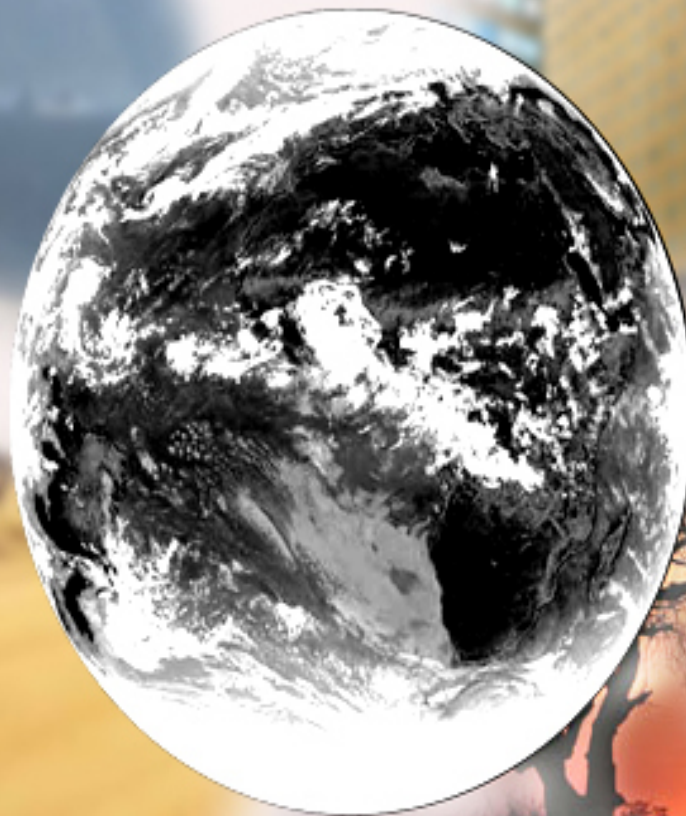




# BULLETIN



Volume 15(1) Jun 2005  
*www.wapr.net*

World Association of Psychosocial Rehabilitation  
Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial  
Association Mondiale pour la Rehabilitation Psychosocial



## TABLE OF CONTENTS/ Índice

### EDITORIAL / Editorial

- *“Looking back and moving ahead”* Angelo Barbato. WAPR President. 3

### MAIN ARTICLES/ Artículos Principales.

- *The asian december 26<sup>th</sup> 2004 earthquake and tsunami its psychosocial consequences and responses/* Deva, M.P. Ipoh. Malaysa. 6
- *Madrid, 11 de marzo 2004. Respuestas ciudadanas y de los sistemas sanitarios de salud mental/* Juan González Cases. Madrid. Spain. 8

### ENTREVISTAS/ Interviews

- *Gaspar Dacosta.* Coordinador de Salud Mental de la República de Panamá. 10
- *Begoñe Ariño.* ExPresidente y Portavoz de EUFAMI.. 12

### LETTERS/Cartas

- *Smokers with psychiatric disorders including nicotine dependence consume most U.S. cigarettes.* 15

### CONVOCATORIAS CONGRESOS/ Summons congresses. 16

### INFORMACIÓN WAPR/ Information WAPR.

- *Declaration of Kobe On the Human Rights of People with Mental Illness.* 17
- *Curso WAPR en Panamá. Ricardo Guinea.* 19

### HEMEROTECA/ Newspaper Library J.J.Uriarte. 21

### BOARD OF DIRECTORS 2003-2006/ Directorio 2003-2006. 24

# EDITORIAL/

*\*Angelo Barbato. WAPR President*

Versión  
en castellano

Français  
Version

## “LOOKING BACK AND MOVING AHEAD”

The World Association for Psychosocial Rehabilitation could be considered as a newcomer among the societies in the mental health field, because it was established in 1986 in France and therefore will celebrate its twentieth birthday at its ninth congress, to be held in Athens next year. Its steadily growth over the last years mirrored the ever increasing importance of the prevention and reduction of social disability as a frame of reference for the community care of people with severe mental disorders.

Today our association is working closely with the World Health Organization, the United Nations Economic and Social Council and the International Labour Office. Moreover, it also maintains close relations with the European Commission, the African Rehabilitation Institute and many other agencies across the world.

We have to point out that membership of the WAPR is open not only to mental health professionals, but also to researchers of various disciplines, administrators, policy makers, consumers and their relatives, advocacy groups.

Therefore, the WAPR is at the same time a scientific society, a multi-disciplinary professional organization and an advocacy group. This is because its primary aim is to provide to all stakeholders a forum for the ongoing discussion of the relevant issues concerning the long-term mental health care. Moreover, WAPR, as an international Non-Governmental Organization, is committed to build a positive climate for cross-national relations based on equal partnership and mutual collaboration across cul-



*Angelo Barbato. WAPR President*

tural, political, religious and linguistic boundaries. Our ambition is to speak to a worldwide audience, overcoming the limitations of current scientific exchanges, too often restricted to professionals from a small bunch of high-income western countries.

Therefore, in the time frame between our world congresses, it is important to promote initiatives in all regions of the world, to establish close links between our national branches and to bridge the gap between the activities at the local and worldwide level. We had good examples of this strategy in the recent past:

The establishment of the South-East Asian Forum on Mental Health and Psychiatry, thanks to the efforts by our representatives in the area. The Forum organized a meeting in Sri Lanka in September 2003 and a second conference will follow still in Sri Lanka the next July.

The regional meeting in Lahore, organized by our friends from Pakistan on September 2004, where I have been moved by seeing Indian and Pakistani psychiatrists

working together for the first time since many years.

In the same vein, our Spanish chapter is organizing the European conference the next November.

Psychosocial rehabilitation now is coming of age and can no longer be considered as the Cinderella in the mental health arena. It is time to look at the same time back and forward, to review its original foundations, its past development and its future. We will do it in our next world congress, where we will explore three broad areas: research, practices and policies.

Ten years ago the joint WHO/WAPR consensus statement defined psychosocial rehabilitation as a strategy aimed at increasing the opportunities for any individual impaired or disabled by a mental disorder to reach their optimal level of functioning in the community, by both improving individuals' competencies and introducing environmental changes.

Today our ambition is to bring together the rigor of the scientific inquiry, the humanistic view, the attention to social and political context, the everyday experience of care, the empowerment of persons struggling for health.

When it is necessary, we have to swim against the mainstream, striving against any biomedical or technical reductionism, which is a danger even when practiced with good intentions within the framework of psychosocial rehabilitation. Unfortunately, we know that the road to hell is paved with good intentions.

The current evolution of the mental health field requires that WAPR tighten its relations with scientific societies whose mission and goals are close to ours, such as the World Association for Social Psychiatry (WASP) and the International Society for Psychological Treatment of Schizophrenia (ISPS). Moreover, the growing role of consumers (or clients, users, survivors or whatever you want) as active protagonists in rehabilitation requires a careful attention of all of us to the consumers' movement,



*"WAPR New York Board Meeting. August 2003."*

its needs, views, aims and requests. To this end, we are planning in collaboration with World Health Organization a two-day international conference in Milan on 10-11 June, entirely devoted to the consumers' movement in mental health. The conference should give a worldwide perspective of the consumers' movement, provide a forum for the presentation of consumers' positions and opinions on a number of key issues, give an opportunity for reciprocal clarification and open debate among consumers, professionals and family members, in which common grounds and differences can be outlined. We have a short way behind us and a much longer one ahead of us. We welcome everybody interested in fighting the disability related to mental disorders and raising the quality of life of people willing to achieve mental health and social inclusion./

*\*Angelo Barbato. WAPR President*



**INTERNATIONAL CONFERENCE**

*"Mental health care in south Asia. Improving access and delivery"*

**Colombo, Sri Lanka, 24th-27th July 2005**

*Organised by World Psychiatric Association South Asian Forum on Mental Health & Psychiatry, UK Chapter*

*In collaboration with*

Sri Lanka College of Psychiatrists

Royal College of Psychiatrists, UK

World Association for Psychosocial Rehabilitation

*Information: Prof Nalaka MendisKinsey Road,  
Colombo 8 Sri Lanka*

# NOTAS DEL EDITOR/ EDITOR'S REMARKS/

## English Version

Un nuevo equipo editorial se hace cargo del Boletín de WAPR. Una pequeña empresa que emplea a usuarios se hará cargo de la parte técnica, y un pequeño equipo reunirá los originales y tratará de facilitar al máximo su difusión, incluyendo añadir una traducción en forma de *abstract* a los artículos. Cuando sea posible presentaremos la traducción completa. Esperamos que se comprenda que desgraciadamente no podremos ofrecer traducciones al inglés de calidad excepto en las contadas ocasiones en que por tratar de documentos importantes, como es el caso de la declaración de Kobe, podamos pedir ayuda a traductores profesionales.

Por ello pedimos la colaboración de los miembros del Board para obtener originales o información que publicar. Así que necesitaremos originales breves (alrededor de 1500 palabras sería adecuado) para las diferentes secciones. Información, novedades científicas, referencias bibliográficas, o cualquier otra cosa que pueda ser de interés general serán muy bienvenidas. Esperamos ser capaces de mantener el nivel de las anteriores publicaciones de WAPR./

**Ricardo Guinea. Editor del Boletín**

WAPR. Madrid. España.

**International Conference**  
**MENTAL HEALTH CARE IN SOUTH ASIA**  
**IMPROVING ACCESS AND DELIVERY**



Colombo, Sri Lanka, 24th-27th July 2005

Organised by  
World Psychiatric Association  
South Asian Forum on Mental Health & Psychiatry, UK Chapter

In collaboration with  
Sri Lanka College of Psychiatrists  
Royal College of Psychiatrists, UK  
World Association for Psychosocial Rehabilitation

Information: Prof Nalaka Mendis  
Kinsey Road, Colombo 8  
Sri Lanka  
E-mail: [nalaka@sri.lanka.net](mailto:nalaka@sri.lanka.net)

**I CONGRESO SO**  
FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES  
DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL  
BY CONGRESO  
DE LA ASOCIACIÓN MANDRIEN DE REHABILITACIÓN



**Madrid**  
**24-26 Noviembre 2005**

Dirección de correo electrónico: [congresoefarp@hotmail.com](mailto:congresoefarp@hotmail.com)  
dirección: A.M.R.P., Pº Gral. Martínez Campos 36 Bajo 28010 Madrid.

PRIMER ANUNCIO Y CONVOCATORIA

# CREDITS/ CRÉDITOS/ WAPR Bulletin

World Association for Psychosocial Rehabilitation

World Association for Psychosocial Rehabilitation  
Bulletin.  
Bulletin de l'Association Mondiale pour la Réhabilitation  
Psychosociale.  
Boletín de la Asociación Mundial de Rehabilitación  
Psicosocial.

## WAPR Bulletin

[www.wapr.net](http://www.wapr.net)

WAPR [www.wapr.net](http://www.wapr.net) is registered as a non-profit organization in France and Italy; it is recognized as a charity in Madras (India) and Edinburgh, (Scotland, U.K), registered as a voluntary, non-profit organization in New York State (U.S.A.) WAPR has a constitution approved at Vienne in 1986, amended at Barcelona in 1989, at Montreal in 1991, and at Dublin in 1993.

