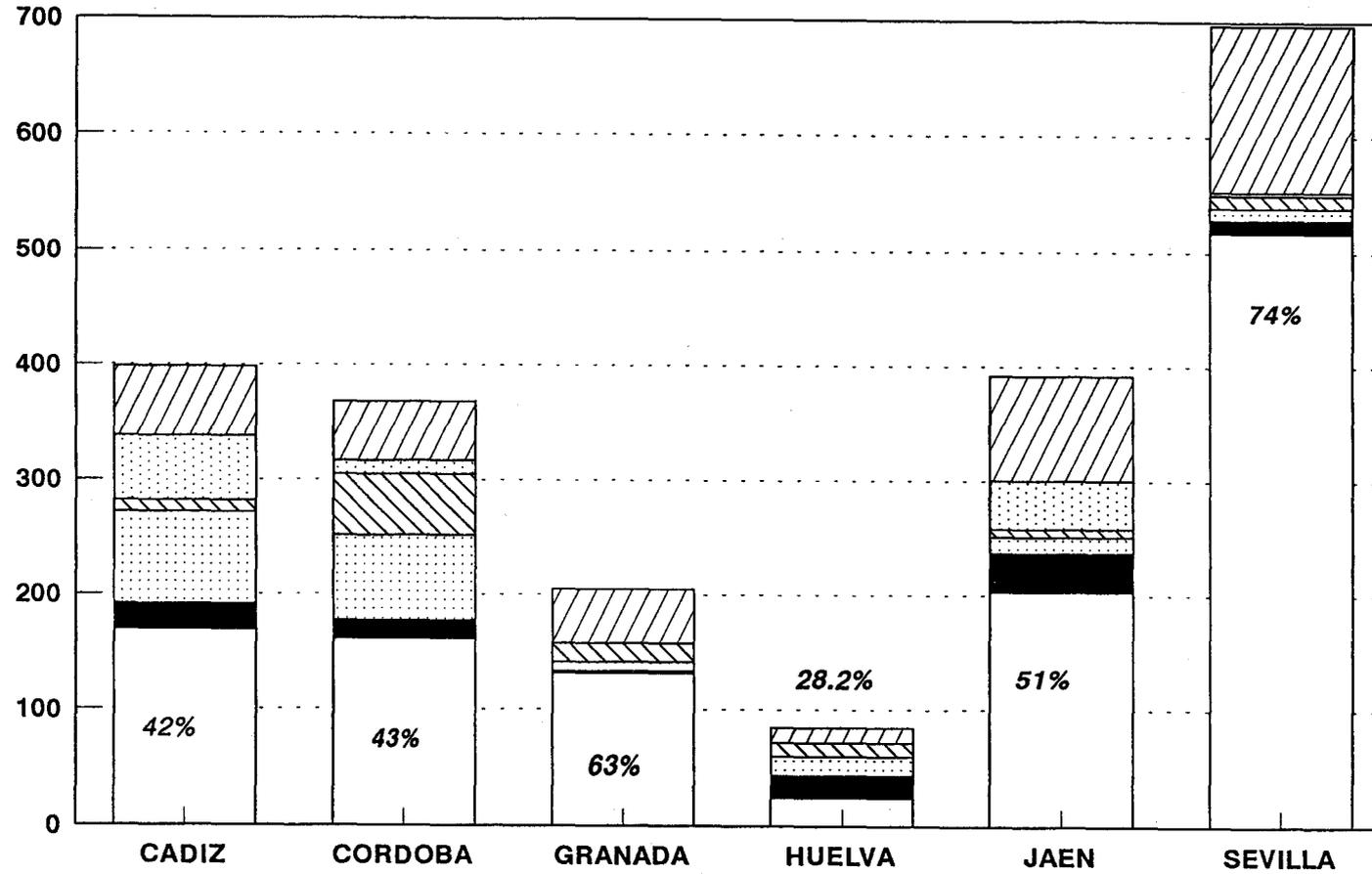
