

WFSAD BOLETIN INTERNACIONAL

Asociación Mundial para la Esquizofrenia y Trastornos Relacionados (WFSAD)
Boletín No.3 diciembre 2004

La WFSAD es la única organización internacional mundial dedicada a aliviar.-el peso de la esquizofrenia (y desórdenes asociados) a los afectados y sus familias

La WFSAD procura aumentar el conocimiento, la comprensión y la empatía, además de reducir el miedo, el estigma, la discriminación y el abuso que acompaña a estas difíciles condiciones. La WFSAD y sus organizaciones miembro se abocan al tratamiento humanitario de personas con esquizofrenia y a su atención primaria, la que habitualmente recae sobre la familia, más frecuentemente sobre los padres, y que dura toda la vida. Existe la necesidad de contar con vivienda, rehabilitación, recreación y una vida decente para aquellos con este trastorno cerebral para el cual no se conoce cura. Se estima que cerca del 40% de los que sufren la enfermedad no se contactan con sistema alguno formal de salud mental. Se necesita apoyo, capacitación y educación para estas familias que deben enfrentar una enorme y continua carga.

Los miembros y asociados proveen servicios directos; mantienen grupos de auto ayuda; realizan talleres; producen material educativo; preparan conferencias; luchan por mejores tratamientos y servicios apropiados; administran fondos para la investigación y por ende influyen en políticas gubernamentales. Nuestra red crece constantemente en la medida que un creciente número de familias y miembros de las profesiones de la salud buscan nuestra ayuda y apoyan nuestra causa.

El movimiento global de familias, amigos y personas con enfermedad mental sería puede — al trabajar en forma colectiva y junto a organizaciones relevantes — ayudar a aliviar los variados problemas que experimentan las personas con enfermedad mental persistente y sus familias. La "World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders" es una organización sin fines de lucro dedicada a esta causa.

La WFSAD fue fundada en Toronto en 1982 por representantes de varias organizaciones familiares nacionales ya establecidas. Fue constituida en 1986 y la oficina fiscal de Canadá (Revenue Canada) en 1987 le otorgó el carácter de entidad de beneficencia (número de beneficencia 12086 0911 RR0001)

La Asociación mundial para la esquizofrenia y trastornos relacionados (World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders)

124 Merton Street, Suite 507,
Toronto, Ontario, M4S 2Z2, Canada.
<http://www.world-schizophrenia.org>
Email: info@world-schizophrenia.org

NUEVO COMISION DIRECTIVA DE WFSAD 2004-2007

Presidente: Dale Johnson, PhD (U.S.A.)

Presidente electo Martha Piatigorsky (Argentina)

Vice-Presidente: Radha Shankar, MD (India)

Tesorero: Stephen McCourt

Editor de Boletín Internacional: Diane Froggatt



La Presidente electa de WFSAD Martha Piatigorsky y delegados del Congreso en el WFSAD stand

Alianza Encuentro en Uruguay

Los miembros de la Alianza Latina WFSAD nos reunimos recientemente en Punta del Este, Uruguay donde nuestros anfitriones fueron Sergio Rufinelli y Ofelia S. Caldeyro de La Esperanza, Montevideo. La Alianza estuvo ahí tomando parte en el XXIII Congreso de APAL (Asociación Psiquiátrica de América Latina)

Por falta de recursos este encuentro fue menos concurrido por representantes internacionales. Hubo buena representación local y de Argentina y estuvieron presentes profesionales con voluntad de colaborar de países donde no tenemos contacto con grupos de familiares. Contamos con la presencia del profesor Pablo Díaz, mexicano con 30 años de residencia en Canadá, quien trabaja en el Programa de esquizofrenia del Centro para adicciones y salud mental de la Universidad de Toronto.

Dio una conferencia sobre las evidencias de lo que funciona y lo que no funciona en el tratamiento biológico y psicosocial, evidencias basadas en investigación. El Dr. Juan Barel uruguayo radicado en Israel y jefe del servicio de rehabilitación del hospital de Ako nos habló del trabajo integral que se realiza después de la internación y antes de la salida e integración en la Comunidad.