### WAPR HEAD OFFICE.

Mario Negri Institute, Via Eritrea 62; 20157 Milano. Italy.  
Tel: +39 02 39014431. Fax: +39 02 33200049 [dirba@tin.it](mailto:dirba@tin.it)

### EDITORIAL COMITEE (COMITÉ EDITORIAL)

#### Editorial Council (Consejo Editor)

Angelo Barbato. WAPR President. Milan. Italy.  
Zeb Taintor. WAPR Immediate Past President. New York.  
EE.UU.  
Michael Madianos. WAPR President-Elect. Athens. Greece.  
Lourdes Ladrado-Ignacio. WAPR . Secretary-General. Manila.  
Philippines.  
Ana Maria Fernandes Pitta. WAPR Vice President  
Salvador Bahia. Brazil.

#### Editorial Team (Equipo Editor)

Ricardo Guinea. WAPR Board Member. Madrid. Spain.  
Director. [guinea@hdmadrid.org](mailto:guinea@hdmadrid.org)  
José Uriarte. WAPR Board Member. Bilbao. Spain. Editor.  
Ramon Blasi. WAPR Regional Europe Vice-President.  
Barcelona. Spain. Editor.

#### EDITION (EDICIÓN)

Hospital de Día Madrid. c/ Manuel Marañón, 4. 28043 – Madrid  
(Spain). Tel. ++34 91 7596692 Fax. ++34 91 3003355  
[guinea@hdmadrid.org](mailto:guinea@hdmadrid.org)

#### DESING AND COMPOSITION (MAQUETACIÓN Y DISEÑO)

Proyecto Redes. [www.proyectoredes.org](http://www.proyectoredes.org)

#### ELECTRONIC DELIVERY (DISTRIBUCIÓN ELEC- TRÓNICA).

Edited in Hospital de Día Madrid. c/ Manuel Marañón, 4. 28043  
Madrid (Spain). Tel. ++34 91 7596692 Fax. ++34 91 3003355  
[guinea@hdmadrid.org](mailto:guinea@hdmadrid.org)

#### POST DELIVERY(DISTRIBUCIÓN POSTAL).

Printed in Mario Negri Institute, Via Eritrea 62; 20157 Milano.  
Italy. Tel: +39 02 39014431. Fax: +39 02 33200049  
[dirba@tin.it](mailto:dirba@tin.it)

# THE ASIAN DECEMBER 26<sup>th</sup> 2004 EARTHQUAKE AND TSUNAMI ITS PSYCHOSOCIAL CONSEQUENCES AND RESPONSES

R. Guinea. Summary based upon an article by P.Deva. Former WAPR President. Malaysia.

### TERREMOTO Y TSUNAMI ASIÁTICO DE 26 DE DICIEMBRE DE 2005. CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES Y RESPUESTAS.

#### ABSTRACT

Un terremoto de magnitud 9.0 causó un Tsunami que golpeó sin previo aviso las costas de Sudeste Asiático, un fenómeno cuyo precedente más reciente se remontaría a la erupción del volcán Karakatoa en Java. Aunque los efectos se sintieron primero en la provincia de Ached, al norte de Sumatra, solo fue hasta que las primeras listas de desaparecidos referidas a las zonas de vacaciones de Phang, Nga y Pukhet alcanzaron los titulares del mundo que se informó del horror de Sri Lanka, sur de India, etc. y de otras zonas devastadas. La ayuda local comenzó de inmediato desde Malasia, Tailandia, Singapur e India. Más tarde, equipos de Australia, Corea, Japón, Europa, Nueva Zelanda y USA, y de otros países. Fundamentalmente equipos médicos dotados de medios de transporte militares, terrestres y aéreos. En los países devastados por el Tsunami, como en el resto de los países de la zona, la psiquiatría no es ni ha sido una prioridad. Para dar un solo ejemplo, Sri Lanka dispone 5 psiquiatras para aproximadamente 5 millones de personas, por no hablar de psicólogos u otros profesionales. La fase de recuperación de cadáveres sobrepasó todo lo imaginable, con centenares de cuerpos apareciendo a diario entre el lodo. Los profesionales de la intervención psicosocial debieron afrontar la demanda simultánea de centenares de personas traumatizadas en las zonas urbanas, pero zonas rurales devastadas y poco accesibles que soportaron decenas de miles de desaparecidos no pudieron recibir ninguna ayuda. Se han celebrado varias reuniones con asistencia de representantes de ONGs y de OMS para discutir estrategias. Las propuestas aprobadas han sido, entre otras, solicitar ayuda urgente a la comunidad psiquiátrica internacional, que será coordinada permanentemente por la WPA; establecer una red de ayuda internacional con psiquiatras comprometidos y con experiencia en asistencia en desastres, establecer en futuro inmediato un fondo de emergencia para intervenciones inmediatas, revisar y aprobar manuales de intervención para formación de personal de intervención, y recomendar a todos los miembros de WPA que desarrollen planes y estrategias de contingencia a nivel local.

#### Versión en Castellano

The earthquake of 9.0 magnitude and the Tsunami struck with no warning in an area of south Asia not used to an angry sea of such cataclysmic proportions. The last Tsunami in the region was probably in the Karakatoa island explosion off Java in the late 1800s when half the island sank following a massive volcanic explosion.

The results of the Tsunami that followed the earthquake were first felt in the north Sumatra province of Ached but as an example of the problems of communication and news media coverage and local factors, was not immediately brought to the world's media attention. Instead the Andaman coast of the southern Thai holiday resort of Phang Nga and Pukhet hit the headlines first with list of casualties of a tidal wave.

The holiday coasts of south and east Sri Lanka followed the media headlines, with horror reports of death and destruction on a massive scale. It was only following that that the South Indian coasts of Tamil Nadu, Andhra, Kerala and Orissa were reported to have been affected by the fury of the massive Tsunami all some 2 hours or so from the epicenter of the quake.

But what of the massive land mass of the 5<sup>th</sup> largest Island in the world just minutes away from the epicenter, the Ached province of Sumatra? The world media got into it late and so the *world attention* came late. Local Indonesian relief started immediately. Nearby countries, several of them with kith and kin living in Ached knew immediately what happened and rushed in relief teams and equipment – from Malaysia, Thailand and Singapore and India. Later teams from Australia, Korea, Japan, Europe, New Zealand, USA and countries further away started to send in relief teams. They were almost all medical and rescue teams, backed by military vehicles and aircraft and equipment. Some teams such as those from Malaysia and Singapore sent in a few psychiatrists, or psychologists with their disaster relief teams from the beginning. Their experience in dealing with disasters in the past in many Asian countries prompted this.

For similar reasons news of the massive devastation in the nearby Andaman Islands too hit the media much later. The truth it seems is not always in the news media, first.

Psychiatry in the south Asian countries or regions of countries affected by the Tsunami of 26<sup>th</sup> December

## MAIN ARTICLES/ Artículos Principales

2004, have as the rest of the region never been a priority. To give a single example, Sri Lanka normally has about 5 resident psychiatrists for the (now affected) south, east and north coasts for the approximately 5 million people living there. So can be said about Indonesia's Aceh Province, India's Tamil Nadu state, Andamans and Nicobar Islands. *And what of counselors, psychologists or social workers or other categories of mental health workers – often, if not always, these are in equally short supply and sometimes simply non-existent. Although general and child health care in Sri Lanka is one of the best for a low income country, there are just 30 psychiatrists for 19 million people.*

*Local Responses* in the region were quick but limited in scope for obvious reasons of shortage of trained mental health manpower. With local differences, teams of doctors and psychiatrists were sent out to assess the disaster area. The recovery phase (that some advocate should be over before psychosocial interventions begin) are on going, as of 4 February 05 as hundreds of dead bodies are being recovered daily and some recovery teams have simply given up and there have been reports of areas being burnt to reduce the stench of corpses that still after a month, lie trapped in collapsed structures and buried in mud.

Problems they encountered initially are overwhelming distressed persons reporting in hundreds in the bigger population centers. But huge swathes of rural areas with tens of thousands of deaths are simply not touched by any form of psychiatric help as they are neither accessible nor are there enough among the dozen psychiatrists available to go there. It should be added that many psychiatrists from all over the world are keen to help but neither know the culture nor the language and would need assistance and translators to help carry out their relief work. A meeting was held on 2 Feb 05 in Bandar Aceh with many NGOs, international relief agencies and WHO representative to discuss the psychosocial needs of the Achinese and was chaired by the director of the damaged mental hospital that now has 95 inpatients. There as far as is known to the director no non Indonesian speaking psychiatrists doing relief work in Aceh.

Different situations have been coped. Indonesia suffered an estimated 220,000 deaths, Sri Lanka suffered an estimated 38,000 deaths, India suffered an estimated 10,000 deaths, Thailand's Southern Andaman coast suffered over 5,000 deaths including an estimated 2,000 foreign tourists, Malaysia's north-west coast and the western coast of Penang there have been 68 deaths and about

2500 survivors. *News from Myanmar and Bangladesh as well as Maldives* on psychosocial relief is sketchy and not currently available

ASEAN Federation for Psychiatry and Mental Health (AFPMH) with 10 member countries and the SAARC Psychiatric Federation (SPF) with 7 member countries, and WPA discuss ways of channeling relief from international organizations, associations and industries that are meeting on the 12 February 05 in Cairo under WPA auspices to Tsunami affected areas. These two regional psychiatric organizations represent all 8 countries of south Asia affected by the recent Tsunami.

Some proposals for Action have been raised.

1. A Commitment of international psychiatric community to provide relief in funds and kind to Tsunami affected areas in need of urgent psycho-social relief.
2. That all psychosocial aid for the affected countries from psychiatric agencies be channeled through the WPA which should act as the coordinator of this relief programme.
3. That the WPA set up a permanent mechanism for coordinating psychosocial relief in disaster areas when requested.
4. That the WPA set up a world wide network of psychiatrists with expertise and commitment to psychosocial disaster relief and who can be contacted to activate relief services in their and nearby needy countries, according to language and cultural requirements.
5. That the WPA agree on a policy on responses to disasters that can function at short notice, effectively.
6. WPA set up an emergency fund under the President of WPA for immediate response to disasters.
7. That the WPA Disaster committee review and agree on the list training manuals for use in disaster areas and endeavor to translate them into major languages for use locally in training.

