

La organización psiquiátrica en el norte de Suecia*

C. Perris**
M. Eisemann***
M. Failde***

Summary

Since the seventies a process of sectorization and reorganization of the mental health care system has been developed in Västerbotten, the second northernmost county of Sweden. This new model of psychiatric care emphasises the integration of in- and out-patient mental health services which allows a continuity of care.

The detailed planning of the reorganization, the improvement of the educational level of the psychiatric staff, the training of the patients before deinstitutionalization and the search for new community alternatives of care for the mentally ill, has made it possible to reduce the number of inpatients in the traditional mental hospitals and a more adequate integration of the patients into the society.

Resumen

Desde mediados de la década de los años 70, se ha ido desarrollando un proceso de sectorización y reorganización de la asistencia psiquiátrica en la provincia de Västerbotten, Suecia.

En los hospitales psiquiátricos tradicionales se ha reducido el número de pacientes internados gracias al planeamiento pausado, al mejoramiento del nivel educativo del personal psiquiátrico, a la preparación del paciente antes de ser desinstitucionalizado y a la búsqueda de nuevas alternativas comunitarias de asistencia, todo lo cual ha permitido una mayor y adecuada integración de los enfermos en la sociedad.

Introducción

Durante la década de los años 50, y coincidiendo con el desarrollo de la psicofarmacología en Francia, la Organización Mundial de la Salud propuso nuevas alternativas en la asistencia psiquiátrica con el fin de integrar al enfermo mental en la sociedad y evitar la superpoblación de los hospitales psiquiátricos tradicionales, así como para mejorar la preparación del personal hospitalario.

En el pasado, Suecia ocupaba el segundo lugar, después de Irlanda, en cantidad de camas psiquiátricas por 1000 habitantes (4.9 por 1000 hab.). En 1963, el gobierno sueco presentó un proyecto para que a partir de enero de 1967 la responsabilidad de la asis-

tencia psiquiátrica pasara del estado a las provincias (1). Este programa perseguía lo siguiente:

- 1.- Integrar la psiquiatría a la medicina general en los hospitales generales (fig. 1).
- 2.- Descentralizar el tratamiento psiquiátrico y darle prioridad al tratamiento ambulatorio (fig. 2).
- 3.- Diferenciar el tipo de asistencia que se da a los enfermos agudos del de los crónicos y de los que reciben rehabilitación.
- 4.- Sectorizar la asistencia psiquiátrica.

(Se debe recordar que a los pacientes con retardo mental no se les atiende en este tipo de organización).

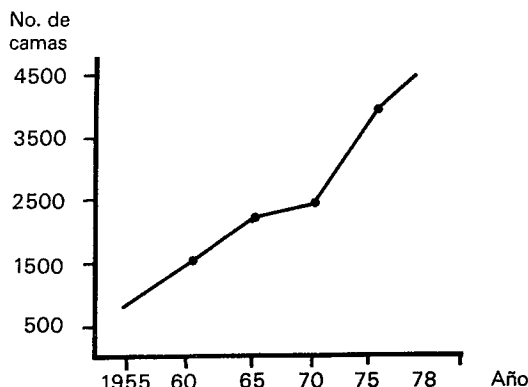


FIGURA 1.- Número de camas psiquiátricas en los hospitales generales, 1955-1978 (4)

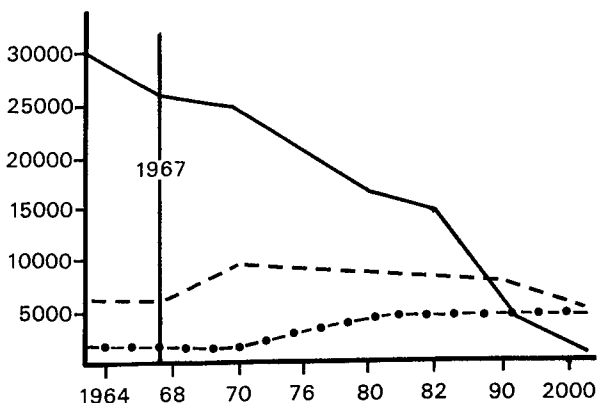


FIGURA 2.- — Número de camas en hospitales psiquiátricos (4)
- - - Número de camas en hospicios
• • - Número de camas en hospitales generales

* El presente trabajo fue realizado durante la estadía de la Dra. Marta Failde, de la Universidad de La Plata, Argentina, como becaria del Instituto Sueco.