Las autoridades del congreso mostraron mucho respeto hacia los familiares y nos invitaron a participar en la reunión científica al cierre del mismo. A la misma concurren en representación de la Sra Ofelia S. De Caldeyro, Elena Saban de Perú y Martha Piatigorsky de la WFSAD.

En dicha reunión se plantearon objetivos en salud mental para la actividad local (Uruguay) para el próximo período. También les interesó saber que nuestros objetivos de justicia y respeto por los

derechos humanos coincidía con lo propuesto por ellos. Durante el Congreso nos hicieron una entrevista para TV, canal 11, local y una para un semanario donde participaron, Malena de APEF, Argentina, Elena de Alamo, Perú, Ana María de AMAPEF, Ofelia (La Esperanza), y Martha (WFSAD).

En nuestro stand brindamos información y entregamos material escrito que se agotó. Teníamos un gran mapa con las banderitas indicando la presencia de Nuestros grupos en Latino América y los logos de La Esperanza y de la Alianza Latina de la WFSAD.

Adjuntamos la declaración de Punta del Este para escuchar comentarios y sugerencias. Consideramos que es lo suficientemente amplio como para que cada grupo, de acuerdo a su momento y posibilidades haga lo propio.

Lo que es indispensable para nuestra consolidación y crecimiento es mantener constante intercomunicación de manera que podamos seguir los procesos y evolución de cada uno. Todos tenemos mucho que aprender; debemos retroalimentarnos.

Esperamos vuestros comentarios

Por Alianza Latina WFSAD

Martha Piatigorsky

La Declaración de Punta del Este

ALIANZA LATINA WFSAD

Las Asociaciones de Familiares de personas que padecen Esquizofrenia, Bipolaridad y otros trastornos relacionados de LATINOAMÉRICA, que constituyen la ALIANZA LATINA DE LA WFSAD, convocados en Punta del Este, República Oriental del Uruguay del 17 al 20 de noviembre 2004, continuando con lo convenido en Guatemala 2002 y Caracas 2003 emitimos la siguiente

DECLARACION DE PUNTA DEL ESTE

Considerando que el estigma, la discriminación, el sufrimiento y la desinformación, son factores comunes a todos los familiares de Latinoamérica asumimos el siguiente compromiso:

- 1. Avocarnos durante el 2005 a difundir y exigir el cumplimiento de lo estipulado en la Declaración de los Derechos Humanos de la Organización Mundial de la Salud**
- 2. Quedamos mutuamente comprometidos a transmitiros información continua de los resultados de nuestras acciones tanto en lo referente al punto uno de esta declaración como al proceso y evolución de cada una de las Asociaciones miembros de la ALIANZA LATINA WFSAD.**

Algunas palabras de Ofelia S. de Caldeyro:

La reunión fue un evento histórico. Miembros de "La

Esperanza" participaron en el Congreso. Hay 29 familias de Uruguay, 19 de Argentina, y delegados de Paraguay, Perú, Ecuador, México y Nicaragua. La alianza continua creciendo. En Uruguay nuestro grupo de familias es reconocido y respetado en la comunidad psiquiátrica. Como prueba de esto, fui invitada por el Dr. Osmio Curbelo, Director del Centro Nacional de Rehabilitación Psiquiátrica, como miembro familiar en una mesa redonda con el Dr. Pat Franciosi, Presidente de la Asociación Mundial de Salud Mental (USA); Dr. José Miguel Caldas de Almeida, Director del Departamento de Salud Mental de la PAHO (Washington, USA); Dra. Ana María Papiermeister, de la Academia de Terapia Ocupacional (Buenos Aires, Argentina). Nosotros pensamos que el estigma esta decreciendo y las familias lo están aceptado y aprendiendo a como enfrentarlo, empezando en sus casas con ellos mismos y sus familiares.

