Pacientes y grupos de apoyo

TIME TO COMMIT TO POLICY CHANGE

Esquizofrenia

Guía de ayuda para el cambio de políticas para pacientes y grupos de apoyo

Wolfgang Fleischhacker
Celso Arango
Paul Arteel
Thomas R E Barnes
William Carpenter
Ken Duckworth
Silvana Galderisi
Martin Knapp
Stephen R Marder
Norman Sartorius

La publicación de estas recomendaciones se ha financiado con una beca educativa de F. Hoffmann-La Roche que no influyó en el contenido editorial

Autores

Professor Wolfgang Fleischhacker (Chair)
Innsbruck Medical University, Innsbruck, Austria

Professor Celso Arango
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERSAM, Madrid, España

Mr Paul Arteel
GAMIAN-Europe, Bruselas, Bélgica

Professor Thomas R E Barnes
Imperial College London and West London Mental Health NHS Trust, Londres, Reino Unido

Professor William Carpenter
Maryland Psychiatric Research Center, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, MD, EE. UU.

Dr Ken Duckworth
National Alliance on Mental Illness, Arlington, VA, EE. UU.

Professor Silvana Galderisi
Second University of Naples, Nápoles, Italia

Professor Martin Knapp
London School of Economics and the Institute of Psychiatry, King's College London, Londres, Reino Unido

Professor Stephen R Marder
Semel Institute, UCLA, and the VA Desert Pacific Mental Illness Research Education and Clinical Center, Los Angeles, CA, EE. UU.

Professor Norman Sartorius
Association for the Improvement of Mental Health Programmes, Ginebra, Suiza

Esta publicación resume las principales recomendaciones y medidas para pacientes y grupos de apoyo contenidas en el informe completo, *Esquizofrenia – Es hora de comprometerse a un cambio de políticas*, al cual puede accederse desde el siguiente link:

http://www.oxfordhealthpolicyforum.org/schizophrenia-time-to-commit-to-policy-change

Los autores quieren agradecer al Profesor Howard H Goldman por su apoyo y asesoramiento en la elaboración del documento. El informe completo ha sido respaldado por las siguientes organizaciones:

- American College of Neuropsychopharmacology
- American Psychiatric Nurses Association
- Brain & Behavior Research Foundation
- European Brain Council
- European College of Neuropsychopharmacology
- European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness
- European Federation of Psychiatric Trainees
- Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe
- National Alliance on Mental Illness
- National Council for Behavioral Health
- Royal College of Psychiatrists
- Schizophrenia International Research Society
- Vinfen
- World Federation for Mental Health

TIME TO COMMIT TO POLICY CHANGE

Recomendaciones para el cambio de políticas

La esquizofrenia tiene un enorme impacto personal, social y económico. Además, la opinión pública acerca de la esquizofrenia conduce a la aparición de prejuicios y discriminación.

Por tanto, recomendamos a los responsables políticos locales, regionales y nacionales la adopción de las siguientes medidas políticas.

1. Proporcionar a las personas con esquizofrenia un conjunto de medidas asistenciales integradas basado en la evidencia que cubra sus necesidades de salud física y mental. Los profesionales sanitarios deben establecer la base de este conjunto de medidas mediante un abordaje integral. Asimismo, estas medidas han de ser respaldadas por los sistemas nacionales de salud y por los centros educativos y de investigación.

2. Proporcionar apoyo a las personas con esquizofrenia para que se integren y permanezcan en la comunidad, y desarrollar mecanismos que les ayuden a orientarse a través de los sistemas de empleo y prestaciones socio-sanitarias, a menudo complejos, para promover su recuperación. Se deben instaurar y desarrollar asimismo políticas y programas de formación que apoyen la integración de las personas con esquizofrenia en su comunidad, lugar de trabajo o centro educativo.

3. Proporcionar a familiares y cuidadores de personas con esquizofrenia programas específicos de apoyo informativo y de formación, centrados en la mejora en la atención de su familiar con la menor perturbación posible de sus propias vidas.

4. Consultar a los profesionales sanitarios y otras entidades directamente implicadas en el manejo de la esquizofrenia (incluyendo las organizaciones/asociaciones de apoyo a personas con esquizofrenia, sus familiares y cuidadores), con el fin de revisar, actualizar y mejorar periódicamente las políticas de gestión de la enfermedad.