** Director del Departamento de Psiquiatría III y Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Educación en Salud Mental. Universidad de Umeå, Umeå, Suecia.

*** Departamento de Psiquiatría III y Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y Educación en Salud Mental. Universidad de Umeå, Umeå, Suecia.

De esta manera cada provincia preparó un programa de reorganización que debía llevarse a cabo antes de 1980 (1).

Es importante mencionar el concepto de desinstitutionalización, definido por Brown (5), que subyace a este proceso de transformación de la organización psiquiátrica:

- Integrar a la sociedad a los pacientes internados que han sido debidamente preparados.
- Evitar admisiones hospitalarias innecesarias mediante alternativas comunitarias de tratamiento.
- Establecer y mantener sistemas comunitarios de apoyo para los pacientes que no estén institucionalizados.

Suecia es uno de los países en los que el proceso de reducir las camas de los hospitales mentales tradicionales ha ocurrido gradualmente, debido a que:

1. Una gran proporción de los pacientes internados son ancianos y, por lo tanto, difíciles de rehabilitar (fig. 3).
2. La mayoría de los pacientes eran psicóticos crónicos (o dementes) (tabla 1). Dichos datos provienen de un censo realizado en marzo de 1979, en todos los hospitales psiquiátricos de Suecia (1).

TABLA 1
Censo de pacientes internados (1979): severidad actual de la sintomatología de acuerdo con el MACM (N: 1825) (1)

1. Sin enfermedad en la actualidad	N :	291
2. No psicóticos	N : 9	644
3. Ocasionalmente psicóticos	N : 5	059
4. Psicóticos (incluye dementes)	N : 13	131

3. Se ha puesto énfasis tanto en la preparación del paciente antes de darlo de alta, como en el desarrollo de alternativas comunitarias de tratamiento que antecedan a la desinstitutionalización. Cabe recordar que tradicionalmente ha existido en Suecia una particular organización que consiste en que cada hospital psiquiátrico cuente con una red de hogares adoptivos para los pacientes, y pequeñas unidades móviles que los supervisan después de ser dados de alta, y que en colaboración con los servicios locales de la seguridad

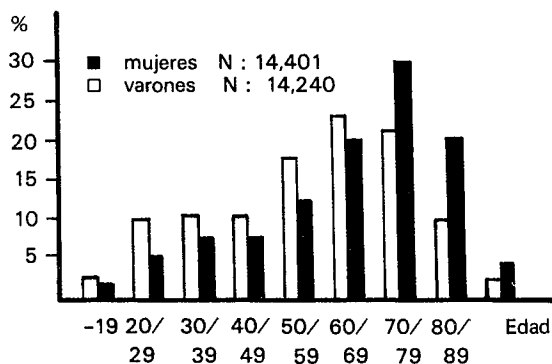


FIGURA 3. - Censo de pacientes internados (1979): distribución por sexo y edad (3)

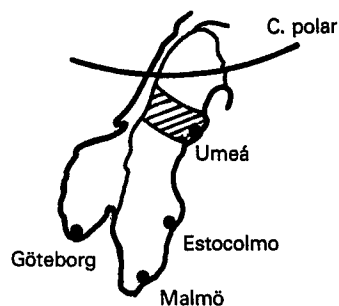
social, tienen la finalidad de detectar a aquellas personas que requieren asistencia psiquiátrica. Dicha organización se puede considerar como una alternativa temprana de psiquiatría comunitaria (4).

La reorganización que se llevó a cabo en la provincia de Västerbotten es un ejemplo de dicha transformación.

Reorganización psiquiátrica en la provincia de Västerbotten

Suecia, ubicada en la Península Escandinava, cubre una superficie de 410,000 Km², y tiene una población de 8,300,000 habitantes. La corriente cálida del Golfo de México hace posible la vida en estas árticas latitudes.

