

# SITUACION ASISTENCIAL Y FACTORES DE HOSPITALIZACION PROLONGADA EN UNA POBLACION DE ENFERMAS MENTALES

Dr. Anselmo Pulido Contreras\*  
Dr. Miguel Krassoievitch Z\*\*

## Introducción

La meta del presente trabajo fue el estudio de los factores que inciden en la cronicidad y, por lo tanto, en la reintegración social del enfermo mental hospitalizado.

El hospital en el que se efectuó este estudio es uno de los 10 hospitales campestres psiquiátricos de la SSA que existen en la República Mexicana. Se localiza a unos 30 kms. al noroeste del Distrito Federal y se encuentra funcionando desde hace 12 años. La superficie total es de 72,000 m<sup>2</sup>. Se puede llegar a él por tres vías diferentes; una de las carreteras pasa frente al hospital, donde se encuentra la caseta de acceso al mismo. Cuenta con locales para oficinas administrativas, residencias para el personal y para los médicos y tiene una capacidad para 534 pacientes; en su totalidad la población es femenina y actualmente están internadas 426 pacientes, las que están distribuidas en los 6 pabellones existentes, de acuerdo a los diferentes tipos de diagnóstico. La población básica se formó a raíz de la redistribución de los pacientes del antiguo manicomio de "La Castañeda", por lo que buena parte de ellas son de edad avanzada. Sus niveles socioeconómico y educativo son bajos, lo que de por sí resulta en un grado significativo de dependencia de sus familiares y de la institución. En general, proceden de diferentes partes de la República. Aquéllas que trabajan reciben una remuneración mínima que se acumula mensualmente. Cuatro locales están destinados a talleres, fundamentalmente de tejido, bordado y costura; a cada uno de ellos asisten entre 10 y 20 pacientes.

Existe una tienda donde se venden refrescos, golosinas, cigarrillos y otras mercancías, tanto al personal como a las pacientes.

Cada año, por un periodo de 6 meses, un grupo de pasantes de psicología, procedente de provincia, participa con el resto del personal en diversas actividades del hospital y en otras que ellos mismos organizan: regularmente se exhibe una película por semana; cada mes se organizan excursiones para las pacientes, o bien éstas son llevadas a la representación de algún espectáculo. Dentro del hospital, y con la misma frecuencia, se organizan festivales que consisten en bailables, *sketchs* y canciones. En el comedor, diariamente se cuida y se procura mantener y reforzar los hábitos alimenticios de las pacientes. Los pasantes administran una tienda de canje a base de

fichas, reforzando tanto las conductas de higiene y aseo, como las relaciones interpersonales. Estas actividades quedan abandonadas por las tardes y los fines de semana; los seis meses restantes, únicamente el personal habitual se encarga de las mismas.

En el año de 1980 ingresaron 25 pacientes, se dio de alta a 9 y fallecieron 5 enfermas.

## Material y método

La población estudiada de 91 pacientes, agrupada bajo el diagnóstico de esquizofrenia, corresponde a uno de los 6 pabellones del hospital. Se revisaron sus expedientes para extraer datos respecto a edad, diagnósticos, tiempo de hospitalización y tratamientos, tanto ya recibidos como actuales. Atendiendo a su edad y tiempo de hospitalización, las pacientes fueron agrupadas de acuerdo a las décadas correspondientes.

En lo que respecta a diagnósticos, se agruparon aquellos que, aunque designados bajo rubros diferentes, correspondían a una categoría nosológica similar; tal fue el caso de los diagnósticos para daño orgánico cerebral, síndrome orgánico cerebral y síndrome demencial, que se reunieron en un grupo correspondiente a síndrome orgánico cerebral crónico. De la misma forma el diagnóstico de oligofrenia, que en algunos casos aparece asociado a psicosis, se agrupó bajo el rubro de debilidad mental. Con la colaboración de las trabajadoras sociales, se obtuvieron datos referentes a ligas familiares, visitas y frecuencia de permisos de salida. Se preguntó al personal de enfermería y a los médicos del pabellón qué pacientes estaban en condiciones físicas y mentales para pasar a la categoría de externas y con este dato, del grupo inicial de estudio se integró una muestra de 12 pacientes. Posteriormente se preguntó a los médicos, al personal de enfermería y a las trabajadoras sociales, por qué motivos no se había externado a las pacientes de este subgrupo. A las pacientes se les formularon las siguientes preguntas:

- ¿Ya quisiera irse del hospital?
- ¿Por qué aún no se ha ido a casa?
- ¿Se siente bien aquí en el hospital?  
En algunos casos se agregó una pregunta complementaria:
- ¿Qué le parece si la llevamos a su casa?