5. Apoyar de forma proporcional al impacto de la enfermedad la investigación y el desarrollo de nuevos tratamientos que mejoren la perspectiva global de las personas con esquizofrenia (incluyendo los tratamientos centrados en el manejo de los síntomas negativos y déficits cognitivos).

6. Establecer campañas periódicas de concienciación para mejorar el conocimiento de la esquizofrenia en la población general, que se realicen de forma continuada con adecuada financiación; hacer hincapié en la importancia de una actitud social positiva hacia las enfermedades mentales; informar de los medios de apoyo disponibles para el manejo de la esquizofrenia; y generar rechazo a actitudes y manejos discriminatorios. Dichas campañas deben ser parte integral de los planes de acción rutinarios.

Nuestras recomendaciones se basan en la evidencia procedente de la investigación, en consultas realizadas a las partes interesadas y en ejemplos de buenas prácticas, a nivel mundial.

Resumen ejecutivo

En este informe se resumen la evidencia y los hallazgos consensuados tras los debates de un grupo internacional de psiquiatras, investigadores, enfermeros especializados, pacientes y familiares/cuidadores, todos ellos con conocimientos específicos y experiencia en el campo de la esquizofrenia. El grupo se reunió en varias ocasiones, poniendo en común conocimientos de primer orden sobre la base científica y clínica de la esquizofrenia, e información de primera mano sobre la realidad de vivir día a día con la enfermedad.

Cabe destacar que este grupo tan diverso alcanzó tres conclusiones claras, basadas en la evidencia.

- Para las personas con esquizofrenia, la probabilidad de presentar una buena evolución ha aumentado considerablemente en las últimas décadas. En la actualidad con un manejo adecuado muchas de las personas afectadas por esta enfermedad pueden tener una calidad de vida aceptable.
- Un enfoque moderno para el manejo de la esquizofrenia debe aspirar a dirigir a los pacientes hacia el camino de la recuperación de la función normal, así como al alivio de los síntomas.
- Promover el cambio hacia una visión más positiva de la esquizofrenia exige un cambio radical de políticas.

Mejorar la atención sanitaria de la esquizofrenia: acercando nuestro derecho humano fundamental

Durante los últimos 20 años, la atención sanitaria de la esquizofrenia ha mejorado, aunque a muchas personas con esta enfermedad les sigue resultando difícil llevar una vida productiva en sociedad; mejorar la atención sanitaria de las personas con esquizofrenia debe ser una prioridad en la política sanitaria.

¿Qué es la esquizofrenia?

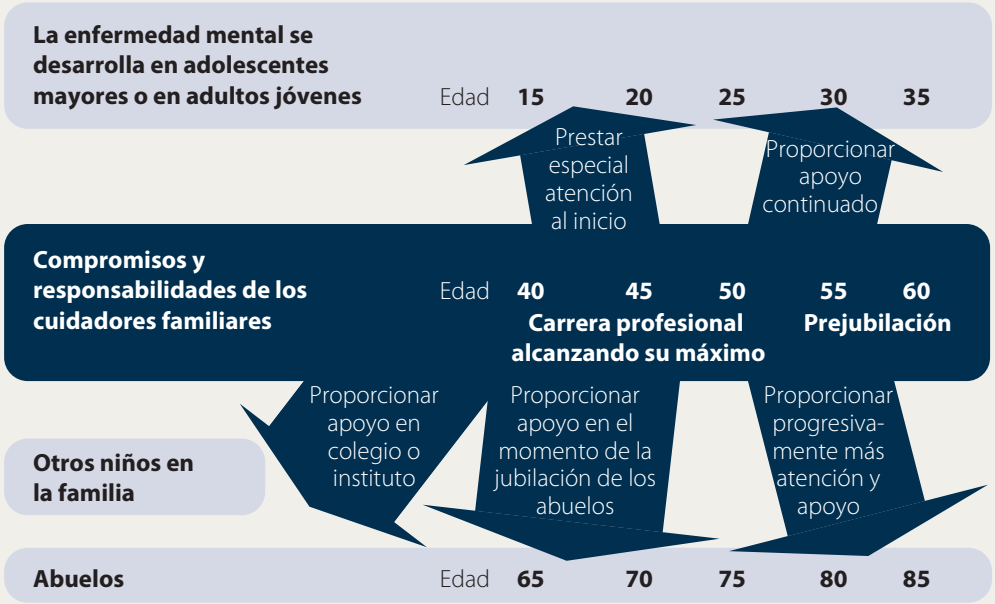
El término esquizofrenia describe un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de alteraciones en el pensamiento y en la percepción y un aumento o disminución de la expresión emocional. Afecta al bienestar de la persona, acorta la esperanza de vida y está entre las diez primeras causas de discapacidad a nivel mundial.[1] Al menos 26 millones de personas en el mundo padecen esquizofrenia[2] mientras el doble de personas se ven afectadas indirectamente por la enfermedad (p. ej.: los familiares/cuidadores). Sin embargo, es importante saber que con la atención y el apoyo adecuados, las personas con esquizofrenia pueden recuperarse y llevar una vida plena en la comunidad.[3]