La provincia de Västerbotten, al norte de Suecia, posee un área de 55,000 Km² y una población de 250,000 habitantes, aproximadamente, la mayoría de la cual se concentra en las 3 ciudades principales: Umeå, Skellefteå y Lycksele (figs. 4 y5). La provincia



No. de habitantes : 8.5 millones
La cuarta parte vive en:
Estocolmo
Göteborg y
Malmö

FIGURA 4. - Mapa de Suecia y provincia de Västerbotten

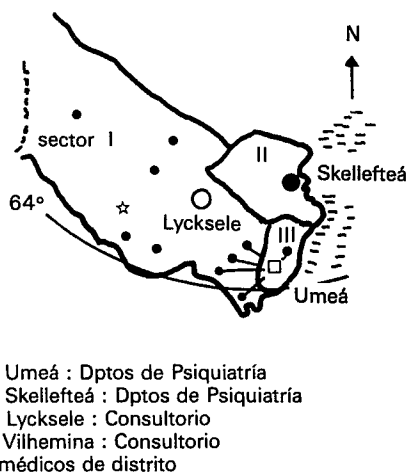


FIGURA 5. - Sectorización de la provincia de Västerbotten (4)

está dividida en tres distritos sanitarios principales, con un hospital general en cada una de las ciudades mencionadas. El hospital de Umeå es, además, un hospital universitario, pero para ciertas especialidades es de carácter regional, y cubre una población de aproximadamente un millón de personas.

Al iniciarse la reorganización, los servicios psiquiátricos estaban centralizados en la ciudad de Umeå y consistían en: un hospital psiquiátrico estatal, Umedalen, fundado en 1933 y con alrededor de 1000 camas; el Departamento de Psiquiatría de la Universidad, ubicado en el Hospital General, fundado en 1960 y con 56 camas, y 2 hospicios para pacientes crónicos, con alrededor de 160 camas. La asistencia psiquiátrica al resto de la provincia la impartían un médico y dos enfermeras psiquiátricas que se desplazaban desde Umeå, y cuya principal finalidad era supervisar a los pacientes que se habían dado de alta. Había, además, hogares adoptivos para 130 pacientes (2).

Siguiendo los lineamientos del programa, el proceso de reorganización comenzó a mediados de la década de los años 70.

En 1975 se estableció un consultorio externo en el Hospital General de Lycksele, integrado por un psicólogo, una enfermera psiquiátrica y la visita de un psiquiatra, que acudía una vez por semana desde Umeå. Ahora cuentan permanentemente con un psiquiatra. Casi simultáneamente, las unidades móviles, integradas por un psiquiatra y una enfermera psiquiátrica, empezaron a establecer contacto con los médicos y enfermeros de distrito, con los representantes locales de bienestar social y con las agencias de la seguridad social.

En 1977 se estableció otro consultorio externo, de características semejantes en Skellefteå, y un centro de día para enfermos crónicos, en Vilhemina, aunque también funciona como consultorio.

La integración de los servicios del antiguo hospital (Umedalen) con el Departamento Universitario, representó un paso muy importante en el proceso de reorganización.

Hasta 1977, ambos servicios trabajaban independientemente. En ambos hospitales se admitían pacientes agudos, pero mientras que los ingresos obligatorios eran casi exclusivos del Hospital Psiquiátrico, el ingreso al Depto. Universitario era voluntario. Si el paciente requería de un tratamiento prolongado, o su cuadro era severo, como regla general, se le trasladaba al Hospital Psiquiátrico.

Antes de la integración, el Hospital Psiquiátrico estaba dividido en 3 departamentos, cada uno con un determinado número de servicios para la atención de pacientes adultos. A ellos se agregaban un departamento para alcohólicos y drogadictos y una unidad de psicogeriatría. Como la escasez de psiquiatras en el norte de Suecia ha sido la regla general, había sólo cuatro responsables de todo el hospital.

El Departamento Universitario estaba formado por tres servicios de admisión.

En noviembre de 1977 se logró la integración del Hospital Psiquiátrico con el Departamento Universitario mediante la creación de tres departamentos similares, pero independientes, para la atención psiquiátrica: una

unidad para alcohólicos y drogadictos y una unidad de psicogeriatría. Para llegar a jefe de departamento es necesario haber trabajado en ambos hospitales. Junto con la reorganización comenzó el proceso de desinstitutionalización. Las figuras 6, 7 y 8 muestran la reducción de camas en el hospital psiquiátrico y en los hospicios, así como el número de pacientes que está bajo atención familiar. Aun se sigue trabajando en todos estos cambios y se piensa completarlos antes de 1990.