Con el fin de analizar los resultados de estas encuestas, se sistematizaron tanto los aspectos favorables como desfavorables para el egreso de las pacientes del subgrupo mencionado. Dentro de los factores favorables

\*Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

\*\*Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM.

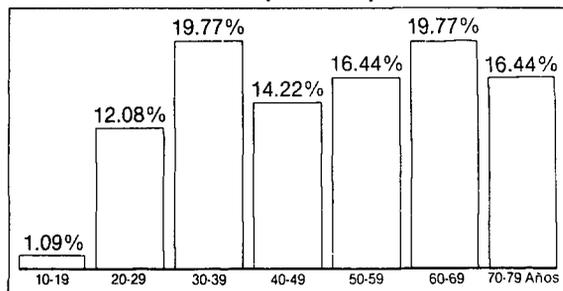
se tomaron en cuenta los siguientes: edad de menos de 40 años; tiempo de hospitalización máxima de 5 años; frecuencia de visitas mayor de una cada año; deseo expresado por la paciente de salir del hospital; deseo de trabajar; capacidad para salir sola los fines de semana. Dentro de los factores desfavorables se consideraron: edad mayor de 40 años; tiempo de hospitalización de más de 5 años; visitas esporádicas de menos de una cada año, familias residentes fuera del Distrito Federal; rechazo familiar; adaptación al hospital o negativa de la paciente para ser externada.

## Resultados

En el grupo de 91 pacientes la edad promedio es de 43.43 años, con límites mínimo y máximo de 19 y 79 años. La distribución de edades por décadas se muestra en el cuadro 1. Hay 12 pacientes (13%) menores de 30 años; 31 (34%), entre 30 y 49 años, y 48 pacientes (53%), mayores de 50 años de edad.

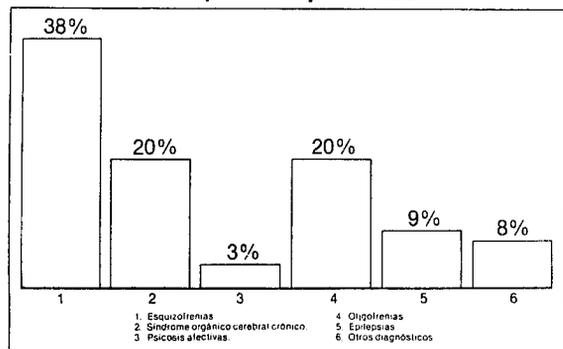
### CUADRO 1.

Proporción de pacientes por décadas de edades. Grupo de 91 pacientes



### CUADRO 2.

Diagnóstico. Grupo de 91 pacientes



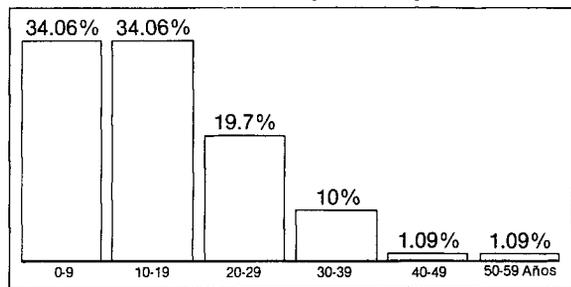
Encontramos que en un poco menos de la mitad de los casos se ha emitido más de un diagnóstico por paciente, lo que da un total de 134 diagnósticos. Los más frecuentes, expresados en porcentajes (cuadro 2) son: 38% de casos de esquizofrenia, 20% de debilidad mental y 20% de síndrome orgánico cerebral crónico. Los demás diagnósticos se reparten entre el 3 y el 9% del total.