No hacer caso a sus problemas esta disminuyendo lentamente y muchos psiquiatras valoran nuestra opinión, aunque las "Familias que participan en el cuidado del enfermo" aun no están en práctica.

Éste debe ser nuestro objetivo futuro.

La cara de la carga familiar

El siguiente artículo esta basado en información enviada a nosotros por Sofia Puchelak, Presidente de la Asociación Familiar de Salud Mental en Cracovia, Polonia

Esta carga tiene muchas caras. Puede venir del miedo, la ansiedad, la vergüenza y miedo a la recaída, o de que empeore la enfermedad.

El mayor miedo es a la recaída, y asociado con este, el miedo a que la persona deje de tomar sus medicamentos. Debido a esto, los padres tienden a aumentar la protección –Quién los puede culpar?. Ellos observan el comportamiento de la persona enferma, lo que hace y a donde va, al punto del agotamiento por monitorear cada cosa que hace su familiar. Esto no quiere decir que ellos traten de controlar a los enfermos, aunque esto parezca a otros, sino que ellos quieren evitar la posibilidad de una recaída u otro tipo de crisis. Para la persona que esta enferma, el comportamiento de los padres parece ser de desconfianza o sospecha y quizá reaccionen negativamente a esto. Frecuentemente los padres dejan de pensar en sus propios intereses y deseos y, su misión se queda fijada en una persona enferma.

Si la persona permanece en casa, sola e inactiva, el padre se preocupa otra vez, pero esta vez la preocupación es a cómo motivarlo a ser más activo. Los padres se preocupan tanto si hay mucha como poca actividad; buscan constantemente actividades que tengan sentido. En algunos casos los padres proveen trabajo para sus parientes a través de amigos. Ellos pueden trabajar empacando víveres, llenando

sobres, paseando perros, o cortando el césped. La carga familiar continua muchas veces ya que la responsabilidad de encontrar un trabajo es sentida por los padres, quienes han encontrado el trabajo en el primer lugar.

A pesar de que es conocido que la gente con esquizofrenia tiene una inteligencia normal, en el manejo de la capacidad introspectiva de asuntos cotidianos, la enfermedad les roba sus habilidades. Los padres quizá se involucren en manejar su dinero y en aconsejarlos cómo gastarlo, pero, de ninguna manera, nunca dándoles más dinero que comprometa su salud. Si ellos están viviendo lejos de la familia, es muy común para los padres pagar la renta, ayudar a comprar la comida, limpiar el departamento y recoger el correo. Sin este comportamiento "sobrepotector", avisos de desalojo pueden llegar, la higiene personal puede afectarse y la persona puede que no coma apropiadamente

La Asociación de familias: Salud Mental en Cracovia, Polonia, como muchas asociaciones de familiares antes que esta, llevó a cabo una encuesta relacionada a la carga familiar. La mayoría de los padres que respondieron al cuestionario han estado cuidando familiares por un promedio de 17 años. Las cosas que causan más carga fueron, la impotencia, el miedo, la necesidad de cambiar planes y los sueños perdidos de sus hijos e hijas. Durante la fase aguda las familias encuentran muy difícil la incapacidad de comunicarse y los síntomas agresivos extremos. Una constante interrogante para todas las familias era la impredecibilidad del futuro, si habría alguna posibilidad para sus seres queridos, y que pasaría cuando los padres no puedan cuidarlos más.

Una vez establecido lo que constituye la carga familiar, el grupo de Cracovia empezó a considerar cómo podría aliviar la carga familiar. Primero, las familias deben recibir conocimiento que les ayude a entender a la persona enferma. Todos necesitan esperanza para apoyarlos. Un gran alivio, se encuentra en compartir con otros, el doctor, otros miembros de la familia y especialmente otras familias en la misma posición y darse cuenta que "no están solas" (Un grupo de familia en Sudáfrica se llama YANA, que el ingles significa "tu no estás solo"). En reuniones de familias ellas empiezan a reconocer que la vida puede continuar y que uno no debe sentirse culpable de disfrutar al menos algo de su vida. Es bueno que las familias aprendan que dejar las actividades sociales y dedicarse enteramente a sus enfermos no es saludable ni benéfico. A través de grupos familiares, el cuidado familiar se vuelve más balanceado; aceptan el consejo de otras familias quienes ven sus problemas desde una perspectiva más racional.