Consecuencias sociales para las personas con esquizofrenia

A pesar de lo que ha mejorado la actitud social, muchas personas con esquizofrenia siguen siendo objeto de aislamiento social, prejuicios y discriminación. Esto puede frenarles a la hora de buscar ayuda para la enfermedad, así

Carga para los cuidadores familiares: ¿cuál es la perspectiva global?

- Cuando una enfermedad mental debuta en la infancia, la edad de los cuidadores/familiares (40–60 años) y la posibilidad de separación o divorcio pueden suponer una gran presión y estrés familiar.



Reproducido con el permiso de EUFAMI.

como afectar sus relaciones personales y empleos. Además, en los familiares y amigos de estas personas la enfermedad supone una carga importante, al ocuparse de la mayor parte de sus cuidados diarios.

Convertir las *buenas* prácticas en *norma*: se necesita invertir

Es imprescindible que todas las herramientas disponibles estén al alcance de las personas con esquizofrenia que las necesiten. Aún es necesario mejorar en la identificación y el tratamiento precoz de la esquizofrenia. Mejorar la atención de las personas con esquizofrenia debe ser una de las prioridades de las políticas sanitarias.

El concepto de recuperación

Cada vez se hace más hincapié en la recuperación, así como en la mejoría de los síntomas, como objetivo del tratamiento. Este concepto ha dado lugar a una aceptación universal de que es posible conseguir cierto grado de recuperación de la función normal, así como de que algunas personas con esquizofrenia pueden conseguir una recuperación completa.[4]

Cabe destacar que el 'movimiento hacia la recuperación' ha sido liderado por personas con esquizofrenia. Desde su perspectiva, la recuperación puede verse como un proceso de crecimiento personal a pesar de la presencia de la enfermedad mental.[5] La resiliencia y capacitación de estas personas desempeñan un importante papel en la recuperación: cada persona utiliza sus puntos fuertes para desarrollar estrategias que le permitan lidiar con los síntomas residuales y centrarse en la dirección que deseen dar a sus vidas. Para una persona con esquizofrenia, la recuperación se centra en progresar más allá de los efectos psicológicos de esta enfermedad hacia una vida plena en la comunidad.[4] Los estudios muestran que muchas de las personas con esquizofrenia tienen un buen pronóstico a largo plazo, y hay cierta evidencia de que muchas de ellas no requerirán tratamiento de mantenimiento.[3,6]

¿Qué más se puede hacer?

- Reconocer que muchas personas con esquizofrenia pueden, en definitiva, llevar una vida plena y productiva en la comunidad.
- Considerar el potencial de recuperación como el principio básico para las recomendaciones de tratamiento. Estas recomendaciones deben contar con el mutuo acuerdo de los profesionales sanitarios y las personas con esquizofrenia (o sus representantes, si procede).
- Desarrollar campañas de comunicación que informen a una amplia audiencia sobre el movimiento hacia la recuperación en la esquizofrenia.
- Estimular a los pacientes para que tomen la iniciativa y utilicen su fortaleza interior para desarrollar todo su potencial.

Enfoques actuales para el tratamiento de la esquizofrenia

La combinación de tratamiento farmacológico y terapias psicosociales para la esquizofrenia y la atención a la salud física mejoran el pronóstico de la enfermedad.