El tiempo promedio de internamiento es de 14.3 años, con límites mínimo y máximo de 1 y 50 años.

La agrupación por décadas de internamiento se puede apreciar en el cuadro 3. En el primer grupo de 0 a 9 años, se encuentran 31 pacientes (34.06) e igual número corresponde al siguiente grupo de 10 a 19 años de internamiento (34.06%); en el tercer grupo de 20 años y más, hay 29 pacientes (31.88).

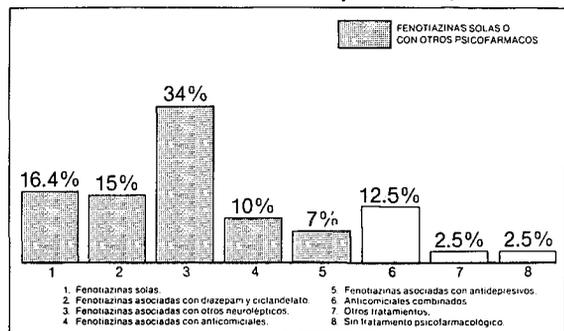
### CUADRO 3.

Proporción de pacientes por décadas de internamiento. Grupo de 91 pacientes



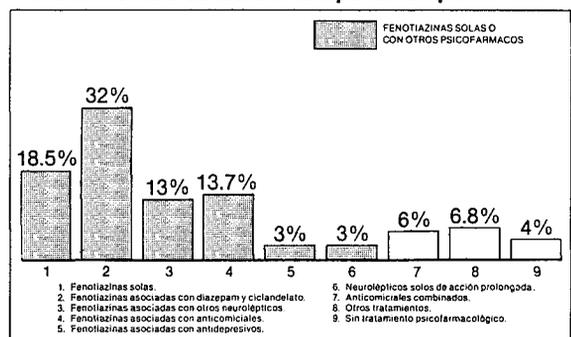
### CUADRO 4.

Tratamientos recibidos. Grupo de 91 pacientes



### CUADRO 5.

Tratamientos actuales. Grupo de 91 pacientes



Los tratamientos psicofarmacológicos recibidos y actuales se muestran en los cuadros 4 y 5. En la mayoría se administra trihexifenidil y biperiden, como correctores de los efectos extrapiramidales; por la noche es rutinaria la administración de levomepromacina, que se usa como hipnótico. Es frecuente el uso de un vasodilatador cerebral. Tanto en los tratamientos recibidos como en los actuales, los esquemas de medicamentos se combinan generalmente con fenotiazinas diversas. En los tratamientos administrados en la actualidad las fenotiazinas solas o asociadas con otros psicofármacos se usan en más del 80% de los casos. Cuatro pacientes están sin tratamiento psicofarmacológico.

Del total de 91 pacientes, solamente 41 de ellas (45%) reciben visitas cuya frecuencia es variable (cuadro 6); 19 (20.8%) reciben visitas por lo menos 1 vez cada mes.

En el último año, el médico encargado de las pacientes, en colaboración con las trabajadoras sociales, concedió 11 permisos temporales. De manera regular, cada sábado y domingo salen de permiso con familiares, dos de las pacientes del pabellón y dos más salen solas.

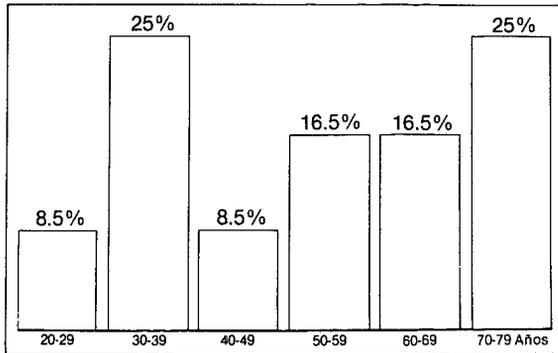
**CUADRO 6**

**FRECUENCIA DE VISITAS. GRUPO DE 91 PACIENTES**

Sin familiares conocidos	Sin visitas	Menos de 1 cada año	1 cada año	Más de 1 cada año	1 cada mes	1 cada 15 días	1 cada 8 días
31% (28 pacientes)	24% (22 pacientes)	16.4% (15 pacientes)	3.2% (3 pacientes)	4.3% (4 pacientes)	12% (11 pacientes)	6.6% (6 pacientes)	2.2% (2 pacientes)