That the WPA recommend to all member societies of WPA the formation of National Psychosocial Disaster Committees, with emergency funds and conducting of training in managing psychosocial disasters to all member associations to strengthen preparedness for disasters/

*\* Summary based upon the article:  
Deva, M.P.: "The Asian December 26<sup>th</sup> 2004 Earthquake and Tsunami; It's Psychosocial Consequences an responses".  
Appeared in Zone XVI WPA Newsletter No.5.  
Kindly sent to WAPR Bulletin by the author  
Dr. M Parameshvara Deva. Former WAPR President.*



### Ataque terrorista en Madrid, 11 marzo 2004 Respuestas ciudadanas y de los sistemas sanitarios de salud mental. *Juan González Cases. Madrid. Spain\**

#### English Version

Hace un año ocurrió en Madrid el mayor atentado terrorista en la historia de España. A pesar de ser éste un país con una ya larga carrera de sufrimiento reciente, con una guerra civil aun en la memoria de nuestros mayores, una dictadura de casi cuarenta años, un constante goteo de muertos por actos terroristas desde finales de los años 60, el 11 de Marzo del 2004 España sufrió algo diferente. Diferente por la magnitud, por las circunstancias que lo rodearon, por lo incomprensible y por las respuestas de un pueblo que ha pesar de ser nuevamente golpeado, una vez más no se escondió y dio la cara en respuestas de valentía, denuncia, solidaridad y de profesionalidad. A éstas últimas respuestas, las profesionales, será a las que me refiera en este artículo, teniendo en cuenta que no podrían aislarse de un sentimiento global de algo parecido a una mezcla de solidaridad, serenidad y generosidad que, como chispazos históricos mágicos hace que un pueblo se reconcilie de repente consigo mismo.

Los datos del atentado nos pueden ayudar a situarnos ante la magnitud del acontecimiento: miles de atenciones sanitarias en los primeros momentos tras las explosiones y 192 fallecidos. Los efectos a largo plazo quizás sea temerario hacerlos a sólo un año vista de los hechos pero se estiman en 1500 los lesionados como consecuencia de los atentados.

La respuesta de los “rescatadores” (fundamentalmente bomberos, policías y ciudadanos anónimos) y del sistema sanitario (fundamentalmente público) en los momentos inmediatamente posteriores a los atentados puede calificarse como magnífica en cuanto a la rapidez de respuesta, la organización en el inmenso caos, la disponibilidad de medios y la actitud y pericia de los profesionales. Los profesionales de la salud mental vamos a entrar en escena ya en esos primeros momentos. Primero con una respuesta masiva de disponibilidad ante los requerimientos de diferentes organizaciones que tenían posibilidades de prestar ayuda psicológica a los afectados (principalmente Colegio Oficial de Psicólogos, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y Ayuntamiento de Madrid). A esta voluntad de ayudar, que llegó a desbordar las necesidades presentes, se unieron también decenas de ONG y cientos de personas individuales que se ofrecían para cualquier cosa que hiciera falta.



*Atentados en Madrid, marzo de 2004*

Sin desdeñar la ayuda psicológica que en esos primeros momentos se prestó en los propios hospitales, el grueso de ésta se concentró en los pabellones de los recintos de la Feria de Madrid (IFEMA). A estos pabellones se decidió que se trasladarían los fallecidos para que un equipo de forenses y policía científica fueran procediendo, de una forma inevitablemente lenta pero con una profesionalidad ejemplar, a la identificación de los cadáveres. Los familiares se fueron concentrando en estos recintos en un número que se estima en torno a las 2500 personas. La situación general era de una calma tensa, con escasos arrebatos emocionales y con un estilo muy “natural” de prestarse apoyo mutuo. Es de señalar la gran angustia que estaban viviendo los familiares ya que por un lado no estaban identificados todos los heridos que estaban siendo atendidos en los hospitales y por otro lado, la natural lentitud de las identificaciones de los cadáveres, hacía la espera insoportable ya que por un lado aun quedaban esperanzas de encontrar al familiar desaparecido con vida, pero esta esperanza iba disminuyendo según pasaban las horas. Las labores de los profesionales de la salud mental se organizó de tal forma que cada grupo familiar estuviera acompañado por dos profesionales, y que éstos fueran relevándose en turnos de ocho horas. Las principales actuaciones de apoyo psicológico se centran en ofrecer

## MAIN ARTICLES/ Artículos Principales

apoyo emocional si eso era necesario, ayudar en la resolución de trámites burocráticos, acompañar durante la espera y, si el familiar fallecido era identificado, en el terrible momento del reconocimiento del cadáver, dar información a la familia del proceso y proveer recursos materiales (bocadillos, bebidas, mantas, etc.). La organización de la logística fue excepcionalmente eficaz. El dispositivo en el IFEMA se cerró alrededor de las once de la noche del viernes 12 de Marzo y en el participaron en torno a 300 psicólogos junto a otros profesionales de la salud mental.

Posteriormente la atención psicológica se desplazó a los diferentes tanatorios de Madrid y de las poblaciones del Corredor del Henares que fueron las más afectadas por los atentados: Alcalá de Henares, Torrejón de Ardoz, Coslada y San Fernando de Henares.

Finalizada esta primera fase se organizó todo un dispositivo de ayuda a las víctimas del atentado, a sus familiares y a los “intervinientes” en las operaciones de rescate de heridos. Las principales estrategias implementadas por la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid fueron:

Teléfonos de atención psicológica a través del número de emergencias 112 con cobertura las 24 horas por psicólogos y psiquiatras. Contaban con el apoyo de unidades móviles formadas por un conductor, un enfermero y un psicólogo, que se desplazaban a los domicilios cuando el profesional que atendía el teléfono lo consideraba oportuno. Material de apoyo en formato de folletos que explicaban las reacciones normales ante estos sucesos, pautas de actuación para padres, profesores y población general y formas de pedir ayuda especializada.

Equipo de atención a “intervinientes” (policías, bomberos, sanitarios, personal de RENFE, etc.). Estos equipos tuvieron una demanda escasa y apenas alcanzaron las 30 personas atendidas al año de los atentados.

Refuerzo de los servicios de salud mental públicos. Se contrataron 35 psiquiatras, 18 psicólogos y 8 administrativos para reforzar a los equipos de salud mental de las zonas más afectadas. Respecto a la atención a los niños se puso en marcha una unidad móvil formada por dos profesionales que se desplazan a los colegios de estas zonas y dos consultas específicas en Vallecas y en Alcalá de Henares.

Pasado un año más de 3000 personas han sido atendidas en la red pública a consecuencia de los atentados. La intervención ha sido básicamente psicoterapéutica, con, en algunos casos, apoyo farmacológico, y en las personas con evitación al tren se realizaron exposiciones de desensibilización in vivo. Los trastornos más frecuentes han sido los adaptativos, principalmente ansiedad y depre-

sión, seguido de síndromes de evitación y el estrés post-traumático (con una afectación del 7% de las personas atendidas).

Respecto al impacto en la población general, un estudio realizado en Alcalá de Henares, la zona con más víctimas del atentado, señala que el porcentaje de habitantes afectados por estrés post-traumático a los pocos meses del atentado alcanza al 12% de la población.

En conclusión se puede afirmar que la respuesta ofrecida para atender psicológicamente a las víctimas de los atentados del 11-M en Madrid fue en líneas generales buena, tanto en los primeros momentos como en la atención posterior. Aun así algunas actuaciones se pudieron realizar con una mayor eficacia. Por ejemplo los problemas de coordinación que sufrimos en el IFEMA, debido posiblemente a la mezcla de profesionales de distintas administraciones, de voluntarios, de ONG, etc. Con niveles de cualificación técnica muy diferente, sin un protocolo de actuación claro, etc. Quizás no sea razonable pedir voluntarios de lo “psi” si la red pública puede dar abasto a la demanda, de la misma forma que tampoco sería razonable hacerlo con otras profesiones de gran relevancia en este tipo de catástrofe (forenses, cirujanos, etc.). El apoyo psicológico a familiares en estas circunstancias no es un simple estar ahí y poner el hombro para llorar. Requiere cierta formación, estilo y experiencia que no se pudo garantizar en los primeros momentos a los familiares. Tampoco se estuvo muy acertado en la rapidez de la atención psicológica a los intervinientes, cuando todos sabíamos que este apoyo hay que ofrecerlo en las primeras horas tras la actuación. Parece también que las estrategias de intervención con niños no han logrado los objetivos propuestos y que éstos apenas han accedido a la atención especializada.

Por otro lado señalar la rapidez y acierto con que fueron reforzados los equipos de salud mental públicos para la atención posterior a las víctimas con la integración en la red de salud mental y evitando crear una estructura paralela específica para abordar la atención a los afectados. Para terminar y en descargo de lo que se ha hecho mal frente a las magníficas actuaciones de esos días podemos afirmar que por desgracia de estos temas poco sabemos entonces, que todos hemos tenido que aprender esa lección con una tremenda experiencia, que indudablemente esa es la lección que nunca querríamos haber aprendido y que esperamos nunca más nos examinen de ella./\***Juan González Cases**, Director del CRPS de Alcalá de Henares. Madrid. Spain



## ENTREVISTA / INTERVIEW

### GASPAR DACOSTA

Coordinador de Salud Mental de la República de Panamá.

*Entrevista realizada a través de E-mail por R. Guinea para el Boletín de WAPR.*

**WAPR:** Queremos agradecer al Dr. Gaspar DaCosta su amabilidad al acceder a esta entrevista para el Boletín de WAPR. Dr. DaCosta, en todo el mundo, desde los años 60 ha habido un movimiento por la transformación de los sistemas de atención psiquiátrica. Cada país ha tenido su propia historia y su propia evolución. ¿Cual ha sido, en este sentido, la historia en la República de Panamá?

**Dr. DaCosta:** En Panamá las iniciativas de humanización de la atención psiquiátrica se inician en la década del 60, y las experiencias de atención psiquiátrica en la comunidad desde la creación del Ministerio de Salud como ente independiente en 1968. A pesar de esto el desarrollo de la reestructuración de la atención psiquiátrica ha sido asimétrico en el país. En algunas regiones con avances significativos y en otras prevalecen aun actitudes a todas luces fuera del contexto de las recomendaciones internacionales para la atención de la persona con trastornos mentales.

**WAPR:** Los enfermos mentales severos en Panamá ¿que oportunidades de atención disponen?

**Dr. DaCosta:** La persona con trastornos mentales puede acceder a atención pública por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, así como a nivel privado. En el caso de hospitalización, la mayoría se realiza en Hospitales Generales (públicos o privados) con sólo dos hospitales con perfiles de Hospitales Psiquiátricos, uno en el interior del país y otro en la capital. En estos se admiten alrededor de un 25 % de las personas con trastornos mentales severos que requieren hospitalización.

**WAPR:** ¿Como están organizados en Panamá los servicios de atención públicos?

**Dr. DaCosta:** El Sistema Sanitario en Panamá está segmentado, con dos proveedores de servicios. La Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud. Estamos divididos en regiones de salud. El usuario puede optar por moverse de una región a otra. En principio debe ser visto por un médico general, que lo refiere a atención especializada, (psiquiatra, psicólogo o enfermera con especialidad en salud mental). Si se requiere hospitalización se realiza en Hospitales generales en el 75% de los casos.

**WAPR:** Cuales son los principales retos a los que se enfrenta Panamá desde el punto de vista de la Rehabilitación?



*Dr. Gaspar DaCosta*

**Dr. DaCosta:** Son dos retos en resumen. El principal reto es la integración de la cartera de rehabilitación dentro de los servicios que se ofertan en la red primaria con los recursos humanos y materiales que esta necesidad y lograr un enlace de este servicio de salud con la red de apoyo social organizada con que cuente cada comunidad. El segundo es fortalecer la organización de esa red de apoyo comunitario para garantizar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales severos y su integración en la comunidad

**WAPR:** La accesibilidad a los medicamentos es un tema importante en rehabilitación. En este sentido, Panamá seguramente afronta los desafíos habituales de un país con economía en desarrollo: como financiarlos y como distribuirlos. ¿Que estrategias siguen para responder a estos desafíos?