Tratamiento farmacológico

Los medicamentos que se utilizan para tratar los síntomas de la esquizofrenia (antipsicóticos) son eficaces en la reducción de los síntomas positivos (p. ej.: alucinaciones y delirios); sin embargo, no tratan adecuadamente los síntomas negativos (p. ej.: poca motivación y expresión emocional disminuida) ni cognitivos (p. ej.: problemas de memoria, toma de decisiones y habilidades verbales). Se están realizando estudios dirigidos a la búsqueda de estrategias farmacológicas que sean eficaces en el tratamiento de los síntomas negativos y cognitivos de la esquizofrenia.[7,8]

Los síntomas negativos y cognitivos también pueden contribuir a que el paciente no se tome la medicación de la forma prescrita, lo que puede originar recaídas y hospitalizaciones.[4] El mero hecho de tomar antipsicóticos puede hacer que una persona se sienta "diferente",[9] lo que puede suponer un motivo más para dejar el tratamiento farmacológico.[10]

Tratamiento psicosocial

Las terapias psicosociales y la psicoterapia son importantes en el tratamiento de la esquizofrenia. Mejoran el funcionamiento de los pacientes en la comunidad, lo que a su vez puede ayudar a mejorar los síntomas y reducir el número de recaídas u hospitalizaciones.[11] Entre los tratamientos psicosociales que pueden ser útiles destacan la terapia cognitivo-conductual (un tipo de psicoterapia cuyo objetivo es cambiar los patrones de pensamiento y las conductas resultantes), la terapia familiar y la psicoeducación.

¿Qué más se puede hacer?

- Animar a los pacientes a trabajar junto con sus familias, cuidadores y médicos para acordar los objetivos del tratamiento; lo que debería ayudarles a tomar su tratamiento de la forma prescrita.
- Recordar que las preferencias en cuanto al tratamiento varían entre personas; la toma de decisiones debe ser una tarea compartida entre el equipo médico y la persona con esquizofrenia.
- Informar a las personas con esquizofrenia de que existen diferentes alternativas terapéuticas.

Las ***estrategias de apoyo dirigidas por personas afectadas y los grupos de autoayuda*** desempeñan un papel importante en la atención orientada a la recuperación. Las personas afectadas por esquizofrenia pueden aportar información valiosa sobre la enfermedad, y su participación en grupos de autoayuda les permite ayudarse a sí mismos y al resto de integrantes del grupo (Tabla 1).[12] Este apoyo puede mejorar de manera significativa el bienestar y la calidad de vida de los pacientes, y debería estar disponible para todas las personas con esquizofrenia. En la página 8 se incluyen algunos de los grupos que ofrecen ayuda a las personas con esquizofrenia.

¿Qué más se puede hacer?

- Fomentar la incorporación del paciente a asociaciones y grupos de autoayuda.
- Animar a los pacientes que han alcanzado la recuperación a compartir sus experiencias y a actuar como modelo.
- Establecer programas para comunicar los posibles beneficios de las intervenciones psicosociales a los responsables de la gestión sanitaria y otras personas implicadas en la política sanitaria, y garantizar que se reconozcan los beneficios de las terapias que han demostrado ser efectivas.
- Unir fuerzas con otros grupos y personas interesadas para garantizar que se lleven a cabo programas eficaces de educación pública y psicoeducación que lleguen a la audiencia adecuada.
- Garantizar que los servicios dirigidos por las personas afectadas estén disponibles para todos los que puedan beneficiarse de los mismos.

El impacto añadido de la enfermedad fisica física

Es muy probable que las personas con esquizofrenia también tengan enfermedades físicas, con una esperanza de vida entre 15 y 20 años menor que la de la población general.[13,14] Las altas tasas de enfermedad cardiaca y de tabaquismo dan lugar a un empeoramiento de la salud y un aumento de la mortalidad prematura.[15] También es frecuente el abuso de alcohol y de drogas (especialmente cannabis) el cual se asocia a un aumento de las tasas de recaída y hospitalización, y al desarrollo de enfermedades físicas.[10]

Tabla 1. Áreas en las que los grupos dirigidos por las personas afectadas y grupos de apoyo pueden ayudar.[12]

- Información sobre la situación actual y las experiencias de las personas con esquizofrenia en la sociedad
- Información sobre psicoeducación
- Información actualizada sobre las creencias y las actitudes que pueden impulsar el cambio, p. ej.: el conocimiento del modelo hacia la recuperación puede cambiar la actitud de una persona frente a su enfermedad
- Formación para los pacientes y sus familias

Las necesidades relativas a la salud física de las personas con enfermedades mentales a veces no se reconocen o tratan de forma apropiada.[14] Sin embargo, en los últimos años, se viene prestando mayor atención a las enfermedades físicas de las personas con esquizofrenia. Esto ha supuesto una mejor coordinación de los servicios sanitarios, en la que destaca el papel de los médicos de atención primaria. Los cuidadores están también cada vez más implicados en vigilar el bienestar físico de las personas con esquizofrenia; de hecho, los familiares y los médicos a menudo reconocen los problemas de salud física con mayor facilidad que los propios enfermos.[15]

¿Qué más se puede hacer?