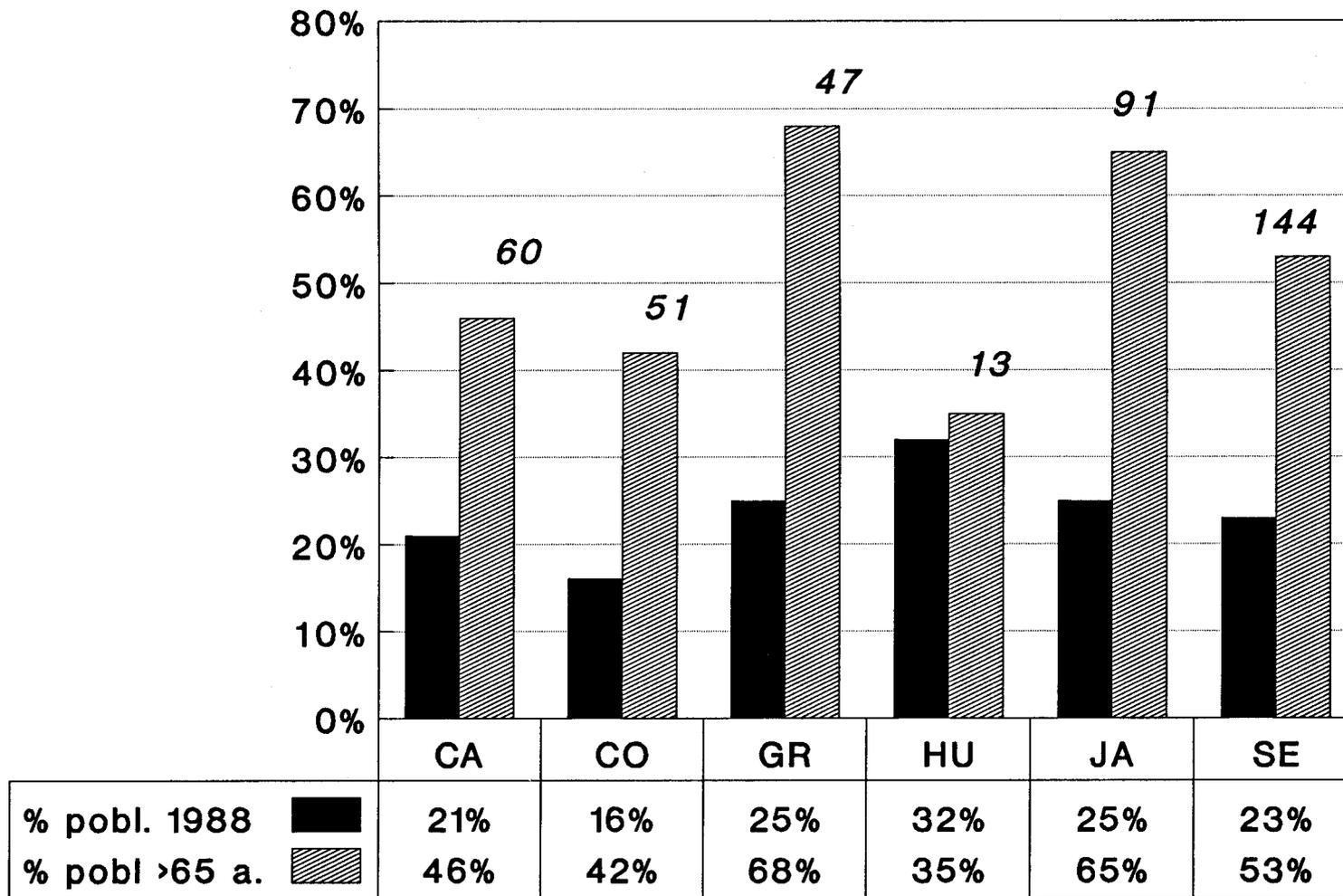