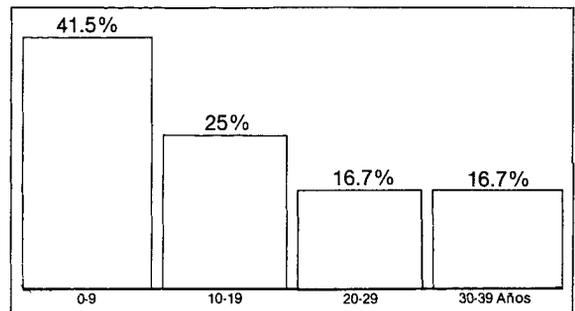
**CUADRO 7.**

**Proporción de pacientes por décadas de edades. Sub-grupo de 12 pacientes**



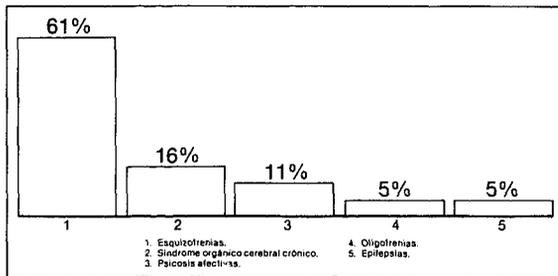
**CUADRO 8.**

**Proporción de pacientes por décadas de internamiento. Sub-grupo de 12 pacientes**



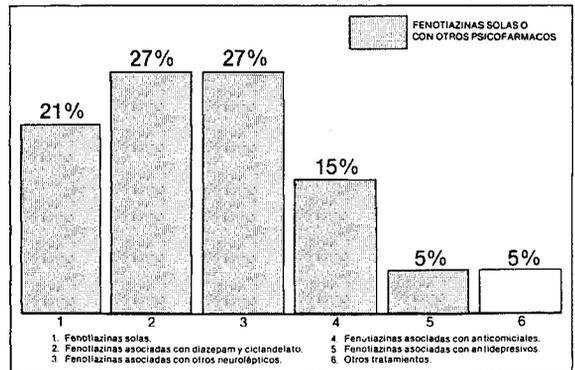
**CUADRO 9.**

**Diagnósticos. Sub-grupo de 12 pacientes**



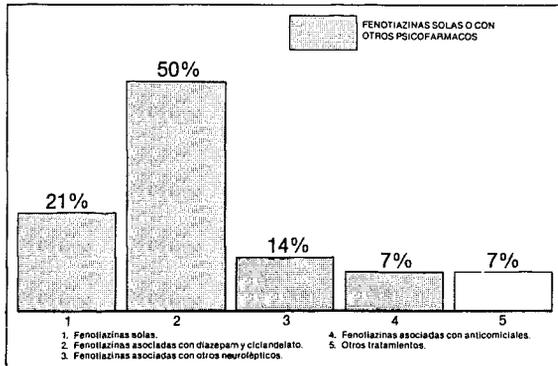
**CUADRO 10.**

**Tratamientos recibidos. Sub-grupo de 12 pacientes**



**CUADRO 11.**

**Tratamientos actuales. Sub-grupo de 12 pacientes**



Los datos de la muestra de 12 pacientes (13.8% del grupo total) se consignan en los cuadros 7 a 14. La edad promedio es de 52.16 años, con edades mínima y máxima de 23 y 79 años; más del 50% de esta población tiene una edad superior a los 50 años (cuadro 7).

El tiempo promedio de internamiento es de 16.07 años, con límites mínimo y máximo de 1 y 38 años.

En la distribución de internamiento por décadas, predominan las pacientes que han permanecido hospitalizadas menos de 20 años (66.5%) y no se encuentran pacientes con más de 40 años de hospitalización (cuadro 8).