- Garantizar que a las personas con esquizofrenia no se les niegue el acceso a una atención adecuada a su salud física debido a prejuicios o discriminación.
- Instar a los pacientes, familiares y cuidadores de las personas con esquizofrenia a que vigilen los problemas de salud física.
- Animar a los pacientes a adoptar estilos de vida saludables y a participar en programas de ayuda para dejar de fumar y hacer frente al abuso de alcohol u otras drogas.

Un entorno favorable fomenta la recuperación

¿Cuáles son las barreras para la recuperación?

Un entorno favorable resulta crucial para que las personas con esquizofrenia consigan los resultados deseados. Por ejemplo, el tener un empleo, un lugar donde vivir y relaciones personales cercanas puede favorecer la recuperación. Por desgracia, los prejuicios y la discriminación a menudo dificultan una evolución favorable,[16] aunque con los esfuerzos continuados de los grupos dirigidos por pacientes y grupos de apoyo se pueden reducir estas percepciones negativas.

La tasa de **desempleo** en las personas con esquizofrenia es alta, aunque se han introducido programas para ayudarles a encontrar trabajo; las intervenciones de empleo con apoyo pueden producir ahorros cuantiosos así como reducir el riesgo de hospitalización.[17,18] Otras barreras para la recuperación incluyen el **no tener hogar** o el **contacto con el sistema penal de justicia**. Se calcula que en Europa el 15 % de las personas con esquizofrenia no han tenido dónde vivir en algún momento de su enfermedad.[19] Aproximadamente el 8 % de la población penitenciaria tiene psicosis, mientras que un 2 % cumple los criterios para un diagnóstico formal de esquizofrenia, en comparación con el 0,5 % o menos de la población general.[17]

Sistemas de prestaciones complicados

Aunque los sistemas de prestaciones sociales son fundamentales para las personas con esquizofrenia que no pueden trabajar, el sistema de prestaciones también puede suponer una barrera para encontrar empleo.[20] A menudo los pacientes no disponen de información sobre el apoyo disponible (lo que puede retrasar la asignación de prestaciones) o puede ser difícil acceder a ella, especialmente cuando hay un problema de alfabetización.

Comunicación y educación sobre la esquizofrenia

Las campañas de psicoeducación dirigidas a la población general pueden ser beneficiosas para aumentar la concienciación sobre la esquizofrenia, disminuir las actitudes negativas hacia las enfermedades mentales y reducir el tiempo de psicosis no tratada (Figura 1).[21,22]

