



## Boletín Para La Alianza Latina de WFSAD

### Volver a tener una vida

por Diane Froggatt

“Volver a tener una vida” no es una tarea fácil para las personas con enfermedad mental. En este (presentación) artículo examinaremos brevemente los tipos de ayuda que existen actualmente.

Hasta hace poco, no era parte del tratamiento médico hacer más que sólo aliviar los síntomas positivos de la enfermedad mental con los medicamentos antipsicóticos disponibles. El trabajo terminaba cuando los medicamentos aliviaban estos síntomas. Sin embargo hace ya algunos años- en parte debido a los movimientos de familiares y consumidores en la enfermedad mental, y en parte debido a una mayor comprensión del mecanismo de acción y eficacia de los medicamentos- ha surgido un nuevo paradigma para estas condiciones, en particular para la Esquizofrenia.

Muchos consumidores, especialmente aquellos que han notado mejoría en su condición, han declarado que hay más en sus vidas que sólo enfermedad y síntomas de enfermedad y que quieren que las personas que los cuidan tengan un abordaje holístico al tratarlos. Han sido enfáticos al decir que incluso con algunos síntomas pueden funcionar si se les da la oportunidad de desarrollar o recuperar habilidades, de desarrollar redes de apoyo y recuperar el auto respeto que muchos de ellos han perdido debido a períodos de mala salud.

Además de medicamentos y apoyo, las personas necesitan algo que les levante el espíritu y la mente. Esto puede ser lo que tiene la gente en mente cuando hablan de “recuperación”: una revitalización del espíritu, una renovación de la identidad de la persona. Para algunos esta idea puede parecer cruel, ya que a pesar

de toda su lucha, incluso el poder sobrevivir a un día entero les toma toda su energía. Para otros, las creencias de la sociedad y las culturales pueden jugar en contra de ellos incluso cuando tratan de avanzar hacia una mejor calidad de vida.

La rehabilitación de las personas con enfermedad psiquiátrica puede ser muy laboriosa. En algunos servicios de atención mental se requiere el apoyo de persona a persona de un profesional/ trabajador de la salud para motivar a la persona y dirigir el proceso. Estos servicios son escasos aún en el mundo desarrollado. En otros servicios el énfasis es sobre grupos de personas trabajando juntas para lograr un propósito común. Las grandes poblaciones y la falta de recursos económicos hace difícil que ocurra este tipo de ayuda en los países en desarrollo. Sin embargo, se están haciendo esfuerzos y a continuación destacamos algunas de estas actividades.

#### Atención completa

Según Kim Mueser et al. , “los programas de manejo de las enfermedades tradicionalmente han entregado información y estrategias para el cumplimiento de las recomendaciones de tratamiento y para minimizar los síntomas y las recaídas. Sin embargo, muchos programas van más allá de esta orientación hacia la psicopatología y pugnan por mejorar la auto eficacia y la auto estima y estimulan las habilidades que ayudan a las personas a buscar sus metas personales. Aspectos críticos de la rehabilitación son tener más posibilidades para darse abasto y la habilidad de formular y lograr metas lo que está en línea con el énfasis actual del movimiento de auto ayuda en la salud mental.

La Alianza Latina de La WFSAD (Asociación Mundial Para La Esquizofrenia y Trastornos Relacionados -World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders) es un grupo de asociaciones latino-americanas de familias de las personas que padecen la esquizofrenia y trastornos relacionados. Inició en Guatemala en 2001, La Alianza se reunió en Caracas, Venezuela en 2002, y en Punta del Este, Uruguay en 2003.

El desarrollo de auto confianza, de un auto concepto que vaya más allá de la enfermedad, de poder disfrutar de la vida, y poder sentir bienestar, esperanza y optimismo constituyen los temas comunes de una recuperación”.

Son grandes los desafíos. No es menor la limitada eficacia de los medicamentos que pueden dejar a las personas con muchos de los síntomas que les impiden llevar una vida normal: ansiedad al enfrentarse a la gente, pobreza de expresión, interpretar mal los motivos de otros, incapacidad para experimentar placer, dificultad para acatar a la autoridad, excitación extrema o actuar lento.

Los medicamentos de segunda generación han dado esperanzas a muchos, pero están lejos aún de hacer retornar a todos a una vida razonable. Sin embargo, se acepta generalmente que para las personas que han tenido más de 2 ó 3 episodios psicóticos agudos no se producirá ninguna mejoría en su condición sin la ayuda de medicamentos usados regularmente y en dosis apropiadas.