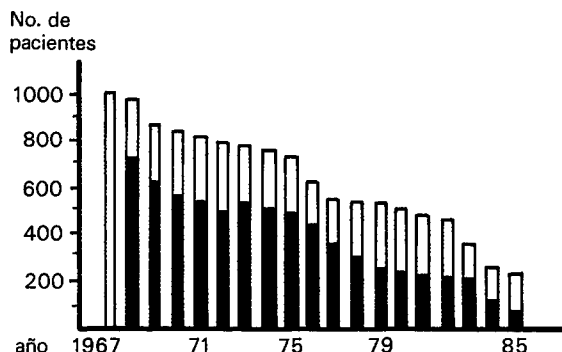


FIGURA 6.- Hospital psiquiátrico (Umedalen), número de pacientes internados en el período 1967-1985 (en negro, las admisiones obligatorias). Todos los servicios (4)

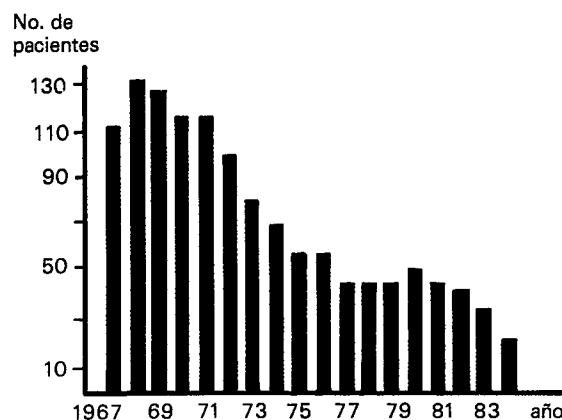


FIGURA 7.- Número de pacientes en los hospicios (4)

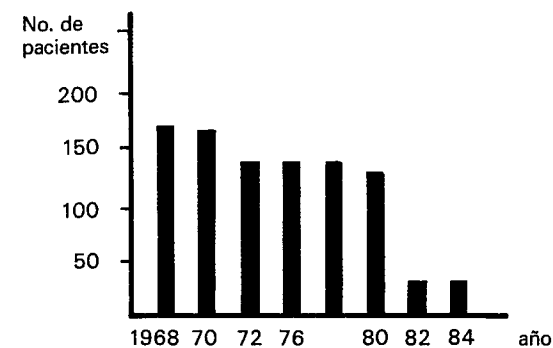


FIGURA 8.- Pacientes bajo atención familiar (4)

En 1979 se produjo la sectorización. Se dividió la provincia de Västerbotten en 3 sectores, teniendo cada uno alguno de los departamentos mencionados como unidad administrativa.

Este mismo año se inauguró un nuevo edificio perteneciente al Departamento Universitario, en el que se organizó una pequeña unidad de desintoxicación con 16 camas, y una unidad con 10 camas para pacientes mayores de 70 años. En un futuro cercano se hará más notoria la división entre geriatría y gerontopsiquiatría, con lo que se evitará la acumulación de pacientes geriátricos en los servicios de psiquiatría (4).

En 1984 se añadió un servicio de internación en el hospital general de Skellefteå, con 36 camas.

Organización psiquiátrica en el sector de Umeå

Este sector comprende una población de aproximadamente 90,000 habitantes, la mayoría de los cuales vive en Umeå. A estos hay que añadir 10,000 personas más entre estudiantes y población flotante, y alrededor de 2,500 inmigrantes (la mayoría finlandeses). El 42% de la población trabaja en los servicios públicos (tabla 2).

TABLA 2
Provincia de Västerbotten
(55000 km² , 245000 habitantes)
3 sectores: Umeå, Skellefteå y Lycksele

Sector de Umeå	Habitantes	86500 (de los cuales 70,000 viven en Umeå)
	Inmigrantes	2500 (59% de fineses)
	Distribución por edad (Dic. 83)	0-15: 18,260 16-64: 56,106 + de 64: 19,351
	Ocupación	Servicios públicos: 42% Industria (papel-Volvo): 17% Comercio: 16%

En la tabla 3 se muestran las facilidades psiquiátricas con las que se cuenta actualmente.