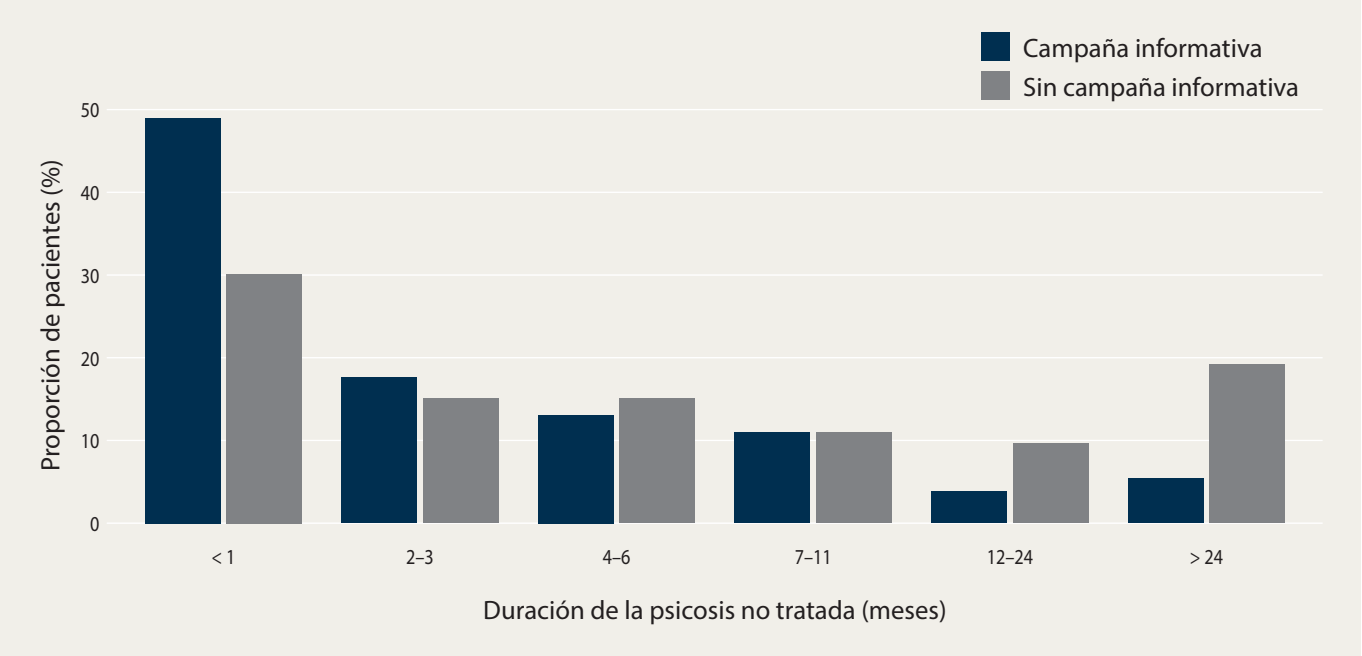


Figura 1. Se ha demostrado que las campañas informativas tienen un efecto beneficioso en la duración de la psicosis no tratada.[22]

Cuando se realizan campañas informativas, aumenta la probabilidad de que las personas afectadas busquen ayuda, lo que reduce el tiempo en que la psicosis no es tratada adecuadamente. Figura adaptada de Joa *et al. Schizophr Bull* 2008;34:466–72.

Es importante señalar que estas campañas deberían ser un proceso continuado, ya que las campañas puntuales tienen un efecto limitado.[23]

Los servicios de atención a las personas con esquizofrenia a menudo están fragmentados, lo que puede dificultarles orientarse en el sistema. Las intervenciones dirigidas por personas afectadas y grupos de apoyo pueden proporcionar ayuda a las personas para guiarles a través de este complicado sistema y aconsejarlas adecuadamente.

Además, los grupos de apoyo, tales como Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (NAMI), la Alianza Global de la Red de Grupos de Apoyo para Personas con Enfermedad Mental (GAMIAN), GAMIAN-Europa y la Federación Europea de Asociaciones de Familiares de Personas con Enfermedad Mental (EUFAMI), hablan alto y claro en apoyo de las personas afectadas por trastornos mentales, aportan información y formación y protagonizan campañas contra el estigma y la discriminación.

¿Qué más se puede hacer?

- Ofrecer orientación y asesoramiento para garantizar que las personas con esquizofrenia reciban las prestaciones a las que tienen derecho.
- Participar en campañas de psicoeducación (preferiblemente campañas multimedia, con un enfoque de marketing social) dirigidas a la población general a fin de cambiar la actitud hacia la esquizofrenia; destacar la necesidad de poner fin a la discriminación a la que se enfrentan las personas con esquizofrenia cuando buscan empleo o formación.
- Garantizar el acceso a asesoramiento y apoyo proporcionado por organizaciones de personas afectadas, particularmente para las personas jóvenes con esquizofrenia.

Conclusiones

- ***Mejorar la vida de las personas con esquizofrenia*** es un objetivo factible. Hemos recorrido un largo camino para intentar acercarnos a este objetivo en los últimos años, aunque queda mucho camino por recorrer (que debe recorrerse). La atención con éxito requiere **un abordaje integral en equipo** en el que intervengan psiquiatras, otros profesionales sanitarios, trabajadores sociales y otras agencias externas. Asimismo, implica la colaboración de personas con esquizofrenia, sus familias y otros grupos de apoyo.
- Para conseguir una atención con éxito es necesaria **la financiación adecuada**, al menos equivalente a la de otras patologías médicas como el cáncer y las enfermedades cardiacas, para investigación, tratamiento, servicios y formación de futuros profesionales. Actualmente, la financiación de las terapias psicosociales potencialmente efectivas por los sistemas públicos varía entre los diferentes países; por consiguiente, a muchos pacientes se les niega el tratamiento. También se necesita más apoyo para realizar estudios independientes de intervenciones posiblemente beneficiosas.
- La implementación de las recomendaciones establecidas al comienzo de este informe exige **el compromiso de todas las partes interesadas**. Con el compromiso de todos, el cambio es posible.