Los programas clínicos que van más allá del manejo con medicamentos, que agregan aspectos de la atención como psicoeducación, psicoeducación de la familia, corrección individual del comportamiento, enseñanza de habilidades (skills training, etc.), aumentan la posibilidad y oportunidad para que las personas funcionen mejor y se sobrepongan a aspectos de la enfermedad tales como la mala memoria, la dificultad para iniciar actividades y los déficits sociales. Estudios recientes han demostrado que el tratamiento “cognitivo conductual” es más efectivo que la terapia de apoyo o atención estándar para reducir la severidad de los síntomas psicóticos. Aún más, los estudios que evalúan los síntomas negativos tales como retracción social y la anhedonia (incapacidad para sentir placer) también se benefician con la terapia conductual cognitiva.”(Ibid.).

Las intervenciones familiares que emplean a familiares y amigos para ayudar a mejorar el resultado del tratamiento del paciente tienen sentido para el médico o para el equipo de salud así como para la familia y el consumidor. (Los miembros conocen nuestro programa que promueve la participación de la familia “Las familias, socias en la atención” (“Families as partners in Care”) y nuestro cuadernillo “Principios del trabajo familiar” (“Principles for Family Work”). El reclutar familias para tales programas es un componente necesario del trabajo familiar ya que las familias no siempre reconocen la necesidad de estar involucrados en los cuidados de su pariente que no se encuentra bien.

### **Iniciativa pares a pares**

En la última edición del boletín de la WFSAD (2005-3 - Ingles) publicamos extractos del librito “Probemos y veremos” (“Let us Try and See”) desarrollado por la “Asociación para la toma de conciencia de la esquizofrenia” (Schizophrenia Awareness Association) (SAA) ubicada en Pune, India. La SAA es una organización basada en la relación entre pares que también da la bienvenida a los parientes de sus miembros. Su programa está dirigido a mejorar su calidad de vida.

En muchos lugares han surgido programas similares con un espectro más amplio que el simple apoyo, donde las personas con experiencia en enfermedades mentales se juntan para desarrollar

trabajos significativos o actividades recreacionales para ayudarles en su viaje hacia una mejor calidad de vida.

### **Clubhouse (Clubhouse)**

Una de las primeras iniciativas de pares fue el desarrollo de “Fountain House” en Nueva York, de la cual han surgido más de 400 Clubhouses en 32 países. Fountain House se dedica a “la recuperación de hombres y mujeres con enfermedad mental al proveer oportunidades para nuestros miembros. Ofrece oportunidades para vivir, trabajar y aprender al mismo tiempo que contribuyen con sus talentos a una comunidad de apoyo mutuo”. En la actualidad ya emplea personal (además de los miembros) para manejar su importante actividad ([www.fountainhouse.org](http://www.fountainhouse.org)). La idea del Clubhouse ha sido adoptada en muchos lugares, no exactamente igual a Fountain House ya que cada lugar y cada cultura, cada economía y cada sistema de gobierno son diferentes. Algunas Clubhouses, por ejemplo, proveen o administran iniciativas de vivienda. En todos estos Clubhouses existe un espíritu de cordialidad y cada uno provee educación, recreación y actividades laborales a sus miembros.

### **Negocios manejados por consumidores**

A diferencia de los Clubhouses, estas iniciativas son más prevalentes en países en que la norma es que existan pensiones de discapacidad pagadas por el gobierno para las personas con enfermedades psiquiátricas. Proveen trabajo a los consumidores, frecuentemente por horas o por días, reconociendo la necesidad que tienen las personas de lograr el auto respeto que proviene del trabajo, junto con las limitaciones que la enfermedad puede poner a la cantidad de tiempo que se puede trabajar. Suelen desarrollarse junto a grants (subvenciones) de fuentes gubernamentales con la ayuda de fundaciones benéficas.

### **Firmas Sociales**

Las iniciativas similares a las empresas manejadas por consumidores son prevalentes en Europa donde se les describe como empresas o firmas sociales. Su propósito es el de proveer empleo con sueldos a nivel del mercado a las personas con discapacidad psiquiátrica. Si los empleados requieren acomodaciones o modificaciones para lograr para hacer el trabajo, esto se hace. Un cuarto de los empleados de estas firmas son aquellos con discapacidad psiquiátrica u otras dificultades. Las firmas sociales suelen tener dos orientaciones principales. Deben cumplir el aspecto social de la empresa y también los aspectos económicos y comerciales. De esta manera la empresa debe ser viable para poder tener éxito. Más del 50% del ingreso debe provenir de ventas, de acuerdo a la Firmas Sociales RU (Social Firms UK) ([www.socialfirms.co.uk](http://www.socialfirms.co.uk)). En el mercado deben competir con negocios no sociales. Las firmas sociales suelen ser lideradas por personas empresarias en negocios y que posean el know-how del sector social.