El grupo de Cracovia ha existido desde hace diez años y su trabajo sale de talleres de terapia ocupacional. Su principal proyecto es la firma social "Hotel" donde 20 personas con discapacidad mental están empleadas. También tienen un proyecto de vivienda, campamentos en verano e invierno; viajes y ayuda económica en una

pequeña tienda en la cual venden artesanías hechas por los pacientes. Ellos están interesados en la conciencia pública y en iniciativas en contra del estigma.

Más información
Sofía Puchelak, Presidente
Asociación Familiar: Salud Mental,
31-005 Cracovia, ul.Miodowa 9, Polonia
Tel +448 12 421 17 30
Fax +48 12 422 56 74

Tres factores interesantes

1. Factor hereditario:

El riesgo de enfermar en hermanos es de un diez por ciento. En el caso de uno de los padres enfermo, es del 16 por ciento. En el caso de ambos padres afectados, un 45 por ciento. Cuando un mellizo univitelino enferma, el riesgo de enfermar es del 60 por ciento para el otro mellizo.

2. Factor Biológico

Se puede hablar de un trastorno de la neurotransmisión en el cerebro, pero de causa desconocida.

3. Ambiente

No existen pruebas de que la enfermedad haya podido ser provocada por los padres o por la situación familiar. Sin embargo se sospecha que demasiadas críticas por parte de la familia pueden provocar en enfermos crónicos recaídas con síntomas importantes. Daños en el cerebro, Anfetaminas, LSD y cannabis pueden provocar síntomas esquizofrénicos.

Folleto Informativo

AFAPE Asociación Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos.

Manifiesto de Barcelona 1995

Les hemos traído el Manifiesto de la Asociación de Familias Europeas, **Eufami**, declarado durante el II Congreso Europeo de Familiares de Enfermos Mentales en Barcelona hace 10 años. Los miembros de Eufami han participado en la asociación por lo menos durante 20 años, así que están confiados en que sus palabras serán escuchadas y aceptadas. Esperamos que las ideas expresadas aquí sean de utilidad para los miembros de Alianza Latina WFSAD.

El Manifiesto de De Haan 1990, que hace referencia a los derechos del enfermo mental y de su familia, así como el Manifiesto de Barcelona 1995 que ratifica

dichos derechos y da prioridad a diversas demandas y angustias, constituyen una guía. En este Manifiesto de Barcelona 1995 se han reflejado las siguientes resoluciones del II Congreso Europeo de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales:

1. Los familiares de un enfermo mental tienen problemas específicos, siendo uno de ellos su activo e irremplazable protagonismo en lo concerniente a la guía y atención proporcionados a su enfermo mental. Los cuidadores desean tener su propio estatuto y contar con apoyo económico. Solicitan el derecho a aceptar el cuidado en casa voluntariamente o a rehusarlo tras haber considerado todas sus implicaciones.
2. La auto-ayuda que prestan los asociados que están en la misma situación es muy importante para los familiares. Los grupos de auto-ayuda y las asociaciones de auto-ayuda deberían ser socialmente reconocidas y se les debería conceder apoyo económico para que puedan desarrollarse a todos los niveles.
3. Los familiares y los enfermos tienen derecho a verse involucrados y recibir información sobre el apoyo y el tratamiento del enfermo mental. Tanto la familia como el resto de parientes y conocidos buscan apoyo emocional y psico-social. La familia, el enfermo y los profesionales deberían cooperar en términos de igualdad.
4. Las asociaciones de familiares reconocidas y Eufami deberían ser formalmente consideradas como portavoces de las familias y deberían estar representadas en los organismos de asesoramiento, política y apoyo del sector de la Salud Mental a todos los niveles, tanto en su propio país como en el extranjero.
5. Los tabúes que rodean al enfermo mental deberían ser revisados porque es preciso crear una imagen mas positiva, tanto a través de, como en los medio de comunicación.
6. Toda la Salud Mental debería adaptarse y desarrollarse para proporcionar atención individualizada, con nuevas instalaciones e instalaciones intermedias entre la psiquiatría tradicional y la atención total en casa. Debería apoyarse a la familia proporcionándole asesoramiento ante situaciones de crisis y de atención en el hogar para hacerlos más fuertes.
7. Deberían garantizarse la rehabilitación y resocialización del enfermo mental crónico, con vida adaptada y perspectivas de trabajo que activen y estimulen sus posibilidades.
8. Tanto las autoridades nacionales como las europeas deberían mejorar la legislación social y general para conseguir un mayor bienestar y protección del enfermo mental y su familia. Una investigación comparativa a nivel europeo y directivas europeas apoyarían y activarían esta adaptación.
9. La prevención y el tratamiento precoz del enfermo mental son necesarios e imperativos. Esto puede