TABLA 3
Sector de Umeå (2)

2 servicios de admisión	30 camas	DU
1 servicio de geropsiquiatría	10 camas	DU
1 servicio de rehabilitación	20 camas	HP
1 servicio de enfermos crónicos	20 camas	HP
1 servicio de geropsiquiatría enfermos crónicos	20 camas	HP
1 servicio mixto de seguridad	18 camas	HP
Total	118 camas o sea 1.2 x 1000 hab.	
Otras facilidades		
1 hospital de día	20 pacientes	DU
9 hogares colectivos	aproximadamente 27 pacientes	
7 unidades de atención familiar	14 pacientes	
1 centro de terapia cognoscitiva	—	
1 centro para esquizofrénicos	—	

HP = hospital psiquiátrico (Umedalen)
DU = departamento universitario

Al realizarse la sectorización, en el Hospital Psiquiátrico había 180 camas que pertenecían al sector de Umeå. En la figura 9 se muestra cómo se redujeron.

El servicio de rehabilitación será cerrado y se sustituirá por 2 pequeñas unidades de rehabilitación con 8 camas cada una en la comunidad.

La figura 10 muestra la reducción de los antiguos pacientes crónicos, así como la acumulación de nuevos pacientes crónicos durante el período de 1977 a 1986. La mayoría de estos pacientes ingresaron por orden judicial, y actualmente se están estudiando en Suecia, nuevas formas de asistencia para ellos.

A los pacientes se les entrenó antes y después de desinstitucionalizarlos para que pudieran adaptarse adecuadamente a la sociedad.

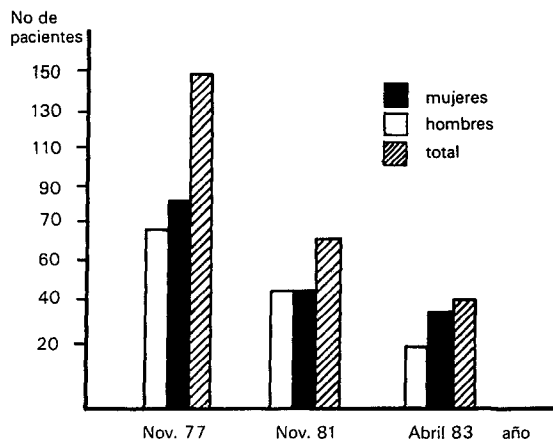


FIGURA 9.— Reducción del número de pacientes crónicos del sector de Umeå, en el hospital psiquiátrico (1977 - 1983) (2)

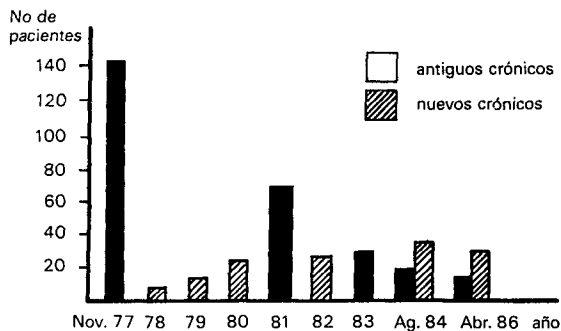


FIGURA 10.— Antiguos y nuevos pacientes crónicos (más de 1 año en el hospital) en el sector de Umeå (hosp. psiq.) durante diferentes censos (2)

Una pequeña unidad móvil, formada por 2 enfermeras y un terapeuta ocupacional, supervisa a un grupo de 27 pacientes que fueron preparados para vivir en los hogares colectivos que funcionan desde 1980.

Integración de los pacientes que están internados y de los ambulatorios

El sector de Umeå se encuentra dividido en 2 subsectores, o equipos independientes, con 15 camas

cada uno. Cada subsector presta servicio a 45,000 habitantes (1980). El personal ha sido adecuadamente entrenado para conseguir un continuo seguimiento del paciente por el mismo equipo. Desde que se hicieron estas reformas, en septiembre de 1983, se ha reducido el número de admisiones en un 11%, y el período de internación, en un 35%, que en promedio es de 15 días (3).

Los subsectores están localizados a ambos lados de un corredor, en un moderno edificio de 5 pisos. Ambos comparten el comedor y los salones para actividades. Si bien se hallan comunicados, si se cierran las puertas, se puede trabajar independientemente en uno u otro. En cada una de las habitaciones con baño se puede albergar a uno o dos pacientes. Las puertas de entrada a ambos sectores pueden cerrarse con llave, dependiendo del estado de los pacientes, pero no se sigue un esquema rígido (en la noche siempre se cierran).