Las áreas en las cuales estas firmas han tenido éxito son los servicios de jardinería, horticultura, aseo, impresión/ terminado de impresión, diseño gráfico, en el oficio de proveer banquetes/ alimentos a domicilio, y ser dueños de restaurantes. Se debe enfatizar que el desarrollo de estas empresas toma considerable

tiempo (3-5 años) y mucha destreza.

### Capacitación vocacional / Empleo protegido

“Una importante mayoría de las personas con enfermedades mentales graves quisieran trabajar y existen razones obligatorias éticas, sociales y clínicas para ayudarles a cumplir esta meta. La capacitación pre vocacional y el empleo protegido o apoyado son dos diferentes abordajes para ayudar a estas personas a conseguir empleo. El principio clave de la capacitación pre vocacional es que se requiere un período de preparación antes de entrar al empleo competitivo. Por contraste el principio clave del empleo protegido o apoyado es que la colocación en empleos competitivos debe ocurrir lo antes posible, y debe ser seguido por apoyo y capacitación en el trabajo. El empleo apoyado o protegido es más efectivo que la capacitación pre vocacional para ayudar a las personas con enfermedad mental severa a conseguir empleo competitivo”<sup>2</sup>.

Este punto de vista ha prevalecido desde hace ya algún tiempo. Uno de los motivos por el que se favorece el empleo protegido es que la transferencia de habilidades que se enseña en una ubicación y el aplicar estas mismas habilidades en un trabajo en otra localización no parece funcionar muy bien, particularmente para las personas con esquizofrenia. Con el empleo protegido/apoyado los consumidores reciben capacitación en el lugar donde estarán trabajando.

La meta del empleo protegido es la de ayudar a las personas con enfermedad mental severa (que han demostrado tener interés en trabajar) a encontrar y mantener trabajos competitivos. El empleo apoyado suele involucrar a una persona que actúa como intermediaria entre la persona que inicia un trabajo y el nuevo lugar de trabajo. La investigación sugiere que el nuevo empleado necesita a esta persona para le “suavice” los temas sociales con sus compañeros de trabajo en vez de sólo dar más instrucciones durante el proceso mismo del trabajo. En el último número del boletín de la WFSAD (2005-3, p.8) brevemente describimos un “Juego de herramientas para el trabajo protegido” ofrecido en la Internet por el Centro de servicios para salud mental de la Administración de servicios de salud mental del gobierno de los E.E.U.U. (“Toolkit for Supported Employment” offered on the web by the US government’s Mental Health Services Administration (SAMSHA) Center for Mental Health Services. ). Este librito fue diseñado para introducir las estrategias requeridas para ser un efectivo “especialista en empleo” – un trabajo directamente unido al equipo de tratamiento. Los especialistas ayudan a las personas a buscar empleo y siguen apoyando al consumidor durante todo el tiempo que quieran esta ayuda. Otro manual en la misma línea es “Una vida de trabajo para personas con enfermedad mental severa” (*A Working Life for People with Severe Mental illness*) por Deborah R. Becker y Robert E. Drake,

revisado en el boletín WFSAD 2004-1, p.14.

### Oportunidades de trabajo ofrecidas por organizaciones voluntarias

En este número, Ratna Chibber entrega un breve reportaje a la inauguración de una segunda tienda en la “AASHA”, Organización de apoyo en Chennai, India (support organization in Chennai, India). La segunda tienda, al igual que la primera empleará a personas con trastornos psiquiátricos cuya capacitación se realizará “en el trabajo” por los miembros de AASHA. Para el artículo más extenso de la primera tienda, véase boletín WFSAD Newsletter 2003-4, p11. En el caso de la AASHA, la organización familiar desarrolló los medios para emplear a sus consumidores y luego los emplearon.