conseguirse, por ejemplo, mediante investigación científica, la difusión de información a través de los medios de comunicación y la educación general y de los adultos.

10. La cooperación entre todas las asociaciones europeas e internacionales y las redes de salud mental es un deber. Eufami desea participar en ello.

Conclusión

Los Manifiestos de De Haan de 1990 y el de Barcelona de 1995 constituyen la guía de Eufami para su funcionamiento interno y para los contactos externos con los líderes políticos europeos. Eufami se dedicara a poner en practica el contenido de ambos Manifiestos.

Noticias de A.S.F.A.E., El Salvador

Queridos amigos de la Alianza Latina, lamentablemente no **podremos (¿??)** estar con ustedes este año por motivos de fuerza mayor. Queremos compartir con ustedes parte de nuestro caminar durante este año 2004:

- Por fin esperamos para finales de año, tener nuestra Personería Jurídica.
- Dentro del plan Psicoeducativo desarrollamos el 6º Seminario "DE FAMILIA A FAMILIA" de NAMI, el cual tiene una duración de 12 semanas. Para enero planeamos desarrollar el próximo.
- Con el objeto de celebrar el día mundial de la Salud Mental, desarrollamos una serie de conferencias y entrevistas "Abrir Ventanas al Mundo"(¿les parece conocido?), les cuento que las familias que integran nuestra asociación han incrementado, al grado que después de ser 13 familias ahora somos cerca de 50.
- ¿Recuerdan nuestra inquietud sobre luchar por los derechos del estudiante que padece una enfermedad mental? Pues con las sugerencias que algunos de ustedes nos enviaron(gracias Perú, México y Argentina) además de todo lo que se compartió al respecto en la reunión de Caracas 2003, estamos reuniéndonos con miembros de CONAIPD(Consejo Nacional de Atención Integral a la Persona con Discapacidad) para que la enfermedad mental sea incluida dentro de las discapacidades y nuestros estudiantes y trabajadores tengan derecho a planes especiales en lo educativo y laboral. no se imaginan como hemos aprovechado todas las experiencias que compartieron durante las conferencias de Caracas, al grado que cuando planteamos lo que se hace en Argentina relativo a lo laboral, en Costa Rica respecto a lo educativo les ha parecido importante dar también ese paso acá. Cuando preguntamos ¿porqué no se ha hecho nada, respondieron: "Nadie había abogado por ellos"

Gracias Amigos de la WFSAD, amigos de la ALIANZA LATINA, Laboratorios amigos Pfizer, Lilly, Roche, AstraZéneca. Eventos como este son los que nos impulsan y nos dan las bases para luchar por los derechos "por los que nadie ha abogado antes"....

Un fuerte abrazo a todos y sepan que desde acá rogaremos a Dios que todo sea un éxito!

Clarita

Asociación Salvadoreña de Familiares y Amigos de Personas que padecen Esquizofrenia y otros desordenes mentales.