En la mayoría de los casos el diagnóstico es de esquizofrenia (61%); en una minoría es de epilepsias (5%) y

**CUADRO 12**

**FRECUENCIA DE VISITAS. SUB-GRUPO DE 12 PACIENTES.**

Sin familiares conocidos	Sin visitas	Menos de 1 cada año	1 cada año	Más de 1 cada año	1 cada mes	1 cada 15 días	1 cada 8 días
0	0	25% (3 pacientes)	16.6% (2 pacientes)	8.3% (1 paciente)	33.33% (4 pacientes)	8.3% (1 paciente)	8.3% (1 paciente)

debilidad mental (5%); el diagnóstico de síndrome orgánico cerebral crónico alcanza un 16% (cuadro 9).

En la mayoría de los casos, tanto los tratamientos recibidos, como los actuales, incluyen fenotiazinas solas o asociadas con otros psicofármacos (cuadros 10 y 11).

Todas las pacientes de este subgrupo reciben visitas; un 50%, más de una visita cada mes y un 25% las recibe menos de 1 vez por año (cuadro 12). Una tercera parte de ellas sale rutinariamente cada fin de semana. Desde su ingreso a la fecha, al 50% de estas pacientes se les concedieron permisos temporales y en el último año a sólo un 25% de ellas. Los resultados de las encuestas llevadas a cabo en colaboración con los médicos, la enfermera, las

trabajadoras sociales y las propias pacientes, se muestran en los cuadros 13 y 14. Como se puede apreciar, predominan los factores desfavorables; en general, los correspondientes a la edad, tiempo de hospitalización, problemas socioeconómicos y familiares y el rechazo familiar. Dentro de los factores favorables predominan la mayor frecuencia de las visitas y el deseo expresado por la paciente de ser externada. En 5 de las 12 pacientes se conjugan de 3 a 6 de los factores favorables. En ninguno de los casos se ha encontrado un factor que pudiera ser determinante dentro de los favorables, es decir, el deseo expreso de los familiares de que la paciente pase a ser externa.

#### CUADRO 13

##### FACTORES DESFAVORABLES PARA EL EXTERNAMIENTO. SUB-GRUPO DE 12 PACIENTES.

	Más de 40 años de edad	Más de 5 años de hospitalización	Menos de una visita por año	Familiares foráneos	Problemas socio-económicos y familiares	Rechazo familiar	Hospitalismo
NUMERO DE PACIENTES	8	8	5	5	7	7	5

#### CUADRO 14

##### FACTORES FAVORABLES PARA EL EXTERNAMIENTO. SUB-GRUPO DE 12 PACIENTES.

	Menos de 40 años de edad	Menos de 5 años de internamiento	Más de una visita por año	Familiares no foráneos	Deseo de trabajar	Familiares que solicitan el alta	Deseo de abandonar el hospital
NUMERO DE PACIENTES	4	4	7	7	2	0	6

#### Discusión

El problema de la hospitalización prolongada de los pacientes psiquiátricos hasta la fecha no ha podido ser resuelto, ni siquiera en aquellos países en los que se ha logrado una gran movilidad en las instituciones psiquiátricas (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). Hace una década, en los Estados Unidos fue llevado a cabo un programa nacional que tenía como meta principal la salida masiva del internado, de pacientes psiquiátricos; sin embargo, las consecuencias fueron en muchos casos desastrosas, tanto por la falta de preparación de los pacientes, como por la carencia de instalaciones extrahospitalarias adecuadas (6).

Algunos autores han enfatizado que seguirá existiendo una acumulación de pacientes, sobre todo de aquéllos con menores posibilidades de autosuficiencia y de autonomía (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). Los factores que podrían explicar la larga hospitalización no han sido suficientemente aclarados (9).