En los otros pisos del edificio se ubican los sectores destinados a: terapia ocupacional; fisioterapia; gimnasio; investigación; hospital de día para los pacientes desinstitutionalizados que viven en su casa o en hogares colectivos durante la etapa de su readaptación a la comunidad, y el sector asistencial de la zona de Lycksele.

El personal: En la tabla 4 se muestra el número y la categoría del personal de cada subsector, el cual posee un buen nivel de educación psiquiátrica y es relativamente estable. Durante las noches hacen guardia 4 enfermeras generales y 1 enfermera psiquiátrica. Si la condición de algún paciente lo requiere, se puede llamar a otra enfermera. Hay un sistema de alarma que conecta todo el sector.

TABLA 4
Sector de Umeå, personal de cada subsector

Categoría	Subsector	
	A	B
Psiquiatra jefe	1	2
Residente	2	2
Psicólogo	2	1
Asistente social	1	2
Jefe de enfermería	2	3
Enfermera psiquiátrica	5	5
Asistente de enfermera	12	12
Terapeuta ocupacional	1	1
Fisioterapeuta	1 para ambos	

No están incluidos una enfermera psiquiátrica y 4 asistentes, a cargo de la guardia nocturna de ambos subsectores

A su vez, el personal de cada subsector se divide en 2 grupos de supervisión, integrados por representantes de las diferentes profesiones. Cada grupo es responsable de algunos pacientes internados y ambulatorios, en una proporción de 2:1.

Funcionamiento diario. Después de un breve período de gimnasia, los pacientes reciben la visita del personal de las 8:00 a las 8:30 hs., quienes valoran el estado y las necesidades de cada paciente.

Entre las 8:30 y 9:30 hs. se reúne el personal para discutir el estado de cada paciente, asignarle su tratamiento, y decidir si la puerta debe permanecer abierta.

También se determina el número de personas que deberá estar ese día en la sala, pues el resto quedará disponible para visitar a los pacientes ambulatorios en sus respectivos hogares. Los miembros del grupo de supervisión que se quedan de guardia (2 días consecutivos por semana) son responsables de todos los pacientes.

Cada viernes se decide la terapia ocupacional y la fisioterapia de la siguiente semana para cada paciente.

Admisión de los pacientes. Para ingresar al hospital, los pacientes deben acudir personalmente, llamar por teléfono o haber sido enviados por cualquiera de los servicios sanitarios del área. El personal decide el tratamiento que deben recibir, pero cuando se trata de pacientes agudos, lo decide el personal de guardia.

Supervisión. Los grupos de supervisión se reúnen dos veces por semana con sus respectivos jefes para analizar el tratamiento de cada paciente y su seguimiento. En uno de los subsectores, se evalúa la posibilidad de aplicar la terapia cognoscitiva.

Planeación del fin de semana y de las vacaciones. Si el estado del paciente no permite que pase el fin de semana en su casa, el personal de guardia decide desde el viernes, qué tipo de actividades llevará a cabo: pequeñas excursiones, asistir a la cafetería o al cine, practicar deportes o desarrollar actividades dentro del hospital, como juegos, fiestas, etc.

Conexión con otros servicios del hospital psiquiátrico (Umedalen). Actualmente no se transfieren enfermos a la unidad ocupada por ancianos, quienes, por cierto, podrían transferirse a geriatría, pero esta unidad aun se está reorganizando. Una de las unidades y el hospital de noche son muy importantes para la rehabilitación de los pacientes, pues es posible transferir allí a los enfermos de los subsectores cuando éstos lo requieren.

Otra de las unidades es para los enfermos crónicos, para los pacientes con una sintomatología severa, destructivos o acusados penalmente.

El papel que desempeñan los miembros del personal. Aunque están bien definidas las funciones profesionales, no hay una estructura jerárquica estricta, por lo que cada uno de los miembros del personal contribuye con su entrenamiento específico en determinadas tareas y obligaciones.

Los médicos. Hay un médico asignado a cada grupo de supervisión, con excepción del grupo que supervisa un psicólogo, debido a un plan especial de educación en terapia cognoscitiva.

Los psiquiatras y el residente supervisan los aspectos médicos del tratamiento.

Los certificados, las recetas, etc., así como las decisiones sobre los pacientes internados obligatoriamente, también dependen de los psiquiatras.