Selecciones del boletín FUBIPA

La Fundación de Bipolares de Argentina

ESTIGMA Y ENFERMADAD

Las enfermedades mentales no producen solo sufrimiento al paciente y a su familia; también causan vergüenza, humillación y aislamiento. Estos factores influyen poderosamente en las posibilidades de recuperación: el grado de aislamiento social que experimenta es inversamente proporcional a la posibilidad de quien la sufre pueda volver a ocupar su lugar en la sociedad.

El estigma de estas dolencias ha sido una constante en la historia. En la actualidad sus consecuencias mas inmediatas son, naturalmente, el ocultamiento de la enfermedad por la persona aquejada, y el ocultamiento del paciente por la parte de la familia.

La familia siente al miembro enfermo como un baldón y por lo tanto-entre otras reacciones que veremos mas adelante- tiende a experimentar rechazo hacia él. Al mismo tiempo, cuando la afección se cronifica gravemente, se produce un fenómeno por el que los familiares se retraen de sus otras relaciones, salen menos de casa para no dejar solo al paciente, y abandonan actividades placenteras que los conectaban con los demás, como deportes o hobbies.

El paciente, por su parte, es quien sufre directamente el peso del estigma: al ser segregado de sus grupos de pertenencia se daña la trama de sus relaciones sociales, y el paciente queda paulatinamente aislado. Al terrible golpe de una enfermedad de este tipo se suma la devastadora experiencia de la marginación, que afecta todavía mas a su autoestima.

La gente por lo general desconoce lo que son los trastornos mentales, y esta ignorancia favorece la aparición de mitos y tabúes de toda clase. Habitualmente se cree que la frontera entre la salud y la enfermedad esta claramente definida, y es frecuente la idea de que una vez atravesada no hay regreso posible: la persona "enloqueció". Estas otras nociones equivocadas influyen en quienes rodean a la persona afectada: le tiene miedo, piensan que nunca va a volver a estar bien, o simplemente no saben como tratarla. Como resultado, quienes no tienen que convivir con ella se alejan de manera progresiva e inexorable. El paciente encuentra que los amigos han dejado de llamarlo, que al buscar trabajo tiene que esconder sus antecedentes psiquiátricos, o que si quiere conseguir una pareja va a tener que mentir sobre algunos de los aspectos más importantes y dolorosos de su vida.

Para tratar de contrarrestar las consecuencias del estigma es preciso modificar estas reacciones ante los problemas de salud que afectan la conducta; ante todo, que los afectados y sus familias no se escondan. Al revertir la actitud de ocultamiento vergonzante contribuimos a que la sociedad adquiera conciencia de la existencia y de la alta incidencia de estas afecciones. Las organizaciones de ayuda mutua desempeñan una importante función en el cambio de las actitudes colectivas (Kurtz, 1988)

No padecer la enfermedad sino combatirla: En algunos grupos se desarrollan capacidades para luchar contra la enfermedad. Se busca así que todos reconozcan que existen recursos para enfrentar activamente las dificultades, en vez de padecerlas pasivamente: fomentamos una actitud colectiva que se opone a la desmoralización que sobreviene cuando una enfermedad crónica es percibida no solo como incurable sino también como inmanejable. Oponemos la figura estigmatizante de una "enfermedad incurable", la de una "disfunción controlable"

El comportamiento solidario como modelo: Tanto los pacientes como sus familias se sienten útiles para los demás cuando se dan cuenta de que sus experiencias pueden ser transmitidas provechosamente (Ca, 1994) La autoestima de quien compone el núcleo familiar tiende a erosionarse con años de una enfermedad crónica. Pero este desgaste emocional es el costo de una valiosa experiencia acumulada, que es transmitida a quienes aun no saben enfrentar las situaciones que plantea la afección dentro del

núcleo familiar. Quien muestra un modo de proceder que le ha resultado de utilidad demuestra una pericia que es valorada, y es percibido en el grupo como un modelo a ser imitado (Heller, 1997) Los demás se sienten apoyados por quien han pasado lo mismo que ellos. Éste apoyo es vivido emocionalmente como diferente del tipo de asistencia que puede brindar un médico.