No siempre es posible ofrecer empleo remunerado al valor del mercado, pero es un factor igualmente importante darle a las personas cosas significativas que hacer en un ambiente amistoso. En Punto de cambio (Turning Point), una agencia de salud mental en Calcuta, la meta es la de construir auto estima por medio de actividades diarias en que se hace artesanías, pintura y otros trabajos en la agencia. Un padre dijo de su hija: “lentamente notamos en ella una actitud más ambiciosa y de ganadora. Comenzó a hacer más y más trabajos. En el programa cultural se sintió motivada y actuó en teatro.

### Desarrollo de Talentos

Aprender un idioma adquiere mayor significado e interés cuando se hace a través de un medio secundario, por ejemplo, tomar un curso de fotografía en el idioma que se está aprendiendo. De la misma manera, la rehabilitación puede lograrse mejor mientras se realiza algo que tenga un propósito que va más allá de la sola noción de rehabilitación. Usando esta técnica, se han desarrollado muchas actividades de aprendizaje y recreacionales.

Una iniciativa de este tipo es la formación de una compañía de danza con personas (que habían experimentado enfermedades mentales) en Estambul, Turquía. Tuvieron tanto éxito que han hecho giras por varios países. El grupo fue iniciado por la Sociedad de esquizofrenia de Estambul. En forma similar, han surgido varios grupos de actores de teatro e incluso grupos de filmes dándole oportunidad a los consumidores para preparar guiones, construir escenografías, actuar, producir y más.

La rehabilitación es un amplio campo donde actuar en el que todos podemos participar, ya sea haciéndonos amigos de una persona con enfermedad mental o proveyendo un servicio. Este artículo sólo araña la superficie. Esperamos recibir noticias de sus de sus exitosas venturas. ►

Agradecemos el Apoyo de



## Progreso en Nicaragua

*Se inicia grupo en Matagalpa, Nicaragua*

*Rimke van de Geest, enfermera psiquiatra de Holanda, reporta las siguientes actividades para el grupo que acaba de establecerse en Nicaragua. Gracias a ella y a Bart Verbunt por comunicarse con la WFSAD.*

Rimke realizó una investigación sobre esquizofrenia en familias pobres de Nicaragua (estudio antropológico) hace dos años. De allí surgió la idea de iniciar este grupo de auto-ayuda. Con la ayuda de la ciudad hermana Matagalpa (Tilburg) yo escribí un proyecto y Tilburg recaudó algunos fondos. En octubre pasado volví a Nicaragua (después de haber visitado Fucopez en Costa Rica) y así comenzó todo. Envié a Rosalba, Elba y Raúl al Congreso en Costa Rica. ¡Qué agradable y qué coincidencia que Fucopez organizó este Congreso con la WFSAD justo cuando estábamos comenzando nuestro proyecto!!! En la actualidad nos hemos abocado a la esquizofrenia como prioridad. Por supuesto que esto significa que algunas familias pueden no estar tan interesadas. Esperamos que esas familias puedan iniciar grupos que sean más relevantes a sus necesidades. Sin embargo, nos mantendremos en contacto.

Rosalba y yo hemos estado trabajando duro para organizarnos y hemos encontrados algunos entusiastas voluntarios. Cada domingo organizamos las "reuniones para compartir" y en la semana hacemos visitas en Matagalpa a familias que tienen un familiar con esquizofrenia. Hasta ahora hemos realizado tres talleres. Uno para niños que tienen un familiar mayor que padece de esquizofrenia u otros niños que viven cerca de alguna persona con esquizofrenia. Otro taller fue sobre "cómo actuar cuando uno de tus seres queridos está en crisis" (usamos teatro!) y el tercero fue sobre "esquizofrenia". Asistieron 27 personas casi todos familiares. El local que usamos ya se nos ha hecho pequeño!!

También estamos trabajando en los aspectos legales de nuestro proyecto. En la actualidad operamos bajo las alas de una ONG local (la contraparte principal de Tilburg) el "Comité Mano Vuelta". El

presidente de ese comité es una psicóloga y ella está dispuesta a pagar sus cuotas individuales para ser miembro de la WFSAD (Espero que podamos ser socios completos desde el próximo año).

Existe serio estigma en Matagalpa. Hay un número de familias aquí que niegan totalmente que tienen un miembro sicótico e la familia, aunque todo el barrio lo sabe. Es verdaderamente muy triste. Otra cosa de la que me he percatado es que a los "pacientes" mismos no siempre les gusta nuestras visitas, especialmente aquellos que están sin tratamiento y que sienten que todo el mundo está contra ellos y que es ridículo que sus familias estén tan preocupadas por ellos. Difícil, difícil, difícil...