FIG. 13

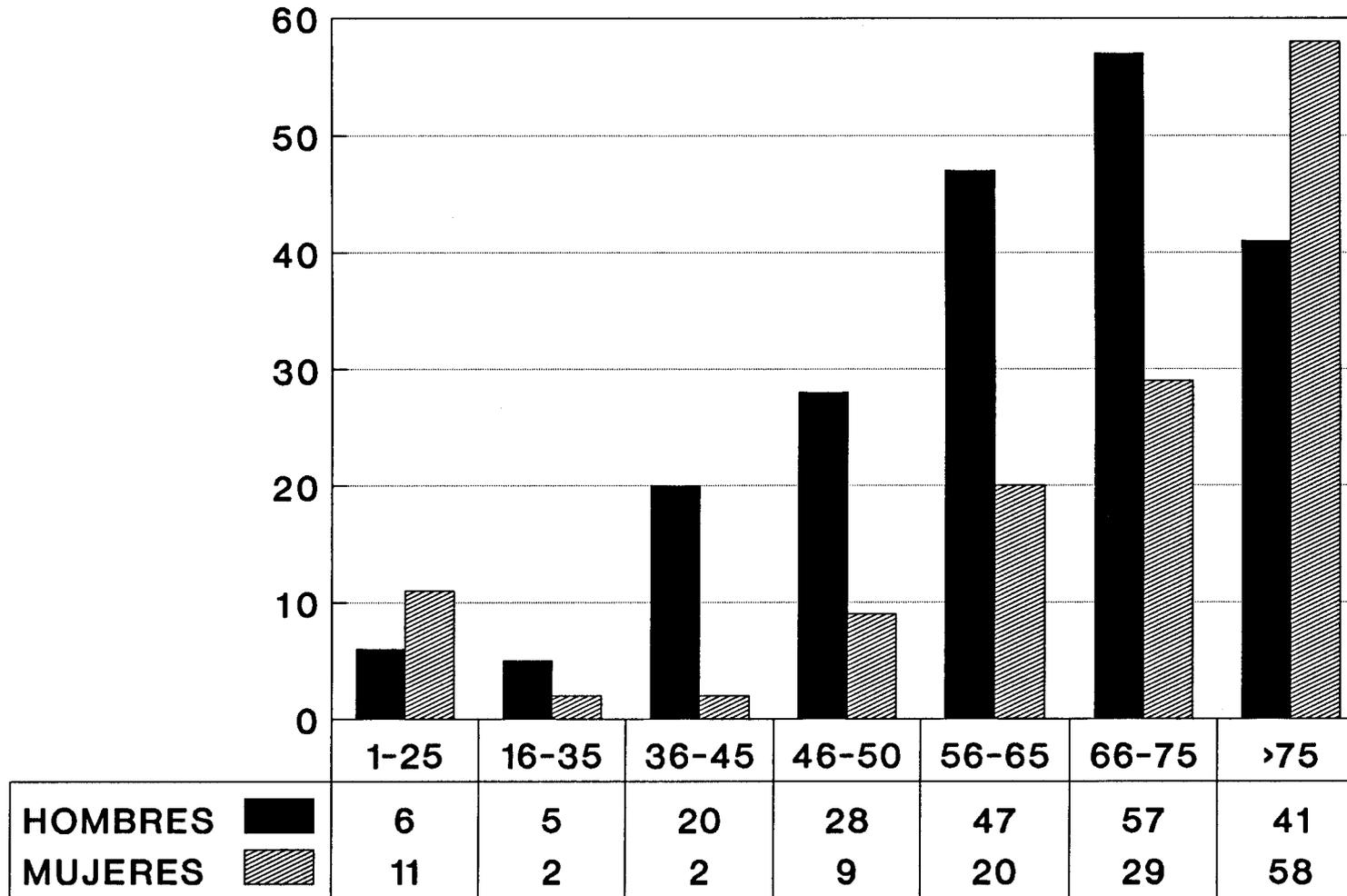
## HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE ANDALUCIA POBLACION EN 1985 (DEFUNCIONES 85-90)