Los residentes hacen guardias durante las cuales tienen a su cargo las urgencias de los diversos sectores del Departamento. También tienen la obligación de asistir a las consultas de otros departamentos del hospital, enseñar y supervisar a los estudiantes de medicina que usualmente rotan por el Departamento, en aspectos de enseñanza e investigación.

Los psicólogos. Además de tener a su cargo uno de los grupos de supervisión, los psicólogos trabajan con los pacientes internados y con los ambulatorios, espe-

cialmente con aquellos que requieren psicoterapia, y en compañía de los médicos intervienen en la primera evaluación del paciente agudo. Además son los responsables de las consultas en los centros de asistencia primaria. Ellos aplican las pruebas psicológicas y supervisan al personal que participa en el entrenamiento en psicoterapia.

Enseñanza e investigación.

Los trabajadores sociales. Su papel específico es el de servir de unión entre el Departamento y los agentes sociales de la comunidad. Uno de ellos interviene en la primera valoración del paciente agudo, mientras que el otro supervisa a los pacientes que requieren tratamiento a largo plazo. Ambos están preparados en psicoterapia, y uno de los trabajadores está vinculado con un centro de asistencia primaria.

Los jefes de enfermería. Como una excepción, el subsector B tiene tres jefes de enfermería, ya que ha sido incorporado el equipo para pacientes ambulatorios que tenía dos jefes de enfermería que desempeñaban diferentes tareas.

Una de las jefes de enfermería tiene a su cargo el subsector, por lo que coordina el trabajo y asigna las diferentes tareas al personal. A pesar de pertenecer a uno de los grupos de supervisión, esta jefa de enfermeros no atiende directamente a los pacientes internados, pero sí a enfermos ambulatorios, debido a su entrenamiento en psicoterapia. Como jefa, debe estar bien informada sobre el estado de cada paciente, y tiene a su cargo la administración y la tarea de coordinar los trabajos de investigación.

El segundo jefe es el encargado de coordinar las actividades de las enfermeras dentro de la comunidad. Distribuye las visitas a hogares y las supervisa. Al igual que uno de los jefes del sector A, está encargado de un cierto número de pacientes que están siendo atendidos por su familia. Como tiene entrenamiento en psicoterapia, atiende a ciertos pacientes ambulatorios.

La tercera jefa también está entrenada en psicoterapia. Es la encargada de los pacientes ambulatorios que requieren tratamiento prolongado. Conduce grupos terapéuticos de pacientes ambulatorios de diferentes tipos y, especialmente, un grupo de pacientes finlandeses. Junto con el jefe de psiquiatría, es responsable de la administración de los medicamentos de larga acción de su subsector.

Los enfermeros (enfermeros psiquiátricos y asistentes). Son los que tratan directamente con los pacientes internados y ayudan en el consultorio. Deben llevar a cabo el seguimiento de los pacientes que han sido dados de alta, bajo la supervisión del jefe del grupo. Llevan a cabo la mayoría de las actividades de la sala y ayudan al paciente en las tareas que se le han asignado. Algunos de ellos han recibido entrenamiento en psicoterapia. Una de las enfermeras asistentes de cada subsector conduce en la comunidad los grupos de encuentro social de los pacientes crónicos.

Los terapeutas ocupacionales y los fisioterapeutas. Atienden a cada paciente individualmente y al grupo en general. Debido al exceso de trabajo, no participan en el

tratamiento de enfermos ambulatorios. Tienen a su cargo la enseñanza a los estudiantes de su profesión.

Los practicantes de las diversas profesiones acompañan al personal respectivo, y participan en las reuniones que se hacen todas las mañanas.

Enseñanza e investigación dentro del Departamento.

El Departamento de Psiquiatría forma parte de la Universidad de Umeå. Los grupos de supervisión se reúnen dos veces por semana y en una de las veces se realizan seminarios en los que se tratan temas teóricos y prácticos. Parte del personal recibe educación en psicoterapia, que brinda el mismo Departamento o el Instituto Estatal de Psicoterapia. En el subsector B se ha comenzado a impartir un programa de terapia cognoscitiva que se extenderá al otro sector si prueba ser positiva de acuerdo con la evaluación que se está haciendo actualmente.