Los integrantes de las familias aceptadas se sienten comprendidos y aliviados al tomar contacto con otras familias que han tenido que enfrentar el mismo problema. Se dan cuenta de que no están solos, y suelen poner su problema en una nueva dimensión al comprobar que existen situaciones todavía mas graves que la de ellos.

Por otra parte, esta bien estudiada la carga que representa para el núcleo familiar la convivencia con un integrante gravemente perturbado. Esta exigencia acarrea diversas consecuencias: es característico de las enfermedades mentales crónicas que las actitudes de las familias oscilan entre la reacción de rechazo, que determinan internaciones prolongadas y hasta definitivas, y las actitudes de sobreprotección. La suma de la dedicación objetiva que requiere el paciente, a la que se agregan las actitudes de sobreprotección, en temor a dejarlo solo, el ocultamiento de la enfermedad ante los ajenos a la familia, hacen que la familia se repliegue sobre sí misma y tienda a aislarse del contacto social (Vaughn, 1984). Las organizaciones de ayuda mutua intentan contrarrestar esta tendencia, generando redes de interacción entre familias a partir de la preocupación común (Cuijpers, 2000). Las familias entienden que no es bueno para nadie – sobre todo, tampoco para el paciente- que otros integrantes de la familia dediquen su vida a cuidarlo y que la enfermedad se transforme en su única preocupación. Todos los miembros de la familia necesitan proseguir sus objetivos personales, preservando sus espacios sociales y recreativos. La aceptación de estas necesidades como válidas es una de las finalidades del entrenamiento de las familias (Borman, 1989) En los grupos, los familiares cotejan la manera de encarar las situaciones problemáticas. Encuentran semejanzas y destacan las diferencias. Observan el modo en que otras familias enfrentan los obstáculos, comparan las posibles alternativas de acción y adoptan nuevos y mejores modos de resolver las dificultades que se presentan (Heller, 1997).

ESQUIZOFRENIA-TRATAMIENTO BIOPSIICOSOCIAL

El siguiente es un resumen del trabajo presentado por el Dr. Pablo Díaz M D.,FRCP(C)
Programa de Esquizofrenia. Centro de Adicciones y Salud Mental de la Universidad de Toronto, Canadá.

Eficacia del tratamiento Biológico y Psicosocial en base a evidencias

TRATAMIENTO BIOLÓGICO

La eficacia entre los antipsicóticos atípicos (AA) y los tradicionales es semejante. La ventaja inicial de los AA estaba en la reducción del efecto EP(extrapiramidal). Pero los AA tienen otros efectos colaterales, como el riesgo de aumento de peso, diabetes e hipercolesterolemia entre otros.

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Se enfoca no solo la enfermedad y el control de los síntomas, sino también el impacto psicológico de la misma en la vida de la persona y su funcionamiento e integración en la comunidad.

El éxito va mas allá de la ausencia de síntomas.

El tratamiento biopsicosocial es un enfoque comunitario que busca el mejoramiento de la calidad de vida. Es un trabajo multidisciplinario, en equipo con familias y redes de apoyo social. Incluye psicoeducación e investigación.

La rehabilitación psicosocial requiere de un funcionamiento cognitivo mínimo para el programa de entrenamiento de habilidades que se refuerza con psicoeducación para conseguir el apoyo familiar.

Sólo el 15% llega a obtener un trabajo competitivo. El resultado más efectivo se logra con el empleo y apoyo continuo

El 85% de los individuos con esquizofrenia que viven en la comunidad funcionan compensando sus discapacidades cognitivas

La farmacoterapia es indispensable, pero no suficiente en el tratamiento de la esquizofrenia

La evaluación cognitiva es básica para incorporar objetivos de rehabilitación psicosocial. Ésta mejora los resultados clínicos y funcionales.

Un nuevo integrante, la Fundación de Salud mental FUNSAME en Bolivia, dirigida por Teresa Pardo Gracia. www.funsame.org