*PORCENTAJE SOBRE POBLACION INGRESADA (mitad del periodo:1988)*

fig. 14

## HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE ANDALUCIA POBLACION EN 1985 (DEFUNCIONES 85-90)

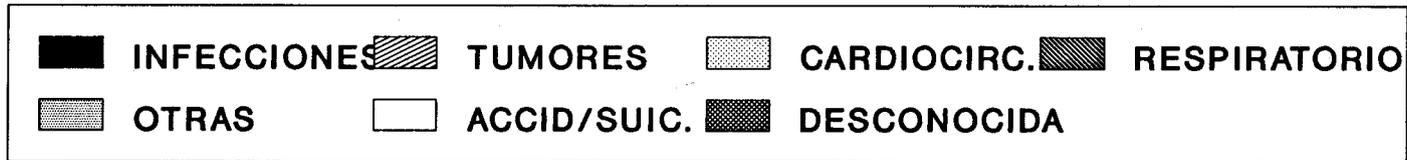
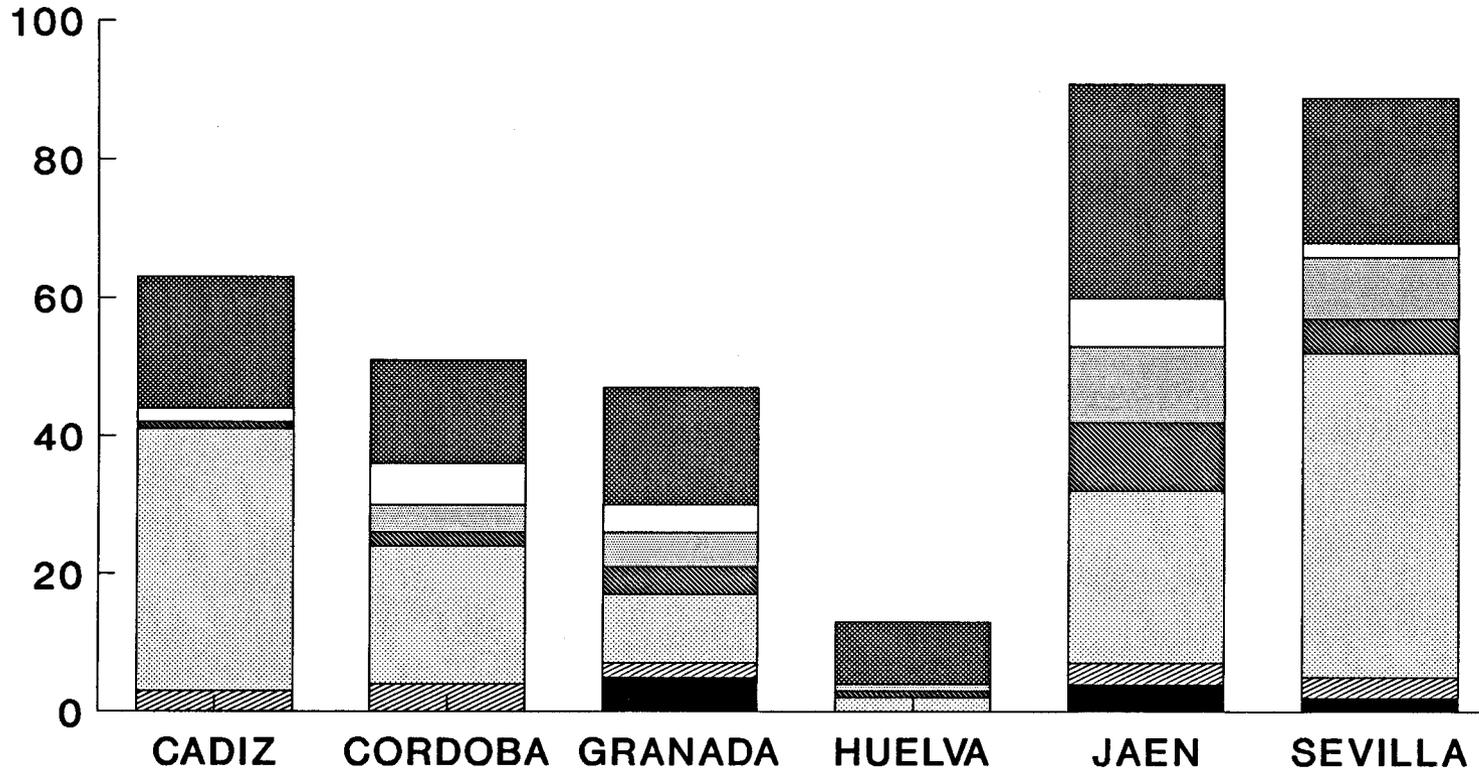