Rimke ha vuelto a Holanda. Ella nos ha pedido que coloquemos un aviso para ofrecer empleo a una visitadora social que hable español, para que trabaje en Nicaragua en este proyecto.▶

Rimke van der Geest  
Rijn en Schiekade 19  
2311 AK Leiden  
071-4026557



Rimke and Rosalba en una feria de salud

El grupo de auto-ayuda en Matagalpa (Nicaragua) busca un voluntario/a que pueda apoyar en talleres sobre la esquizofrenia. Es importante que esta persona hable bien el español y tenga experiencia en trabajar con personas con esta enfermedad. Para preguntas/personas interesadas, escribir a: [rimkevandergeest@yahoo.com](mailto:rimkevandergeest@yahoo.com)  
Rimke van der Geest, Rijn en Schiekade 19, 2311 AK Leiden, 071-4026557

## Terapia Asistida con Animales de Compañía (TEAAC)

Entrevista a Sandra Rivas, psicóloga del Centro de Salud Mental "Triginta" en Terrasa (Barcelona)

"La TEAAC les ayuda a mejorar la comunicación, su autonomía personal y a introducirse en el juego. "

En este centro catalán conviven un total de 30 personas con enfermedad mental: 28 con esquizofrenia, otra con trastorno bipolar y, la última, con psicosis delirante. "Triginta" está dirigido por Maica Ruiz y en él trabajan, además, dos psicólogas que participan, junto a una labradora (Bruna), en el programa de terapia asistida por animales de compañía para personas con enfermedad mental. La intervención de las psicólogas es "esencialmente rehabilitadora", según destaca la directora.

Los usuarios del centro han convivido con la perra de asistencia alrededor de seis meses, aunque el programa tiene duración de un año. Las dos psicólogas del centro trabajan diariamente con seis personas, "las más deterioradas a nivel cognitivo" aunque, en realidad, la presencia de Bruna beneficia a todos los que habitan en el centro.

*¿Qué aporta el TEAAC a una persona con enfermedad mental y, concretamente a una persona con esquizofrenia?*

En el centro trabajamos con las 30 personas que viven en el mismo, aunque nos hemos centrado de forma especial con las seis más necesitadas. Antes de comenzar el programa, en el mes de abril, pasamos varios tests a los usuarios para estudiar a quién podría beneficiarle más. La Terapia Asistida con Animales de Compañía ayuda a las personas con enfermedad mental a mejorar la comunicación, su autonomía personal y a introducirse en el juego. Este colectivo, generalmente, se muestra más bien apático y le cuesta iniciar una conversación, relacionarse. Por tanto, ante esa necesidad, nos vimos obligados a interactuar a través de un perro, en este caso nuestra labradora Bruna.

*¿En qué consiste exactamente la terapia? (horario, seguimiento, tratamiento....)*

Todos los usuarios en el centro reciben atención psiquiátrica y psicológica en el Centro de Salud Mental (CSM) de Barcelona. Paralelamente, trabajamos con Bruna que nos sirve de puente de comunicación para

llevar a cabo la terapia de los pacientes. Es un instrumento de guía que ayuda a la comunicación entre terapeuta-paciente y entre ellos mismos. Dedicamos diariamente media hora a cada uno de ellos. Los hemos agrupado de dos en dos (a nivel dual) porque les ayuda, igualmente a relacionarse con el resto de las personas, no sólo con el animal. La interacción con el resto de compañeros es fundamental para conseguir que expresen emociones.

Tratamos diversos campos: la higiene (cepillado del animal, lavado de su casita, cambio de agua); las órdenes (fundamentalmente trabajamos con el "quieto" y la instrucción de "ven aquí"); el juego dirigido (caricias, pelota...), y, por último, lo que realizan el resto de compañeros en otros momentos: el cuidado de la perra (sacarla de paseo y darle de comer)

*¿Cuánto tiempo es necesario para obtener resultados? ¿Qué beneficios se consiguen a corto plazo, a medio y a largo plazo?*

En realidad, depende del usuario. Algunos, responden estupendamente al programa y obtenemos resultados muy positivos. Otros, por su parte, se terminan cansando. Pero en la mayoría de los casos, el nivel de comunicación aumenta, su capacidad de responsabilidad de la misma forma. Muchos, además, desarrollan su vena maternal...