El término "crónico" tiene la connotación psicopatológica de enfermedad crónica. En la actualidad, pocos autores siguen sosteniendo la hipótesis de que las enfermedades de curso crónico, como por ejemplo la esquizofrenia, expliquen la larga hospitalización de los pacientes (3). Un hecho corroborado en los países desarrollados es la acumulación en los hospitales psiquiátricos de pacientes ancianos que, en general, presentan algún daño orgánico cerebral. La edad mayor de 65 años es considerada en algunos estudios como un factor predictivo suficiente por sí mismo, para justificar una larga hospitalización (9), lo que implica que la acumulación de pacientes psiquiátricos se debe en gran parte a los síndromes demenciales. Paralelamente se ha demostrado que es dudosa la relación entre el diagnóstico y el tiempo de hospitalización (8,

9, 10); es más, el diagnóstico de esquizofrenia considerado anteriormente como sinónimo de cronicidad hospitalaria, en fechas recientes ha sido descrito comparativamente como favorable para el externamiento (8).

Por lo tanto, se han tratado de descubrir otros factores aparte de los clínicos que pudieran explicar las hospitalizaciones prolongadas. Babiker (9) señala que a partir de los 6 meses de hospitalización disminuyen bruscamente las probabilidades de salida del paciente. La mayoría de los autores considera un lapso de 1 a 5 años como indicio del paso a la hospitalización prolongada (1, 4, 8, 9, 10, 11, 12). Otros factores señalados fueron que el paciente fuera de sexo femenino, la falta de preparación profesional, el empobrecimiento, la ausencia de ligas familiares por viudez, separación o divorcio. Además, son descritos como candidatos a una larga hospitalización aquellos que no reciben visitas de sus allegados o los que no salen de permiso (1, 4, 8, 9, 12). Varios autores (2, 3, 4, 6, 9, 12) han insistido en que una de las principales causas de la permanencia de un paciente en un hospital psiquiátrico es la falta de servicios extrahospitalarios adecuados. En ese sentido, Babiker (9) llega a la conclusión de que las tres condiciones indispensables que se deben reunir para lograr el externamiento son:

- 1) la capacidad para lograr la autosuficiencia,
- 2) la capacidad para obtener una existencia independiente y
- 3) un apoyo social extrahospitalario adecuado.

Cuthill (1) y Ajuriaguerra (13) indican que para su funcionamiento adecuado, el hospital psiquiátrico no debe estar aislado, sino que es necesario que esté integrado en el contexto total de la atención psiquiátrica de un área,

como un eslabón entre los organismos médico-sociales y preventivos, y los servicios de atención a largo plazo.

La detección precoz de los candidatos a la cronicidad, acompañada de las medidas pertinentes, podría disminuir notablemente la acumulación de pacientes psiquiátricos (3). Sin embargo, Babiker (9) pone en duda que sea el personal médico el que pueda tomar dichas medidas, ya que la hospitalización prolongada no se determina por el estado clínico, sino por otros factores. Robbins y Robbins (2), así como Nikapota (12), son de la opinión de que la principal medida para lograr la reintegración social de los pacientes psiquiátricos es el apoyo de su familia. La actitud de la comunidad, y por lo tanto de la familia, puede ser considerada como un factor que interviene en el externamiento de los pacientes. Lehtinen y Vaisanen (14) demostraron que un nivel educacional bajo y el ser de extracción rural propician actitudes negativas hacia la enfermedad mental.

La población de las 91 pacientes estudiadas reúne, sin lugar a dudas, las características de los pacientes que han sido llamados "crónicos" o de "hospitalización prolongada". Los datos que permiten afirmar lo anterior son: la edad, en general de más de 40 años (36% de las pacientes son mayores de 60 años); el tiempo prolongado de hospitalización (2/3 de las pacientes han permanecido en el hospital desde hace más de 10 años); las categorías diagnósticas que, en el 87% de los casos, se refieren a esquizofrenia, debilidad mental, síndrome orgánico cerebral crónico y epilepsia; el cuidado y la atención de las pacientes, básicamente de custodia y administración de fenotiazinas. En cuanto a los factores personales y sociofamiliares que probablemente contribuyen a la hospitalización prolongada, mencionaremos: el hecho de que sean pacientes de sexo femenino con bajo nivel de preparación; que el lugar de residencia de los familiares sea distante del hospital; la pérdida de ligas familiares en el 45% de los casos; la ausencia o poca frecuencia de las visitas y de las salidas. Por lo general, en nuestro medio, la dependencia y desvalidez se ven acentuados por el bajo nivel socioeconómico de los familiares.