**Dr. DaCosta:** Tenemos tres problemas, la falta de presupuesto para medicamentos, la falta de oferentes para comprar los medicamentos, por ser un país pequeño, lo que nos hace víctimas de las fuerzas del mercado y la legislación restrictiva para colocar medicamentos de uso regulado (benzodiazepinas, y opioides) en instalaciones donde no hay licenciados de farmacia como regentes de las farmacias. Todo lo anterior afecta el acceso a medicamentos, no solo de salud mental, sino de otros tipos.

# ENTREVISTA / INTERVIEW

**WAPR:** Panamá es un país complejo en varios aspectos. La población esta distribuida en concentraciones urbanas y en zonas del país de difícil acceso. ¿Como afecta esto a su organización y como lo afrontan?

**Dr. DaCosta:** Tanto la distribución de la población como del recurso humano especializado en salud mental es asimétrica, lo que dificulta lograr coherencia entre la oferta y la necesidad de la comunidad. Por otro lado, el sistema de salud segmentado favorece la duplicidad en la oferta. En una misma área pueden existir dos instalaciones sanitarias (una del MINSA y otra de la CSS) con los mismos servicios, en tanto que en otra área no existen instalaciones.

**WAPR:** ¿Que cuestiones particulares se producen en relación a la diversidad racial y a la existencia de población indígena?

**Dr. DaCosta:** Nuestro país es multiétnico y pluricultural, por ser área de tránsito. La integración entre migrantes es adecuada. En el caso de los indígenas, sus indicadores de salud en general están por debajo de los del resto de la población. Y en la oferta de salud mental, también están desfavorecidos, pues no contamos con psiquiatras en las comarcas indígenas. Por otro lado, la demanda de atención se afecta por la connotación místico religiosa que se asocia a los trastornos mentales en estos grupos que impide o dificultan que accedan a los servicios.

**WAPR:** En nuestra reciente visita a Panamá conocimos las dificultades por las que esta pasando el Hospital Anita Moreno, los esfuerzos que se han hecho para resolverlas, y la dificultad para operar reformas. ¿Podría contarnos la situación actual y las perspectivas de este Hospital?

**Dr. DaCosta:** El Hospital Anita moreno surgió en la década del 70 como alternativa para la hospitalización de personas con trastornos mentales severos residentes en el interior del país. Luego, se transformó en un hospital mixto con un área de Medicina Interna y otra de Psiquiatría. Esta realidad bimodal, permitió que se desarrollará la parte de Medicina en desmedro del área de psiquiatría. El recurso humano que labora en esa institución en Psiquiatría, poco a poco se fue desmotivando ante la administración inequitativa que se tenía. Todo lo anterior, condicionó que la atención de los pacientes crónicos, desmejorase a niveles intolerables. En los últimos años se han hecho esfuerzos por solucionar los problemas de esta instalación, pero existe una resistencia local al cambio, que supera al entorno hospitalario y trasciende a la comunidad que es cómplice silencioso de lo que ocurre, por considerar que el Hospital es un depósito adecuado para desvincularse de las personas con trastornos mentales severos. Por lo anterior, se decidió dentro del Curso de Rehabilitación, reactivar

la Asociación Panameña de Rehabilitación Psicosocial con el fin de apoyar a este Hospital y aquellos funcionarios motivados a catalizar el cambio.

**WAPR:** Hemos podido conocer el Plan de Salud Mental de Panamá. ¿Podría resumirnos cuales son sus prioridades y sus líneas estratégicas de desarrollo para el futuro?

**Dr. DaCosta:** En pocas palabras es un Plan Estratégico de Salud Mental a 10 años, que trasciende de la enfermedad mental a la promoción de la Salud Mental y pretende integrar acciones en mejora de la salud mental dentro de todos los programas que se realizan dentro del sector salud, así como en los otros sectores organizados de la Sociedad. Como principios básicos están la descentralización y la participación social. Está última favoreciendo la creación y funcionamiento de redes intersectoriales en temas de salud mental. Las líneas estratégicas más relevantes incluyen la Consultoría, como herramienta para un uso eficiente de los escasos recursos especializados en salud mental, que sean capaces de tutorar a aquellos que se enfrentan día a día a personas con trastornos mentales (policía, corregidores, maestros, médicos generales entre otros). En relación al tema de la reestructuración plantea que cada región debe desarrollar las modalidades asistenciales acordes a sus necesidades con el apoyo de la sociedad civil y que los medicamentos deberán ser comprados en forma consolidada y coordinada para aprovechar la economía de escala. Todo lo anterior dependerá para su implementación de las personas con la decisión política.

**WAPR:** ¿Cuales considera que podrían ser las oportunidades de colaboración con Panamá de WAPR y las otras organizaciones internacionales?

**Dr. DaCosta:** Básicamente son el apoyo en tutoría directa a distancia y si fuera posible presencial de las iniciativas de reestructuración que se realizan en las regiones con menor grado de desarrollo del país, la asesoría a las Asociaciones de Usuarios Existentes en Panamá, para la abogacía en pro de los derechos de las personas con trastornos mentales, intercambio de información permanente y proyectos de Investigación y Atención conjuntos./WAPR

4ÈMES RENCONTRES DU COMITÉ FRANÇAIS  
POUR LA R ÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE

**Congrès de Reh@b :  
Soigner, Réhabiliter !**



**Grenoble – 20 et 21 octobre 2005**

Contact  
Dr Denis Leguay  
CESAMÉ  
BP 89 - 49137 Les Ponts de Cé Cedex  
Tél. 02.41.80.78.54 - Fax 02.41.80.78.75  
E-mail : Denis.Leguay@sch-cosame-angers.fr

# ENTREVISTA / INTERVIEW

## BEGOÑE ARIÑO

Ex-President and Spokeperson of EUFAMI.

WAPR

### ENTREVISTA A BEGOÑE ARIÑO, EXPRESIDENTE Y PORTAVOZ DE EUFAMI

*EUFAMI es la Federación Europea de Asociaciones de Familiares de Personas con Enfermedad Mental. Representa a cientos de miles de enfermos, familiares, cuidadores y amigos. Su misión es crear un espacio de actividad orientado a impulsar la mejora de los servicios en toda Europa, unir los esfuerzos de los miembros, combatir el estigma, favorecer las buenas prácticas, hacer lobby para mejorar la legislación y representar al movimiento. Recientemente han presentado en Amersfoort (Holanda) el Proyecto Prospect, que abrirá y apoyará nuevas perspectivas para la integración social y laboral. EUFAMI organiza proyectos y encuentros de intercambio en tema de “buenas prácticas”, como el celebrado en 2002/03 con el Departamento de Salud Pública de la Universidad de Glasgow, actualizado en 2003 y presentado en el Foro OMS de Ginebra en octubre de 2003. La lucha contra el estigma se desarrolla a través del programa Zerostigma, impulsado Desde le Día de la Salud Mental y traducido a 11 idiomas. El funcionamiento de EUFAMI es posible esencialmente gracias al trabajo voluntario de muchas personas. La financiación de los proyectos de EUFAMI es difícil ya que no es posible acceder directamente a fondos europeos, por lo que la vía del patrocinio de la industria, mediante acuerdos claros para ambas partes es la más viable. Se puede encontrar información adicional sobre EUFAMI y sus proyectos Prospect, Zerostigma, etc. en [www.eufami.org](http://www.eufami.org)*

Versión  
en castellano

#### Madrid / Bilbao (Spain)

This interview has been celebrated by e-mail in October 2004 by R. Guinea.

#### **Begoñe; thanks so much you for accepting this interview. Let's start from the very beginning. What is EUFAMI?**

EUFAMI is European Federation of Associations of families of people with mental illness. We join 40 member organisations from 26 European Countries. Most of our members are national organisations but some are regional organisations. Together, we represent hundreds of thousands of people with mental illness, their family and carers Europe-wide. We campaign on behalf of millions of people across Europe who are affected by severe mental illness. So, this is what EUFAMI is: our millions of members, all together, trying to reach our goals and be empowered, be accepted as equals in the therapeutically team surrounding the person affected by mental illness to improve the quality of life of more than 70 million people whom we directly and/or indirectly represent. In addition, we publish 3 Newsletters, we have updated and are still

doing so our improved website and we also work and communicate through different task groups that communicate through teleconferences.

#### **What is EUFAMI's aim and mission?**

EUFAMI's principal aims and mission are to provide a focus for our activities and future direction in several important issues, such as to achieve a continuous improvement throughout Europe in mental health, and the level of support for their family and friends, enable our member associations to combine their efforts, and act jointly at European level, to contribute to removing the stigma surrounding mental illness by promoting positive images to counteract ignorance and misinformation, to highlight examples of good practice in the field of mental illness, identify examples of bad practice, campaign for positive changes, to lobby and campaign for greater equality of legislation throughout Europe for adequate resources for the health and Social care of people with mental illness and their carers. We do this within two strategies: representing the views of our members to European and international governmental and non governmental bodies, and empowering families and friends.

#### **Now you are presenting Prospect Project, here in Amersfoort, Netherlands. What is Prospect Project?**

# ENTREVISTA / INTERVIEW

PROSPECT is the EUFAMI's training pilot project (2001-2004) under the EU Leonardo programme, with the support of Lilly. PROSPECT has developed and piloted training that will open up and support new perspectives for social integration and employment of people with experience of mental illness and their families and friends. There is more information available in [www.eufami.org/prospect](http://www.eufami.org/prospect) for anybody interested.

We are now presenting the 1st stage at the recent Final Prospect Congress; we have invited some external stakeholders to support the Project, get to know about it and make them realise all the work and positive outcome of the 3 year plan. We had the support and company of the WHO through Professor Tomas Barret, who opened our minds to the reality of the situation of mental health in the "world"... It impressed us as it confirmed what we are lobbying, fighting against and working towards all improvements needed in mental health. On the other hand he opened our minds to what happens in other parts of the world as well. The WAPR was represented by Professor Ricardo Guinea who also said some very positive ideas about recovery and quality of life and even told us that being with us was like heaven, comparing to the day-to-day problems and situations a psychiatrist has to deal with; and Professor Irene Cormac from the Royal College of psychiatry UK also was impressed by the work EUFAMI is trying to do, by the level of humanity and ambience she experienced being with us. The three were and are very much in favour of families needs of support being taken into account.

The second stage of Prospect is the Prospect Development Centre, which will start at the beginning of 2005 and it will hopefully help us to continue to promote and develop these training programmes and other activities, continuing the delivery of support EUFAMI can give to each nation, region which makes the effort of experiencing the adventure of spreading hope and support to so many millions of people in need as I mentioned before. Begoñe Ariño EUFAMI's former President was named Chairwoman of the PDC.