*Después de esta experiencia, ¿Aconsejaría a una persona con enfermedad mental a que conviviera con un perro toda su vida?*

¡Por supuesto! Mejoraría, sin duda, su calidad de vida. Es cierto que les cuesta mucho mantener el ritmo en algunas actividades, pero al final lo acaban asumiendo y eso es muy bueno para ellos y para su rehabilitación. De hecho, cada vez es mayor el número de centros geriátricos que están llevando a cabo este programa entre personas mayores ►

FEAFES Revista de la Confederación de Agrupaciones de Familias y Personas con Enfermedad Mental  
Octubre 2005 No. 12

## Información sobre el Trastorno Bipolar en niños y adolescentes

### Parámetros que el psiquiatra tiene en cuenta para realizar el diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar en niños y adolescentes.

Como niña bipolar he sido sacudida por tormentas afectivas, que me dejaban mentalmente extenuada. Sabía que algo no estaba bien en mí. "Tengo un demonio interior", siempre decía mi mamá. Pero en esta época, no se hablaba de bipolaridad en niños, sino de problemas de conducta o rabietas, déficit de atención, esquizofrenia o querer llamar la atención.

Hoy en Argentina los profesionales de la salud mental saben y diagnostican trastorno bipolar a edades cada vez más tempranas. Tanto profesionales con experiencia y profesionalismo, como mi doctor, los de FUBIPA, Piñero y Borda, entre otros, evalúan y diagnostican bipolaridad en niños y adolescentes. Les enseñan que tienen la enfermedad y que cuanto antes la traten, mayores y plenas serán sus posibilidades de estabilización.

Por esta sólida razón y, como bipolar estabilizada, es mi responsabilidad para conmigo misma y para con los demás pacientes y familiares hacerles llegar esta poderosa herramienta que mi angustiada familia y yo nunca recibimos por parte de quienes debían proporcionárnosla: "información". La diferencia entre padecer en la oscuridad y el aislamiento y ser persona para, desde un lugar activo y responsable, luchar por estar bien.

### A. Historia de enfermedades previas:

- 1) Enfermedades orgánicas, trastornos cognitivos, problemas sociales y de desarrollo.
- 2) Características premórbidas de la personalidad, problemas de conducta, ansiedad, humor.

### B. Historia de la enfermedad actual:

- 1) Síntomas de la enfermedad en el presente. Examinar si hay síntomas maníacos, depresivos, psicóticos, ideas suicidas, cambios bruscos en el humor como también situaciones estresantes.
- 2) El médico debe examinar el curso longitudinal de la enfermedad. Significa que debe recopilar datos para hacer un seguimiento de cómo fueron evolucionando los síntomas.
- 3) Examinar si hay presencia de patologías asociadas como abuso de sustancias, o alcohol (frecuente en adolescentes), factores orgánicos y desórdenes de conducta.

### C. Historia familiar

- 1) El médico necesita investigar la existencia de enfermedades mentales y/u orgánicas dentro de los integrantes de la familia en la que el niño o adolescente vive. Debe obtener la historia de familias con problemas en el control de los impulsos, ansiedad, depresión, desórdenes neurológicos, adicciones, alcoholismo y suicidio.
- 2) Los estilos de comunicación e interacción entre los integrantes de la familia son muy importantes. Los modos de expresarse, el tratamiento entre ellos y para con el niño son de gran utilidad para el médico para realizar el diagnóstico.

### D. Información sobre el desempeño escolar

- 1) El médico obtiene información acerca del funcionamiento del niño en la escuela tanto académico a lo largo de su escolaridad. Puede valerse de informes de maestros, psicopedagogos, psicólogos.

### E. Funcionamiento neuropsicológico.

- 1) Examen de las dificultades en el funcionamiento de los procesos intelectuales, como pensamiento, memoria, percepción y lenguaje, y la existencia de dificultades motoras.

### F. Funcionamiento neuropsicológico.

- 1) En colaboración con el pediatra o clínico. Es necesario para descartar enfermedades orgánicas. Incluye evaluación neurológica para la que el médico se valdrá de los estudios clínicos pertinentes como electroencefalograma, tomografía computada, resonancia magnética, entre otros.
- 2) Evaluación de condiciones médicas que puedan originar cuadros de manía o depresión como problemas metabólicos, endócrinos, infecciones, intoxicaciones. Se realizan estudios de laboratorio, de sangre, renales, del hígado y funciones tiroideas, exámenes toxicológicos. ►

Traducción y adaptación: Vanessa Karina Grois.

Fuente: C.A.B.F. Child and Adolescent Bipolar Foundation—de la revista "El Subibaja" No.28 de FUBIPA, Argentina.