No se contabilizan 71 casos sin información en esta variable

**DEFUNCIONES POR GRUPOS DE EDAD**

fig. 15

## HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE ANDALUCIA POBLACION EN 1985 (DEFUNCIONES 85-90)

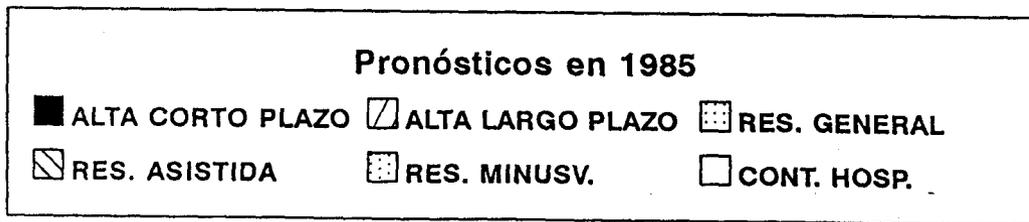
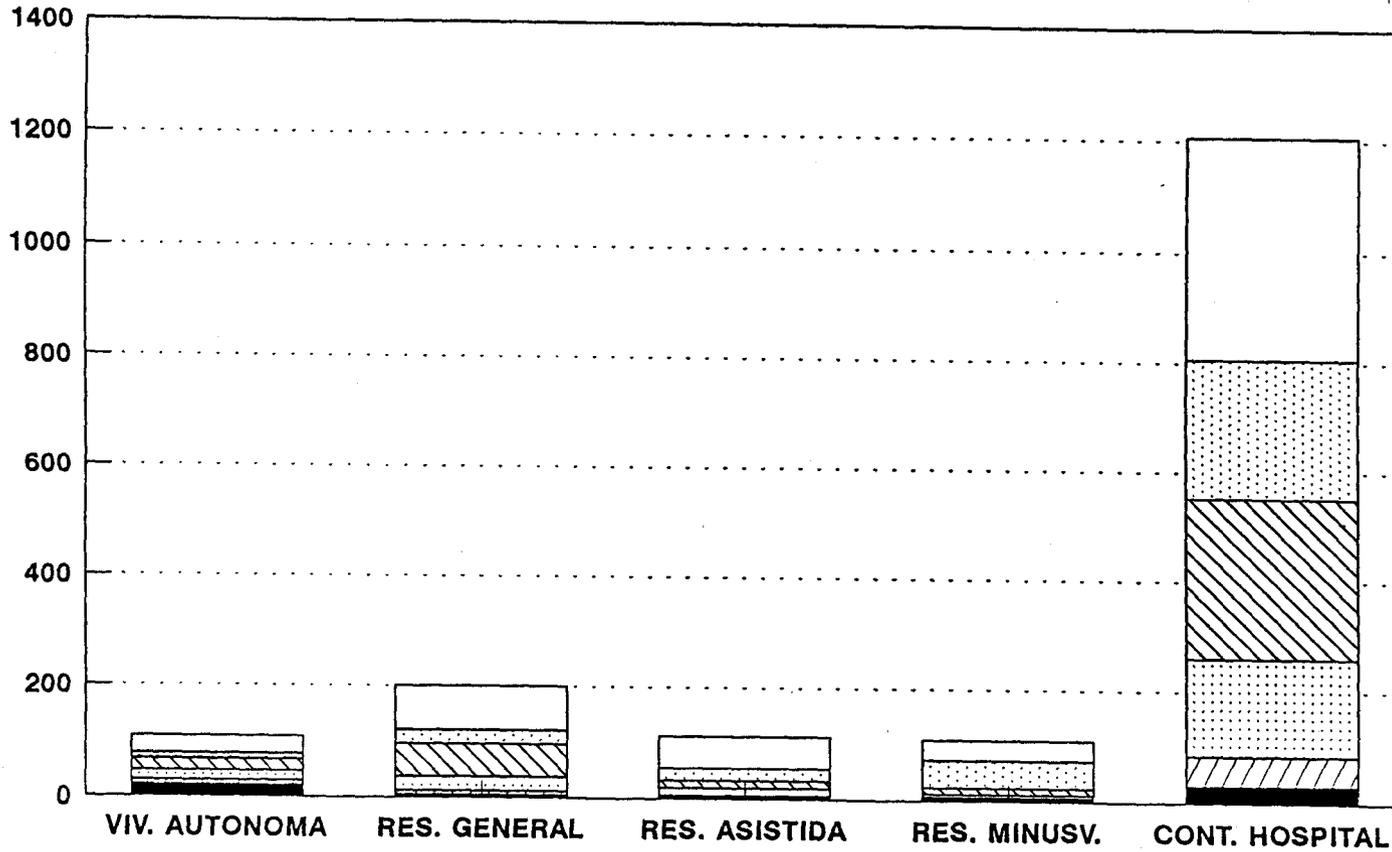