The world of mental health needs healthy families to be able to work together in all the fields of mental health regarding the therapeutically team surrounding a person with mental health problems...

**Best practice is a very important issue, and EUFAMI**



*Begoñe Ariño. Ex-President and spokesperson of EUFAMI*

**is concerned about. How do you think EUFAMI can make its contribution?**

We expect to do so organising different kinds of opportunities to enable our members to exchange best practice in how to campaign for positive changes, different experiences of how our members are acting in improving their organisations, how our members are trying to put into practice EUFAMI's initiatives in all our activities we are organising in order to state our position and the policies we wish to see adopted throughout Europe. How we can become active partners and be accepted as equal stakeholders regarding all improvements in the field of mental health combining efforts, and acting jointly at European level.

During 2002-2003 a "best practice" research project was undertaken in cooperation with Glasgow University Department for Public Health and EUFAMI members in 11 countries. The research aimed to examine legislation and codes of practice in place on an international, European and national level and gather the experiences of EUFAMI members with the legislation. This information was updated in Autumn 2003 and more countries participated in the survey. This research was the basis of a presentation to the WHO training Forum in Geneva in October 2003. (For more information, consult the summary report in the "resources / best practice section" of our website).

**Fighting stigma is a very important issue also, and a very difficult one. What kind of activities are you de-**

# ENTREVISTA / INTERVIEW



*Esther Twomey*

## Developing on this field?

We are encouraging and strengthening the ability of our member associations to fight stigma in their own countries.

We will work along with others to support international programmes as we have been doing the past years and share good practice between national campaigns. When and how we began all this is a long story, but briefing the readers on how we are trying to contribute to combating Stigma, I can begin by where we are today.

Thanks to a grant from the BMS (Bristol-Myers Squibb) Foundation, the long awaited spokesperson training to support our campaign ect., took place in early 2004 in Madrid. Terry Hammond, family member of Rethink, was appointed co-ordinator; an invitation went out to member associations and 28 member from 12 countries joined in the event, which was evaluated as great support and an opportunity of exchanging experiences amongst those who were there. (For more information: [terry.hammond@rethink.org](mailto:terry.hammond@rethink.org) )

We have launched EUFAMI's, combating stigma campaign called Zerostigma on the 10<sup>th</sup> of October the World mental Health day. The material has been translated into 11 languages. Many of our members have presented national and regional plans to incorporate into the Campaign, each country has proposed a plan according to their priorities, which will be evaluated and will also serve as an example and exchange for other countries as good practice combating stigma from families perspective and it also aims to support all the ongoing stigma campaigns that other organisations are trying to do as well. (For more information: [www.eufami.org](http://www.eufami.org) )

## How is EUFAMI funded? Does it receive funding help from governments or foundations?

As a European Organisation, we are not able to receive any governmental money only the EU possibilities, but this makes life and our work really complicated as we cannot find the equivalent support needed to get the project going as well as the extra work that our organisation would need to do and we do not have such a big number of staff to do it.

We have managed to get where we are thanks to much of the voluntary work some of our members have done. But we needed money for so many people to be able to take advantage of all the Projects EUFAMI has and is involved in improving many people's quality of life. We are grateful for their support, would like to find other ways of finding money resources as well, but this is being one of EUFAMI's biggest difficulties.

We have tried to be very open to all pharmaceutical companies and have clear agreements on both sides. To accept their help in any kind of way that can enable an improvement in the quality of the Projects. To make sure that our family members can have access to the best medication they need to recover and improve their possibilities of being proactive in their rehabilitation and QoL. So my acknowledgments to the pharmaceutical Companies: Lilly, Jansen, Pfizer, Astra Zeneca, Bristol Myers and Squib, Sanophy Synthelabo.

*\*Begoñe Ariño Jackson* is the Ex-President and spokesperson of EUFAMI, and Chairwoman of Prospect Development Centre.





WORLD ASSOCIATION FOR PSYCHOSOCIAL REHABILITATION  
ASSOCIATION MONDIALE POUR LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE  
ASOCIACIÓN MUNDIAL PARA LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

10 - 11 Giugno 2005

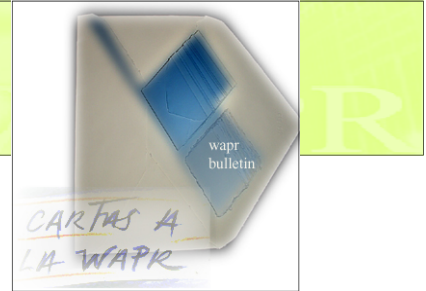
*International Conference  
Convegno internazionale*

**Mental Health: the Consumers' View  
Salute mentale: la prospettiva degli utenti**

Milano  
Museo Nazionale della Scienza e della Tecnologia  
Via San Vittore 21

Info: WAPR Head Office  
Istituto Mario Negri  
Via Eritrea 62, 20157 Milano  
Tel. +390239014551, Fax +390233200049, e-mail [barbara@marionegri.it](mailto:barbara@marionegri.it)

# LETTERS/CARTAS



## **SMOKERS WITH PSYCHIATRIC DISORDERS INCLUDING NICOTINE DEPENDENCE CONSUME MOST U.S. CIGARETTES**

Reference referred by Martin Gittleman. For a copy of the study, media representatives may contact the NIAAA Press Office or [mediarelations@jama-archives.org](mailto:mediarelations@jama-archives.org). Full text will be accessible at [www.archgenpsychiatry.com](http://www.archgenpsychiatry.com)

### **Findings Raise Questions for Health Professionals, Researchers**

Adults with nicotine dependence and/or psychiatric disorders consume 70 percent of all cigarettes smoked in the United States, according to results of a National Institutes of Health (NIH) study reported in the November issue of the "Archives of General Psychiatry (Volume 61)." Based on the 2001-2002 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC), the article provides the first national estimates among U.S. adults of the prevalence and co-occurrence of nicotine dependence and a broad array of other psychiatric disorders including alcohol and drug abuse and dependence, mood and anxiety disorders, and personality disorders as defined by the American Psychiatric Association's "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition (DSM-IV)." Nicotine dependence is most prevalent among persons with current drug and alcohol use disorders (52.4 percent and 34.5 percent, respectively) and somewhat lower among persons with any mood or anxiety disorder (29.2 percent and 25.3 percent, respectively) and personality disorders (27.3 percent). Persons with a current psychiatric disorder -- whether or not they are nicotine dependent make up 30.3 percent of the population and consume 46.3 percent of all cigarettes smoked. Nicotine dependent persons with co-existing psychiatric disorders comprise only about 7 percent of the adult population but smoke about 34 percent of all cigarettes.

"Until now, surprisingly little has been known about the comorbidity of nicotine dependence and other psychiatric disorders and its role in the national burden of

smoking on health," said Ting-Kai Li, M.D., Director of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism at NIH. "This report fills that gap and points to a need to focus smoking cessation efforts on persons with nicotine dependence, especially those with co-occurring alcohol and drug use disorders or other comorbid psychiatric Conditions".

The NESARC is a representative survey of the U.S. civilian noninstitutionalized population aged 18 years and older. With more than 43,000 adult Americans participating, the NESARC is the largest study ever conducted of the co-occurrence of psychiatric disorders among U.S. adults.

Earlier NESARC reports (see 2004 News Releases at <http://www.niaaa.nih.gov>) estimate the prevalence of alcohol and drug use disorders, mood and anxiety disorders, personality disorders, and the co-occurrence of alcohol use disorders with other psychiatric diagnoses.

"Whereas previous studies have found elevated smoking rates among persons with psychiatric disorders, ours is the first nationally representative study to address nicotine dependence -- a disorder in which repeated consumption results in compulsive use that is often chronic and continues despite serious consequences," says lead author Bridget Grant, Ph.D., Chief, Laboratory of Biometry and Epidemiology, Division of Intramural Clinical and Biological Research, NIAAA. "The results clearly indicate that smoking prevention and treatment efforts should be developed to target vulnerable subgroups at both the population and the individual levels." For an interview with Dr. Grant, please contact the NIAAA Press Office (301/443-0595 or 301/443-3860). For a copy of the study, media representatives may contact the NIAAA Press Office or [mediarelations@jama-archives.org](mailto:mediarelations@jama-archives.org)./

Martin Gittleman,  
NYS/NYU-Program for Psychiatric Rehabilitation



# CONVOCATORIAS/ CONGRESOS

## Summons congresses

# WAPR



### WORLD ASSOCIATION FOR PSYCHOSOCIAL RE- HABILITATION

*United Kingdom Branch Meeting*  
Manchester

**Saturday April 2nd 2005**

*For further details please contact:*

*Dr S H Quraishi, Consultant Psychiatrist,  
Secretary WAPR United Kingdom Branch  
Lamont Clinic, General Hospital,  
Casterton Avenue, Burnley,  
Lancs, BB10 2PQ. UK*

*E-mail [shahidquraishi@hotmail.com](mailto:shahidquraishi@hotmail.com)*

*This meeting is sponsored by educational grant from Sanofi-Synthelabo*



### SPANISH FEDERATION FOR PSYCHOSOCIAL REHABILITATION

I FEARP & IV MADRID ASOCIACION CONGRESS  
& WAPR REGIONAL CONGRESS

November 24/26.

Colegio de Médicos de Madrid.  
Madrid. Spain.

[congresofearp@hotmail.com](mailto:congresofearp@hotmail.com)

[www.fearp.org](http://www.fearp.org)



### INTERNATIONAL CONFERENCE

*Convegno internazionale*

*“Mental Health: the Consumers’ View Salute mentale: la  
prospettiva degli utenti”*

**10 - 11 Giugno 2005 Milano.**

Museo Nazionale della Scienza e della Tecnologia  
Via San Vittore 21

Info: WAPR Head Office

Istituto Mario Negri

Via Eritrea 62, 20157 Milano

Tel. +390239014551, Fax +390233200049, e-mail  
[barbara@marionegri.it](mailto:barbara@marionegri.it)



### 4ÈMES RENCONTRES DU COMITÉ FRANÇAIS POUR LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE

Grenoble – **20 et 21 octobre 2005**

*Congrès de Reh@b :*

Soigner, Réhabiliter !