La muestra de 12 pacientes, extraída del grupo descrito, puede ser considerada como representativa de aquellas pacientes, quienes dentro de las condiciones de cronicidad mencionadas, a juicio del personal del hospital, podrían ser dadas de alta. Es de notar que el promedio de la edad y del tiempo de hospitalización es ligeramente mayor en estas pacientes y que los neurolépticos constituyen también la medida principal del tratamiento. Los factores para selección y agrupamiento parecen ser la prevalencia del diagnóstico de esquizofrenia y, sobre todo, la preservación de ligas familiares. En efecto, todas las pacientes de este subgrupo tienen familia conocida por el hospital, todas reciben visitas y algunas de ellas salen de permiso temporal. Además, de las 91 pacientes del grupo principal, las que salen solas o con familiares los fines de semana, son las que aparecen también en la muestra de 12 pacientes. Sin embargo, cuando se estudian los resultados de las encuestas, es posible observar que prevalecen los factores desfavorables para el externamiento, en particular la edad, la duración de la hospitalización, los problemas socioeconómicos y familiares, y el rechazo familiar. En ningún caso se encontró que los familiares solicitaran el alta de la paciente. En muy pocos casos las pacientes expresaron el deseo de trabajar; en cambio, la mitad de ellas manifestaron el deseo de abandonar el hospital. En 5 pacientes se observó un grado de adaptación a la institución, a la que identificaron como el lugar de residencia donde se encuentran mejor, incluso, que en el seno de la familia. Las 5 pacientes que reúnen

de 3 a 6 factores favorables para el externamiento tienen dificultades familiares económicas, patológicas o de rechazo, que pueden explicar su permanencia en el medio hospitalario.

En la muestra estudiada, aunque en todos los casos se encontraron ligas familiares, éstas más bien tenían un sentido moral que de apoyo real y efectivo, pues la condición socioeconómica de los familiares los incapacitaba para hacerse cargo de la paciente, además de que en ocasiones se rechazaba y explotaba a la misma.

Los hospitales campestres son instituciones que "fueron creadas para la asistencia y rehabilitación de los enfermos mentales recuperables cuya estancia hospitalaria es prolongada" (15). Cuando fueron planeados, el promedio de estancia calculado fue de 8 meses (16). Aunque el externamiento de pacientes no significa necesariamente mejoría clínica o social, ni tampoco indica un "éxito" para la institución (9) es, en general, el criterio adoptado por los autores que estudiaron los factores que intervienen en la cronicidad o larga hospitalización de los pacientes psiquiátricos. De acuerdo a este criterio, el hospital campestre donde se realizó el presente estudio tiene poca movilidad en su población, ya que de un total de 426 pacientes, durante un año sólo fueron concedidas 9 altas. Por otra parte, en esta población se manifiesta, además, incompetencia social de los familiares y muchas veces ésta prevalece sobre otras causas.

Pudimos comprobar que respecto a un 13.2% (12 pacientes) de la población estudiada, el personal coincidía al opinar que ésta podría vivir fuera de la institución. Dicha cifra es notablemente más baja que la reportada por otros autores que señalan que alrededor de un 40% de pacientes hospitalizados podría vivir en la comunidad, a condición de que hubiera una atención extrahospitalaria adecuada (4, 9). Es probable que en nuestra población el tiempo prolongado de hospitalización de casi todas las pacientes les confiera las características de un sedimento acumulado, puesto que muchas de ellas eran internas desde la época de la antigua Castañeda. En efecto, aun en las instituciones en las que se ha logrado una gran movilidad, queda un remanente de pacientes de épocas anteriores (8, 10).

Nuestro estudio confirma lo reportado en la literatura, es decir, que el diagnóstico no necesariamente es un impedimento para el alta, y que la hospitalización prolongada se relaciona con factores diferentes al mismo, principalmente con problemas socioeconómicos y familiares, así como de rechazo familiar. Un hallazgo interesante que muestran los resultados de este trabajo es que la permanencia de lazos familiares, evidenciada a través de las visitas a las enfermas y de las salidas, no es un buen indicador de las posibilidades de externamiento, puesto que suele haber condiciones familiares desfavorables que lo impiden.