*DEFUNCIONES POR CAUSA*

# FIG. 16 HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE ANDALUCIA

POBLACION INTERNADA EN 1985

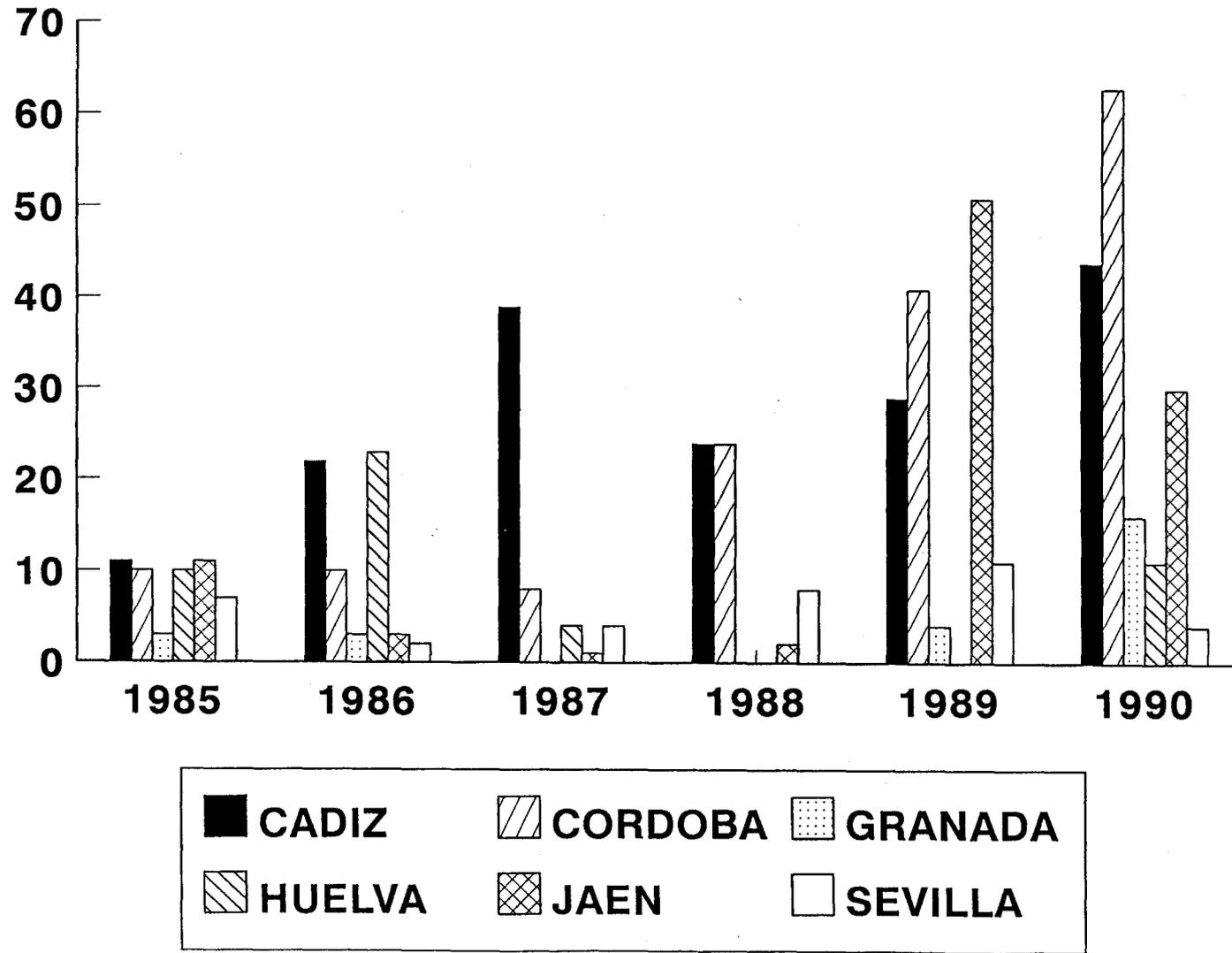
SITUACION EN 1990 SEGUN PRONOSTICO EN 1985