Contact

*Dr Denis Leguay*

CESAME

BP 89 - 49137 Les Ponts de Cé Cedex

Tél. 02.41.80.78.54 - Fax 02.41.80.78.75

E-mail :

[cesame-angers.fr](mailto:cesame-angers.fr)

[Denis.Leguay@ch-](mailto:Denis.Leguay@ch-)



### INTERNATIONAL CONFERENCE

*“Mental health care in south Asia. Improving access and  
delivery”*

Colombo, Sri Lanka, 24th-27th **July 2005**

*Organised by World Psychiatric Association South Asian  
Forum on Mental Health & Psychiatry, UK Chapter*

*In collaboration with*

Sri Lanka College of Psychiatrists

Royal College of Psychiatrists, UK

World Association for Psychosocial Rehabilitation

*Information:* Prof Nalaka Mendis Kinsey Road,

Colombo 8

Sri Lanka

E-mail: [nalaka@sri.lanka.net](mailto:nalaka@sri.lanka.net)



### PSYCHOSOCIAL HELP SOUTHEAST ASIA

Sottoscrizione in favore di due organizzazioni non gover-  
native impegnate in programmi comunitari di riabilitazio-  
ne psicosociali in zone colpite dal maremoto:

*Schizophrenia Research Foundation, Chennai (Tamil Na-  
du, India)*

*Sahanaya, Colombo (Sri Lanka),*

Notizie approfondite sulle loro attività si possono trovare  
sui seguenti siti web:

<http://www.sahanaya.lk> e

<http://www.scarfindia.org/home.htm>



# INFORMACIÓN WAPR/ INFORMATION WAPR

## KOBE. DECLARATION

Jointly Sponsored by WASP, WPA, WAPR, WFMH, JSSP

Taking into consideration of the Rome Declaration made public on September 5, 1995 at the 15<sup>th</sup> World Congress of Social Psychiatry in Rome Italy, and the Yokohama Declaration adopted on August 29, 2002 at the 12<sup>th</sup> World Congress of Psychiatry in Yokohama Japan, we jointly adopt the following Kobe declaration at the 18<sup>th</sup> World Congress of Social Psychiatry 24-27 October 2004, Kobe Japan.

We note in today's diverse globalized society, social and mental health problems are among the leading causes of the global burden of diseases. We are also concerned that social and mental problems are growing rapidly.

In addition the number of victims of natural and man-made disasters are increasing while the resources to meet these challenges are inadequate or absent, due to low priority given by policy makers to mental health problems.

**WHEREAS** the prevalence rate for mental illness, throughout the world is very high;

**WHEREAS** people with mental illnesses throughout the world bear the burden of stigma related to these disorders;

**WHEREAS** people with mental illnesses are discriminated against throughout the world with respect to access to health care, education, employment, and housing;

**WHEREAS** modern treatments for mental illnesses are effective; and

**WHEREAS** the World Association for Social Psychiatry, the World Psychiatric Association, the World Federation for Mental Health, and the World Association for Psychosocial Rehabilitation, the Japanese Society of Social Psychiatry support the principles enunciated in the *Kobe*

*Declaration:*

- I. We urge the United Nations, its specialized agencies and its member states
  - (i) to recognize importance of social and mental health problems as the leading causes of global burden of diseases. Accordingly, we urge them to provide all the necessary resources including economic, psychosocial, and mental health support to people who are need of such support
  - (ii) to implement all the relevant resolutions adopted by UN, UNESCO and WHO resolutions to meet this challenges both in letter and sprit
- II. Recommends to all UN member states, and its affiliate membership concerned with service, educational and research activities in the field of mental and social health
  - (iii) to introduce support and implement all activities to meet the adequate human resources development and services in the area of social psychiatry, mental health and the related fields.
  - (iv) to provide funding for research on priority on mental health problems
  - (v) to inform policy makers of social psychiatric research findings to facilitate their early implementable decisions.

# INFORMACIÓN WAPR/ INFORMATION WAPR

- III. Recommends all global and national associations of social psychiatry, psychiatry, and all other mental health organizations
- (vi) to promote the anti-stigma movement regarding mental disorders with all other organizations having similar objectives
  - (vii) to orient research towards major mental health and health problems
  - (viii) to create effective alliances with other governmental and non-governmental organizations.

*NOW THEREFORE*, in consideration of the foregoing, be it resolved by the World Association for Social Psychiatry, the World Psychiatric Association and World Association for Psychosocial Rehabilitation, the World Federation for Mental Health, the Japanese Society of Social Psychiatry in order to facilitate, promote, and cooperate in any and all efforts, throughout the world

1. **RESOLVED** to educate the public, policy makers, health professionals, and the media about mental health and mental illnesses;
2. **RESOLVED** to support people with mental illnesses and their families and promote equity, non-discrimination in health policy, and special provisions in health care, education, employment, and housing;
3. **RESOLVED** to promote acceptance of mental illnesses as part of the human condition and thereby combat the stigma too often associated with these illness;
4. **RESOLVED** to promote and share innovative developments in prevention, treatment and rehabilitation, research and training; and
5. **RESOLVED** to emphasize the dignity of all human beings and the rights of those with mental illnesses and their families to participate as full partners in the organization and delivery of mental health care.

Adopted by the General Assembly of the World Association for Social Psychiatry in tandem with the World Psychiatric Association, the World Association for Psychosocial Rehabilitation, the World Federation for Mental Health and the Japanese Society of Social Psychiatry in Kobe, Japan, October 26, 2004

President,  
World Association for Social Psychiatry

President,  
The Japanese Society of Social Psychiatry

President,  
World Psychiatric Association

President,  
The World Federation for Mental Health

President,  
World Association of Psychosocial Rehabilitation

Versión en Castellano

Français version



# INFORMACIÓN WAPR/INFORMATION WAPR

English Version

## CURSO WAPR EN PANAMÁ.

Convocado por las autoridades sanitarias de Panamá, con el apoyo del Instituto Español Iberoamericano de Cooperación y con organización de FEARP, se ha celebrado en Panamá City un curso de Rehabilitación Psicosocial, impartido por los Dres. José J. Uriarte y Ricardo Guinea, miembros del Board de WAPR.

Panamá es una republica de unos 3 millones de habitantes, situada en el istmo que une el norte de América con el Sur. Su economía, como las economías de la región, atraviesa un periodo de rápida expansión, dentro de su condición de economía en desarrollo, cuyos principales activos son El Canal, el comercio (especialmente por la Zona Libre de Colon) y el Centro Bancario Internacional., a la que se están incorporando otros elementos, como el turismo, los puertos y las comunicaciones.

En Panamá, tras un periodo de comienzo en la década de los 90, con el impulso de los Dres. Levav y Sarraceno, y luego de algunos años de estancamiento, la situación de la rehabilitación se encuentra en periodo de reactivación bajo la responsabilidad del Dr. Gaspar Da-Costa, responsable de la coordinación de la Salud Mental panameña.

El curso, de 5 días de duración, ha reunido a profesionales de distintas regiones de la republica. Se han tratado con extensión los habituales temas técnicos: distintos formatos de trabajo con familias o de desarrollo de habilidades sociales, temas de evaluación de técnicas de rehabilitación basados en evidencia, discusión de modelos de implementación de sistemas de salud mental comunitarios basados en las recomendaciones de OMS (WHO) y OPAS, temas de asociacionismo profesional, de familiares y de usuarios y descripción de modelos reales de atención comunitaria basados en el modelo español. Todo ello en un contexto docente que buscaba privilegiar el intercambio de experiencias y la adaptación de las técnicas y los modos de hacer a la realidad cultural y étnica del país y a la idiosincrasia local.

Durante el curso, intervino la Sra. Natalia



*Día de la Salud Mental*

Crompton, Presidenta de Asociación Nacional de Familiares Amigos y Personas con Esquizofrenia y otras Enfermedades Mentales ANFAPEEM) y una delegación de usuarios, que describieron sus experiencias y sus logros en su camino hacia la recuperación.

Como representantes de WAPR tuvimos el honor de ser recibidos por Elba e Izasa, Decana de la facultad de Enfermería y por la doctora Juana Herrero Directora del Instituto de Salud Mental.

El curso ha representado también una oportunidad de que los profesionales de Panamá reactiven la Asociación Panameña de Rehabilitación Psicosocial, para afrontar los problemas que encuentran en su quehacer diario, entre los que se puede destacar la desigualdad de recursos entre las áreas urbanas y las rurales, las dificultades de llevar programas de salud (no solo de salud mental) a las áreas indígenas, y la mala distribución de los recursos públicos, en el contexto de una Republica que ha experimentado grandes cambios políticos en los años recientes.

Existen algunas dificultades que afronta el sistema de Rehabilitación de Panamá.

Existen dos instituciones competentes en temas de salud mental: el Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social, lo que plantea algunos problemas de coordi-

# INFORMACIÓN WAPR/INFORMATION WAPR

nación entre las redes dependientes. La Caja del Seguro Social atraviesa por un periodo de crisis financiera. Otros problemas que afrontan los profesionales de Panamá son la dificultad de accesibilidad a determinadas zonas geográficas, las peculiaridades de la composición étnica de Panamá con una población indígena significativa.

Otras dificultades específicas de Panamá son la dificultad de destacar equipos profesionales para desarrollar planes de intervención estables en zonas de difícil acceso. También hay que contar con dificultades de acceso a los medicamentos, debido a dificultades de compra a las compañías fabricantes (debido a la pequeña escala de las compras), y dificultades de distribución de los medicamentos disponibles, debido a las particularidades del sistema de distribución y venta de medicamentos de Panamá.

Existe un Programa Estratégico de Salud Mental, que se pretende desarrollar a lo largo de los próximos años, y que contempla varias oportunidades, entre las que destacaríamos el énfasis de los organismos internacionales en el tema de la salud mental, la inclusión explícita del tema de la salud mental en las agendas de estado de los últimos gobiernos, la experiencia de compra de medicamentos (antiretrovirales) en conjunto por varios de nuestros países con la consecuente reducción de los costos de los mismos, e interés creciente de la población en conocer más sobre su salud y salud mental, en respuesta a la percepción de pérdida de la seguridad, y aumento de la violencia el aumento en el número y beligerancia de las organizaciones de usuarios (familiares y pacientes) de los servicios de salud mental y de salud en general y la tendencia a la descentralización de la gestión, el aumento de la participación social, la promoción de nuevas formas de la provisión de servicios.

Entre los obstáculos y amenazas actuales debemos señalar la coyuntura sociopolítica en la que se finaliza su diseño e inicia su divulgación en un período de transición político-administrativa, la desmotivación del recurso humano en la gestión pública tanto a lo interno como a lo externo del sector salud, la falta de financiamiento explícito en las instituciones relacionadas con el desarrollo del Plan y los recortes presupuestarios, y la falta actual de una estructura organizacional con capacidad ejecutiva para la conducción del proceso de implementación del Plan.

Otro aspecto importante sería el de la revisión de


las prácticas profesionales a la luz de los conocimientos actuales, de manera que los profesionales dispongan, además de su motivación, del conocimiento actualizado de instrumentos técnicos eficaces de intervención, adaptadas a la realidad panameña, y procedimientos de evaluación de calidad y eficacia que les permita monitorizar sus intervenciones y elevar en lo posible los estándares de calidad hasta donde las circunstancias locales y los recursos disponibles lo permitan.

Todo ello en el contexto de un país de economía semi-desarrollada, en la que la cultura ciudadana y las organizaciones de sociedad civil aun están en periodo de formación y desarrollo en su camino hacia una sociedad madura, en el sentido de una adecuada y equitativa distribución de los recursos del país.