De todo lo anterior se puede deducir que el enfermo mental llamado "crónico" necesita cuidados, atención, protección y tutoría; y que esto solamente pueden proporcionarlo el Estado, diversos grupos sociales y asociaciones y, sobre todo, por razones naturales, los familiares.

## Conclusiones

Nuestro estudio permitió comprobar lo reportado por otros autores en cuanto a la hospitalización prolongada y sus causas:

- 1) la permanencia por tiempo prolongado en un hospital psiquiátrico no está en relación directa con el diagnós-

tico y el estado clínico de los pacientes. Una excepción a esta regla la constituyen los ancianos que padecen de un síndrome demencial.

- 2) Por otra parte, los factores individuales de dependencia, así como los factores económicos, sociales y familiares, son causas de primordial importancia en la hospitalización prolongada.
- 3) En consecuencia, las medidas preventivas, de rehabilitación y de reintegración social de los enfermos psi-

quiátricos deberían basarse principalmente, desde los estadios precoces del internamiento, en el estudio y apoyo a los pacientes en cuanto a su autosuficiencia y autonomía; y a los familiares, en las áreas económica y social.

- 4) Por último, las medidas mencionadas sólo podrán ser efectivas cuando el hospital psiquiátrico esté integrado en el contexto de las instituciones psicosociales de un área geográfica determinada.

## BIBLIOGRAFIA

1. CUTHILL J M: Trends in the care of psychiatric patients. *Brit J Psychiat*, 127:265-275, 1975.
2. ROBBINS E, ROBBINS L: Charge to the community: Some early effects of a state hospital system's change of policy. *Am J Psychiatry*, 131: 641-645, 1974.
3. TODD N A, BENNIE E H, CARLISLE J M: Some features of new long-stay male schizophrenics. *Brit J Psychiat*, 129: 424-427, 1976.
4. EARLY D F, NICHOLAS M: Dissolution of the mental hospital: Fifteen years on. *Brit J Psychiat*, 130: 117-122, 1977.
5. MORGAN R, CHEADLE J: A scale of disability and prognosis in long-term mental illness. *Brit J Psychiat*, 125: 175-178, 1974.
6. REICH R: Care of the chronically mentally ill — a national disgrace. *Am J Psychiatry*, 130: 911-912, 1973.
7. ORAM E G, CLARK D H: Working for the hospital. *Brit J Psychiat*, 112: 997-1005, 1966.
8. HOWART J: Nottingham and the hospital plan: A follow-up study of long-stay in patients. *Brit J Psychiat*, 135: 42-51, 1979.
9. BABIKER J E: Social and clinical correlates of the "new" long-stay. *Acta Psychiat Scand*, 61: 365-375, 1980.
10. MEURON M DE, CHRISTIN M: Modification de la population de l'hospital psychiatrique: contribution a l'étude de la mobilité et du sédiment dans un hospital psychiatrique. *Méd et Hyg*, 25: 889-914, 1967.
11. LETEMENDIA F J J, HARRIS A D, WILLIAMS P J A: The clinical effects on a population of chronic schizophrenic patients of administrative changes in hospital. *Brit J Psychiat*, 113: 959-971, 1967.
12. NIKAPOTA A D: Study of long-stay patients in mental hospitals in Sri Lanka. *Acta Psychiat Scand*, 63: 37-44, 1981.
13. AJURIAGUERRA J DE: L'organisation de l'hospital psychiatrique. *Méd et Hyg*, 18: 598, 1960.
14. LEHTINEN V, VAISANEN E: Social-demographic aspects in the attitudes towards mental illness in Finnish population. *Acta Psychiat Scand*, 55: 287-298, 1977.
15. TEJEDA RUIZ C: Los hospitales granjas. *Salud Pública de México*, 9: 587-590, 1967.
16. CALDERON NARVAEZ G: Los nuevos hospitales psiquiátricos de México. *Salud Pública de México*, 10: 875-886, 1968.