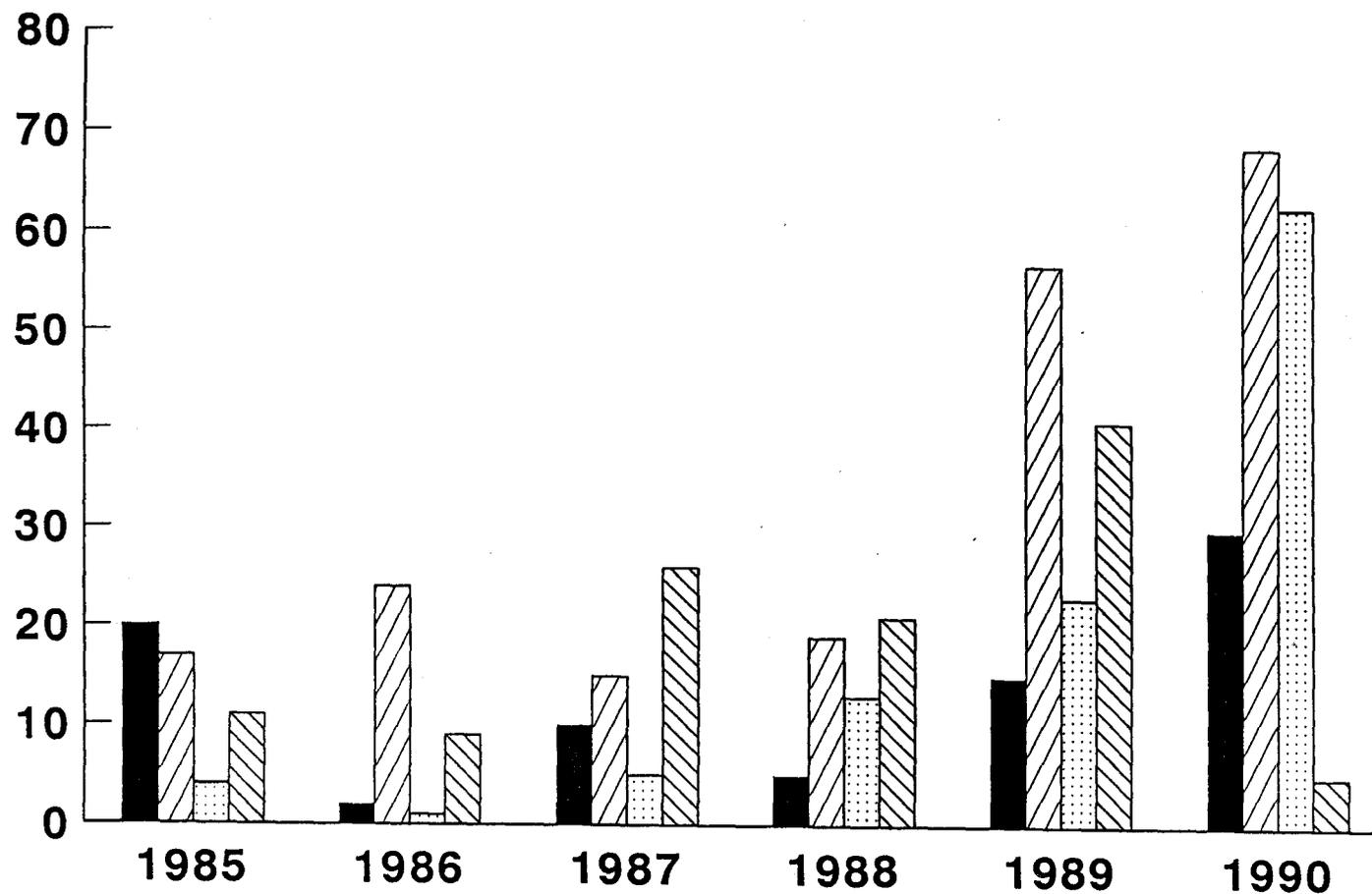
# FIG. 17 HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE ANDALUCIA

POBLACION INTERNADA EN 1985

EVOLUCION DE LAS ALTAS POR PROVINCIA



**FIG. 18 HOSPITALES PSIQUIATRICOS DE ANDALUCIA**  
**POBLACION INTERNADA EN 1985**  
**TIPO DE ALTA SEGUN AÑO**



V. AUTONOMA
  R. GENERAL
  R. MINUSV.
  R. ASISTIDA

Reunido el Tribunal Integrado de los señores doctores  
el día de la fecha, para juzgar el Tesis Doctoral de  
M<sup>re</sup> Casimiro Veroi Garcia-Morales  
sobre el Factor determinante de la  
desinstitucionalización prisional en  
Andalucía

acordó otorgarle la calificación de apto "cum laude"  
por unanimidad

Sevilla, 10 de Noviembre 1995

El Vocal



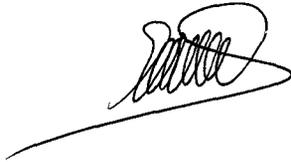
El Presidente



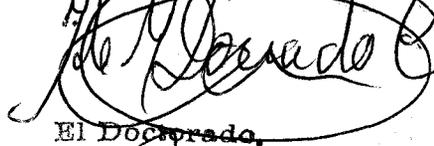
El Vocal,



El Secretario,



El Vocal



El Doctorado,