Una de las situaciones especiales que tuvimos la oportunidad de revisar durante el curso fue la del Hospital "Anita Moreno", en la región de Los Santos. Los profesionales que trabajan en ese hospital nos informaron de las condiciones especialmente desfavorables que sufren los pacientes y los profesionales de ese hospital, empezando por la carencia de artículos tan de primera necesidad, como cucharas con las que servirse los alimentos, e incluyendo una situación de abandono de sus familias. La revisión de la situación, que ha merecido anteriormente el interés de la prensa y del Defensor del Pueblo Panameño sin que hasta ahora la situación cambiara sustancialmente, permitió rearmar la moral de los profesionales en el sentido de intentar propiciar las reformas posibles, aun en circunstancias tan adversas, y aportó razones adicionales para reactivar la Asociación Panameña de Rehabilitación Psicosocial.

Ricardo Guinea. WAPR Board Member.  
Madrid, Spain. [guinea@hmadrid.org](mailto:guinea@hmadrid.org)





World Association for Psychosocial Rehabilitation  
United Kingdom Branch Meeting  
**Manchester**  
Saturday April 2nd 2005

*For further details please contact:*  
Dr S H Quraishi, Consultant Psychiatrist,  
Secretary WAPR United Kingdom Branch  
Lancast Clinic, General Hospital,  
Casterton Avenue, Burnley,  
Lancs, BB10 2PQ, UK  
E-mail [shahidquraishi@hotmail.com](mailto:shahidquraishi@hotmail.com)

This meeting is sponsored by educational grant from Sanofi-Synthelabo

# HEMEROTECA/ NEWSPAPER LIBRARY

José Uriarte. Bilbao. Spain\*

WAPR

El número de Octubre de 2004 de Psychiatric Services dedica sus páginas íntegramente a homenajear a John Talbott, su editor durante 23 años. John Talbott ha sido durante este tiempo un auténtico líder en lo que concierne a la asistencia a las personas con enfermedades mentales graves. Fue Presidente de la American Psychiatric Association, y su labor al frente de Psychiatric Services (antiguamente *Hospital and Community Psychiatry*), siempre se destacó por su sensibilidad hacia el tema de la enfermedad mental crónica y de la rehabilitación. Así que el número de [Octubre de 2004](#) de la revista reedita varios de sus artículos y editoriales, con contribuciones actuales de otros autores de renombre, incluyendo a Richard Lamb, Lisa Dixon o Jeffrey Geller, y recuerda temas que aún hoy día, siguen sin resolverse: la desinstitucionalización, la organización de los servicios necesarios para una adecuada asistencia comunitaria, las dificultades para implantar las intervenciones terapéuticas más eficaces en la asistencia rutinaria, o los problemas relacionados con los llamados “nuevos crónicos”.

En 1981, hace casi 25 años, el propio Talbott escribía en [un editorial](#):

*“... la preocupación más inmediata es el drástico incremento en el número de nuevos pacientes crónicos jóvenes, en una época en la que los únicos servicios disponibles capaces de proporcionar tratamiento y cuidados a largo plazo están siendo cerrados. Todo el sistema de salud mental parece estar diseñado en la actualidad para asistir a los cuadros agudos. Para este propósito el sistema parece funcionar bien, incluyendo la asistencia a las urgencias, las unidades de agudos en hospitales generales, los centros de salud mental sabemos también como hemos de atender a las personas con enfermedades mentales crónicas en la comunidad, con programas de soporte comunitario que deben incluir tratamiento*



*farmacológico adecuado, apoyo psicoterápico y gestión y coordinación con servicios que cubran las necesidades de alojamiento, recursos económicos, ocupación y reinserción laboral y social....pero no podemos atender a estos pacientes sin dinero y sin los servicios necesarios. Gestores, profesionales, gobernantes no pueden sencillamente permitir llevar a cabo procesos de desinstitucionalización en ausencia de programas y servicios comunitarios adecuados en un momento en el que tenemos una población creciente de nuevos y jóvenes pacientes crónicos...”*

25 años después no parece que hemos avanzado en este sentido todo lo que sería necesario. Los llamados nuevos crónicos siguen siendo un problema, especialmente los pacientes graves, jóvenes, con baja retención en los dispositivos asistenciales habituales, con consumo de drogas asociado, que no cumplen con el tratamiento y que muestran alteraciones de conducta. Los sistemas de seguimiento comunitario de alta intensidad, como el llamado Tratamiento Asertivo Comunitario distan de estar disponibles de forma generalizada. Por otro lado, en algunos lugares se inicia el debate en torno a medidas no propiamente asistenciales para tratar de mantener “bajo control” a este tipo de pacientes, incluyendo medidas judiciales como el Tratamiento Ambulatorio Invo-

luntario. Mientras en algunos países ya cuentan con una cierta experiencia que permite valorar sus resultados, en otros, como España, las iniciativas por parte de algunos sectores para poner en marcha modificaciones legislativas que permitan judicializar la asistencia ambulatoria han generado discrepancias cuando no la oposición franca a dichas medidas por parte de profesionales y afectados. Asociaciones profesionales como la [Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación](#), la Sociedad Española de Psiquiatría Legal o la Asociación Española de Neuropsiquiatría-AEN se han pronunciado al respecto con diversas [declaraciones](#). En todo caso sigue siendo un tema discutido y discutible. En este sentido, la revista Canadian Journal of Psychiatry publica en su número de enero una [revisión basada en la experiencia en Canadá de la aplicación de dicha medida](#).

A pesar de que parecen desprenderse aspectos positivos, como la mejora en la retención en el tratamiento o la reducción en el número y la duración de los reingresos hospitalarios, no parece que una medida judicial pueda sustituir a la creación de los recursos comunitarios necesarios, que para dichos pacientes superan ampliamente la heterogénea disponibilidad de centros de salud mental (que en muchos casos no son más que meras consultas ambulatorias, sin otros servicios específicos para esta población), centros de día y ocupacionales o talleres protegidos con escaso personal, financiaciones escasas, y dirigidos en muchos casos a satisfacer las necesidades de los pacientes más dóciles y menos conflictivos.

Cambiando de tercio, el número de marzo de Psychiatric Services contiene varios artículos acerca de un tema al que se le ha prestado escasa atención, pese a su potencial como elemento motivador, integrador, y sus beneficios sobre la tantas veces olvidada salud física de nuestros pacientes: la actividad deportiva. Como ejemplo, un artículo de Richardson y cols: Integrating Physical Activity Into Mental Health Services for Persons With Serious Mental Illness, revisa la evidencia que soporta la convenien-

cia de incorporar intervenciones para promover el ejercicio físico en personas con enfermedades mentales severas, no solo desde el punto de vista de salud física, sino también en cuanto a la autoestima, la motivación o el aislamiento social.

El número de Noviembre de *Schizophrenia Bulletin* publica una revisión y actualización de las recomendaciones de las guías PORT, poniendo de manifiesto que la brecha entre la evidencia y la práctica clínica no parece haberse estrechado demasiado en estos años, y que parece que nuestras prácticas terapéuticas psicofarmacológicas siguen más los dictados del *marketing* que los de la evidencia científica independiente, y que la generalización de intervenciones psicosociales en la práctica rutinaria dista mucho de ser la norma. La revisión de las recomendaciones PORT sigue alertando de los escasos resultados que se obtienen de confiar el destino de los pacientes únicamente a la toma de la, por otro lado, imprescindible, medicación. Con la guía en la mano, todos nuestros pacientes debieran tener acceso a intervenciones como el apoyo y psicoeducación individual y familiar, el entrenamiento en habilidades sociales o los programas de tratamiento asertivo comunitario, además del acceso a los mejores fármacos. Quizás convenga que cada uno haga su propia prueba, se lea las guías, y luego medite sobre la probabilidad de que un paciente estándar de su entorno reciba el tratamiento aconsejado. La revisión toma en cuenta los cambios ocurridos en estos últimos años en el conocimiento que debe sustentar nuestra práctica clínica, y que reafirman lo ya conocido: que lo más efectivo es la combinación, de forma integrada, de una medicación sensata y de un paquete de intervenciones psicosociales que incluyen intervención y apoyo familiar, tratamiento asertivo comunitario, entrenamiento en habilidades sociales, etc. Vamos, toda una sorpresa.

Y en ese mismo número *Schizophrenia Bulletin* se despedía; el NIMH había decidido suspender su publicación, y las perspectivas de continuidad

parecían remotas. *Schizophrenia Bulletin* apareció por primera vez en 1969, inicialmente de forma experimental, y a partir de 1974 de forma estable con una periodicidad cuatrimestral hasta la actualidad. Ha publicado muchos de los artículos más relevantes en el campo de la investigación y la asistencia a la esquizofrenia, y ha sido testigo y notario de los cambios y vaivenes teóricos, ideológicos, asistenciales y técnicos que nuestros pacientes han soportado en estas tres décadas largas. Pues bien, parece que *Schizophrenia Bulletin* va a sobrevivir. La revista, antes subvencionada, y por tanto, más o menos “pública”, ha pasado a manos privadas. Sorprende que mientras la revista ha sido pública no ha dispuesto de un sitio Web que permitiera acceder a sus archivos de forma electrónica, y que en cuanto se ha privatizado ya disponga de [página Web](#), y los [artículos de su primer número](#) a disposición del personal. Lamentablemente no parecen haberse hecho cargo del archivo, y no hay manera (o yo no la he encontrado) de recuperar electrónicamente artículos como la revisión de las guías PORT. Y es que siguiendo con problemas que persisten, década tras década (y década del cerebro por medio) la dificultad, señalada de forma muy explícita por Lehman en el señalado estudio PORT para llevar a la práctica clínica cotidiana las intervenciones más eficaces sigue siendo una realidad. La aparición y amplia implantación de los nuevos y carísimos antipsicóticos no han hecho desaparecer la necesidad de combinar de forma adecuada el tratamiento psicofarmacológico y las intervenciones psicosociales si se quieren obtener los mejores resultados en el tratamiento de la esquizofrenia, y hoy en día, la implantación rutinaria del tratamiento integrado psicofarmacológico y psicosocial basado en evidencia sigue siendo la excepción, y no la norma.