Reseñas bibliográficas

1. Murray CJL, Lopez AD. Burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health, on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.
2. World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/ (Acceso el 30 de agosto de 2013).
3. Bellack AS. *Schizophr Bull* 2006;32:432–42.
4. Lieberman JA *et al. Psychiatr Serv* 2008;59:487–96.
5. Mueser KT *et al. Annu Rev Clin Psychol* 2013;9:465–97.
6. Harrow M, Jobe TH. *Schizophr Bull* 2013;39:962–5.
7. Miyamoto S *et al. Mol Psychiatry* 2012;17:1206–27.
8. Goff DC *et al. Pharmacol Biochem Behav* 2011;99:245–53.
9. Sajatovic M, Jenkins JH. *Int Rev Psychiatry* 2007;19:107–12.
10. Barnes TR. *J Psychopharmacol* 2011;25:567–620.
11. National Institute for Health and Clinical Excellence. Disponible en: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11786/43607/43607.pdf (Acceso el 30 de agosto de 2013).
12. Ahmed AO *et al. Psychiatric Clin North Am* 2012;35:699–715.
13. Chang CK *et al. PLoS One* 2011;6:e19590.
14. Thornicroft G. *Br J Psychiatry* 2011;199:441–2.
15. The Schizophrenia Commission. Disponible en: http://www.schizophreniacommission.org.uk/the-report/ (Acceso el 30 de agosto de 2013).
16. Thornicroft G *et al. Lancet* 2009;373:408–15.
17. Andrew A *et al.* Disponible en: http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/LSE-economic-report-FINAL-12-Nov.pdf (Acceso el 30 de agosto de 2013).
18. Dixon LB *et al. Schizophr Bull* 2010;36:48–70.
19. Bebbington PE *et al. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:707–17.
20. Frey W *et al.* Disponible en: http://www.ssa.gov/disabilityresearch/documents/MHTS_Final_Report_508.pdf (Acceso el 30 de agosto de 2013).
21. Leff JP, Warner R. Social inclusion of people with mental illness. Cambridge, UK; New York: Cambridge University Press, 2006.
22. Joa I *et al. Schizophr Bull* 2008;34:466–72.
23. Stuart HL, Arboleda-Flórez J, Sartorius N. Paradigms lost: fighting stigma and the lessons learned. Oxford: Oxford University Press, 2012.

Grupos dirigidos por personas afectadas y grupos de apoyo

A continuación se mencionan algunos de los grupos que facilitan información y apoyo para las personas afectadas por esquizofrenia en Europa y EE. UU.

European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness
www.eufami.org

Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe
www.gamian.eu

National Alliance on Mental Illness
www.nami.org

TIME TO COMMIT TO POLICY CHANGE

Agradecimientos

Oxford PharmaGenesis™ Ltd, Reino Unido, y Oxford PharmaGenesis™ Inc, EE. UU. asistieron en la redacción y edición de este informe.

La publicación de estas recomendaciones se ha financiado con una beca educativa de F. Hoffmann-La Roche que no influyó en el contenido editorial.

© Oxford PharmaGenesis™ Ltd 2014

Edición corregida: primera edición publicado en 2013

Las opiniones expresadas en esta publicación no son necesariamente las opiniones del promotor o del editor. Reservados todos los derechos. Salvo en la medida permitida por las leyes de derechos de autor pertinentes, ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación o transmitida de manera alguna o por cualquier medio, sea electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otro modo, sin la previa autorización escrita del propietario de los derechos de autor. Cualquier acto no autorizado en relación con esta publicación puede dar lugar a demandas civiles o penales.

TIME TO COMMIT TO POLICY CHANGE

Esquizofrenia – Es hora de comprometerse a un cambio de políticas

Guía de ayuda para el cambio de políticas para pacientes y grupos de apoyo