Los principales objetivos de la reorganización de la asistencia psiquiátrica son los siguientes:

Tratar de reducir la morbilidad psiquiátrica dentro de los próximos 10 años. Para ello es importante

- 1) Que haya una vinculación intensa y efectiva entre los servicios psiquiátricos y los organismos de la seguridad social.
- 2) Especificar los límites de la psiquiatría, para evitar que se abuse en aquellas situaciones o alteraciones de la conducta debidas a problemas de la vida normal. Para ello es fundamental mejorar la información y la educación de la población general.
- 3) Lograr la eficiencia del primer nivel de asistencia para no tener que transferir al especialista a aquellos pacientes que pueden ser tratados en centros de atención primaria, y facilitarles el regreso a esos mismos centros a los pacientes que ya recibieron atención psiquiátrica especializada.
- 4) Evitar internar a los pacientes innecesariamente, y: a) desarrollar servicios efectivos para la atención de pacientes ambulatorios, integrando el trabajo del personal dentro y fuera del hospital: visitas domiciliarias, grupos de apoyo para pacientes externos, etc. De esta manera se logrará un seguimiento más efectivo del paciente; b) desarrollar diferentes alternativas comunitarias que permitan la hospitalización parcial del paciente. Actualmente se encuentran en funcionamiento: la Unidad de Día, ubicada en el Departamento Universitario, y un Centro de Terapia Cognoscitiva, dedicado al tratamiento de pacientes con cuadros neuróticos severos. Dicho centro se encuentra en funcionamiento desde octubre de 1984, y tiene capacidad para 6 pacientes, los cuales viven en el Centro 5 días de la semana, durante un período de 4 semanas. Desde el punto de vista administrativo, estos pacientes están considerados como "ambulatorios, con derecho a permanecer en el hospital por la noche".

En marzo de 1986 se inauguró una nueva unidad experimental para el tratamiento de jóvenes esquizofrénicos. También tiene capacidad para 6 pacientes con la diferencia de que éstos pueden permanecer allí toda la semana sin que sean registrados como pacientes internos. El tiempo de permanencia es de 4 a 6 meses, pudiéndose ampliar si el paciente lo requiere.

Cuando se cierre una de las unidades del hospital psiquiátrico, se planea abrir otros dos centros de características semejantes al anterior.

- 5) Intensificar el apoyo de la familia al enfermo mental.
- 6) A fin de evaluar el programa de reorganización es necesario incorporar, desde el principio, proyectos para evaluar los cambios producidos, tales como medir la tolerancia de la población hacia el enfermo mental, hacer estudios de seguimiento del paciente, etc. De acuerdo con los resultados, la reorganización debe ser

lo suficientemente flexible para que pueda admitir los cambios necesarios.

La reorganización psiquiátrica en otras provincias suecas.

En términos generales se puede decir que la reorganización en otras provincias ha perseguido las mismas metas que en la provincia de Västerbotten (4). Un aspecto importante del proceso de reestructuración es la atención continua en la educación de todo el personal psiquiátrico, poniendo especial énfasis en la relación personal-paciente y en psicoterapia.

Continuamente se prueban nuevas alternativas de asistencia psiquiátrica. Sin embargo, la tabla 5 demuestra que aún estamos lejos de poder cerrar todos los hospitales psiquiátricos, pues hay el riesgo de que un deterioro de la economía general del país pueda retardar este proceso.

REFERENCIAS

1. PERRIS C: Changing pattern of psychiatric care in Sweden: an example from the county of Västerbotten. En: Kemali D, Morosini P L y Amati (Ed) *Servizi Sanitari e Psichiatria. Obiettivi e Metodi Nella Pianifica e Valutazione*. Il Pensiero Scientifico Editore. Roma, 1982.
2. PERRIS C: Descentralization, sectorization and the development of alternatives to institutional care in a northern county in Sweden. Conferencia dada en el Simposio Internacional sobre *Social and Community Psychiatry in the 80s*. Atenas, Grecia, octubre 18-19, 1984.
3. PERRIS C, RODHE K, PALM A y cols: Fully integrated in and out patients services in a psychiatric sector. Implementation of a new model for the care of psychiatric patients, favouring continuity of care. *Soc Psychiat*, 20: 60-69, 1985.
4. PERRIS C: Development of psychiatric care in Sweden with particular reference to one of the northern counties. 1986 (en prensa)
5. BROWN B S: Deinstitutionalization and community support systems. Statement by the Director, *National Institute of Mental Health*, nov. 4, 1976 (mimeografiado).