*\*José J Uriarte/ Presidente de la Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial.*

[jota.jota@telefonica.net](mailto:jota.jota@telefonica.net)

## Referencias

- Howard H. Goldman and Donald Hammersley A Tribute to John A. Talbott, M.D. *Psychiatric Services* 2004 55: 1089
- John A. Talbott The Emerging Crisis in Chronic Care *Psychiatric Services* 2004 55: 1111
- Dixon L. The need for implementing evidence-based practices. *Psychiatric Services* 55:10, 1160-1161
- Lehman AF et al. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin* 2004, 30: 193-217
- Lehman AF, Steinwachs DM. Translating research into practice: the schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin* 1998, 24: 1-10
- O'Brien AM, Farrel S. Community Treatment Orders: Profile of a Canadian Experience. *J Psychiatry* 2004;49:27-30)
- Richardson et al. Integrating Physical Activity Into Mental Health Services for Persons With Serious Mental Illness *Psychiatr Serv* 56:324-331, March 2005
- Samuel J Keith, M.D. View from a Former Editor. *Schizophrenia Bulletin*. Volume 31, Number 1, January 2005



# BOARD OF DIRECTORS 2003-2006/ DIRECTORIO 2003-2006

# WAPR

## President

Angelo Barbato  
Mario Negri Institute  
Via Eritrea 62 20157 Milano Italy  
Tel: +39 02 39014431 Fax: +39 02 33200049  
Email: [dirba@tin.it](mailto:dirba@tin.it), [barbato@marionegri.it](mailto:barbato@marionegri.it)

## Immediate Past-President

Zebulon Taintor  
19 East 93rd Street New York, NY 10128 USA  
Tel: +1 845 398 6526 Fax: +1 212 426 7645  
Email: [taintz01@med.nyu.edu](mailto:taintz01@med.nyu.edu), [taintor@nki.rfmh.org](mailto:taintor@nki.rfmh.org)

## President-Elect

Michael Madianos  
Zografou Community Mental Health Center  
Davaki-Pindou 42 15773 Athens Greece  
Tel/Fax: +30 210 7481174  
Email: [madianos@nurs.uoa.gr](mailto:madianos@nurs.uoa.gr)

## Past Presidents

Jacques Dubuis  
Hôpital Psychiatrique du Vinatier  
95, Bd. Pinel 69677 Bron Cedex France  
Tel: +33 04 37915080 Fax: +33 04 37915082  
Email: [jacques.dubuis@ch-le-vinatier.fr](mailto:jacques.dubuis@ch-le-vinatier.fr), [jacques.dubuis@wanadoo.fr](mailto:jacques.dubuis@wanadoo.fr)

M. Parameshvara Deva  
7, Pesiaran Gopeng 2, Taman Golf, 31350 Ipoh Malaysia  
Tel: +60 03 7502068 Fax: +60 03 7562253  
Email: [devaparameshvara@hotmail.com](mailto:devaparameshvara@hotmail.com)

Benedetto Saraceno  
Department of Mental Health and Substance Dependence  
World Health Organization  
20, Avenue Appia CH-1211 Geneva 27 Switzerland  
Tel: +41 22 7913603 Fax: +41 22 7914160  
Email: [saraceno@who.int](mailto:saraceno@who.int)

Martin Gittelman  
NYS/NYU-Program for Psychiatric Rehabilitation  
100 West 94<sup>th</sup> street New York, NY 10025 USA  
Tel/Fax +1 212 663-0131  
Email: [gittem01@med.nyu.edu](mailto:gittem01@med.nyu.edu)

Gaston Harnois.  
6875 La Salle Boulevard  
Montréal, Québec Canada H4H 1R3  
Tel: +1 514 762-3006 Fax: +1 514 762-3040  
Email: [hargas@douglas.mcgill.edu](mailto:hargas@douglas.mcgill.edu)

Oliver Wilson.  
14 Cammo Hill, Barnton Edinburgh EH4 8EY  
Scotland, United Kingdom  
Email: [o.wilson@virgin.net](mailto:o.wilson@virgin.net)

## Vice Presidents

Ana Maria Fernandes Pitta  
Av. Cardeal Da Silva 2277, ap. 301 Rio Vermelho CEP 40.220-140  
Salvador, Bahia Brazil  
Tel/Fax: +55 71 3352548 Fax: +55 11 284 4474  
Email: [anapitta@ufba.br](mailto:anapitta@ufba.br)  
Lorraine Barnaby  
16 Liguanea Terrace Kingston 6 Jamaica  
Email: [lorainebarnaby@yahoo.com](mailto:lorainebarnaby@yahoo.com)

## Regional Vice-Presidents and Deputies EASTERN MEDITERRANEAN

Haroon Rashid Chaudhry, Regional VP  
Department of Psychiatry Fatima Jinnah Medical College Sir Ganga Ram  
Hospital Lahore Pakistan  
Tel: +92 00572 81 Fax: +92 42 7572488  
Email: [pprc@wol.net.pk](mailto:pprc@wol.net.pk)

## Regional Vice-Presidents and Deputies EUROPE

Edvard Hauff, Regional VP  
Psychiatric Division Department of Research and Education. Ullevål Univer-  
sity Hospital  
Kirkeveien 166 0407 Oslo Norway  
Tel 47 22 11 84 58 Fax 47 22 11 78 48  
Email: [edvard.hauff@medisin.uio.no](mailto:edvard.hauff@medisin.uio.no)

Bernard Jacob  
Association Interrégionale de Guidance et de Santé  
60, rue Vert-Vinâve 4041 Vottem Belgium  
Tel: +32 4.2273535  
Email: [bernard.jacob@aigs.be](mailto:bernard.jacob@aigs.be)

Antonio Maone  
Department of Mental Health  
ASL Roma A Via Sabrata 12 00198 Roma Italy  
Tel: +39 06 85232453  
Email: [maone@tin.it](mailto:maone@tin.it)

Ramón Blasi Ras  
Centre de Documentació Docència i Recerca  
C/ Providencia 17 Torre 08024 Barcelona Spain  
Tel: +34 3 415 13 75 Fax: +34 3 415 13 75  
Email: [rblasi@arapdis.org](mailto:rblasi@arapdis.org)

## Regional Vice-Presidents and Deputies SOUTH-EAST ASIA

Nalaka Mendis,  
Kinsey Road Columbo 8 Sri Lanka  
Email: [nalaka@sri.lanka.net](mailto:nalaka@sri.lanka.net)

Thyloth Murali, Regional VP  
Department of Psychiatric and Neurological Rehabilitation. National Institute  
of Mental Health and Neurosciences (NIMHANS) Bangalore 560029, India  
Tel: +91 80 5501977 Fax: +91 80 6995281  
Email: [mut47@nimhans.kar.nic.in](mailto:mut47@nimhans.kar.nic.in), [reva\\_th9@rediffmail.com](mailto:reva_th9@rediffmail.com)

## Regional Vice-Presidents and Deputies WESTERN PACIFIC

Naotaka Shinfuku, Regional VP  
International Center for Medical Research  
Kobe University School of Medicine  
Kusunoki-Cho, 7 Chome, Chuo-Ku Kobe  
Japan 650-0017  
Tel: +81 78 382-5695 Fax: +81 78 382-5717  
Email: [shinfuku@kobe-u.ac.jp](mailto:shinfuku@kobe-u.ac.jp)

Ida Kosza  
2013 Pomaz, PF 165 Hungary  
Tel/Fax: +36 26 325 536 Fax: +36 26 525 631  
Email: [kosza@mail.datanet.hu](mailto:kosza@mail.datanet.hu)

## Secretary-General

Lourdes Ladrado-Ignacio  
Department of Psychiatry  
College of Medicine University of the Philippines  
P. Gil St, Manila Philippines  
Tel: +63 2 525 0803/ 525 1767 Tel/Fax: +63 2 371 3603

## Deputy Secretary-General

Afzal Javed  
The Medical Centre  
Manor Court Avenue Nuneaton, CV11 5HX  
United Kingdom  
Tel: +44 24 76382609 or 76326111  
Fax: +44 24 76382609 or 76388604  
Email: [afzal.javed@ntlworld.com](mailto:afzal.javed@ntlworld.com)

## Treasurer

Ernesto Muggia  
Via Vittorio Veneto 20 20124 Milano Italy  
Tel: +39 02 76023396 Fax: +39 02 33200049  
Email: [ernestomuggia@tin.it](mailto:ernestomuggia@tin.it)

# BOARD OF DIRECTORS 2003-2006/ Directorio 2003-2006

# WAPR

## Regional Vice-Presidents and Deputies AFRICA

Dr. Paul Sidandi, Regional VP  
Lobatse Mental Hospital  
P.O. Box 126 Lobatse Botswana  
Tel: +267 5330 267 Fax: +267 5332 174  
Email: [paul.sidandi@it.bw](mailto:paul.sidandi@it.bw)

Leana Uys,  
School of Nursing University of Natal  
Durban 4041 South Africa  
Tel: +27 31 260 2074 Fax: +27 31 260 1543  
Email: [uys@nu.ac.za](mailto:uys@nu.ac.za)

Arouna Ouédraogo  
CHU Yalgado Ouédraogo 03 BP 7022  
Ouagadougou 03 Burkina Faso  
Tel: +226 31.16.55 Fax: +226 31 18 48  
Email: [arounaouedraogo@univ-ouaga.bf](mailto:arounaouedraogo@univ-ouaga.bf)

## Regional Vice-Presidents and Deputies AMERICAS

Humberto Martinez, Regional VP  
South Bronx Mental Health Council, Inc.  
781 East 142nd Street The Bronx, N.Y. 10454-1723  
USA  
Tel: +1 718 993 1400 Fax: +1 718 993 0647  
Email: [Dr44hlm@pol.net](mailto:Dr44hlm@pol.net)

Rosalba Bueno-Osawa,  
Paseo Ahuehuetes Norte 1480 Bosques de las Lomas  
CP 11700 México, D.F. México  
Tel: +52 5 596 0092 Fax: +52 5 596 7502  
Email: [rosalbabueno@aol.com](mailto:rosalbabueno@aol.com)

Ho Yong Lee,  
Department of Psychiatry  
School of Medicine Ajou University  
5 Wonchon-Dong, Paldal-Gu Suwon Korea 442-749  
Tel: +82 331 219 5018 Fax: +82 331 219 5019  
Email: [hyl32@madang.ajou.ac.kr](mailto:hyl32@madang.ajou.ac.kr)

## Representing Families

Dale Johnson  
Department of Psychiatry University of Houston  
Houston, Texas 77204-5341 USA  
Tel: +1 713 743 8621 Fax: +1 713 743 8633  
Email: [DLJOHNSON@uh.edu](mailto:DLJOHNSON@uh.edu)

## Representing Consumers

René Van der Male  
Boston Exchange Korte Hamstraat 3  
3511 RH Utrecht The Netherlands  
Tel: +31 30 2 313197 Fax: +31 30 2 718732  
Email: [rene@rietveld.myads.nl](mailto:rene@rietveld.myads.nl)

Daniel Cochavy  
9 Ein Gedi street Jerusalem 93383 Israel  
Email: [danielcochavy@yahoo.co.uk](mailto:danielcochavy@yahoo.co.uk)

## Representing Voluntary Organisations

Geraldine Marshall  
201-1575 West 10 Ave Vancouver, British Columbia  
Canada V6J 5L1  
Email: [gmarshall@lynx.bc.ca](mailto:gmarshall@lynx.bc.ca)

## Liaison to UN and Its Agencies

Stanislas Flache  
9c Plateau de Frontenex 1218 Geneva Switzerland  
Tel: +41 22 736 8435 Fax: +41 22 788 3058  
Email: [flache@freesurf.ch](mailto:flache@freesurf.ch)

Murray Itzkowitz  
The Bridge Inc. 248 West 108<sup>th</sup> street  
New York, NY 10025 USA  
Email: [Mitzkowitz1@aol.com](mailto:Mitzkowitz1@aol.com)

## Members at Large

Yair Carlos Bar-El  
Kiar Shaul Hospital 21 Alon street 90970 Har Adar  
Israel  
Email: [barel4@bezeqint.net](mailto:barel4@bezeqint.net)

Gregory C. Bunt  
48 West 38th street New York, NY 10018 USA  
Tel: +1 212 764 6100 Fax: +1 212 764 6729  
Email: [gbunt@daytop.org](mailto:gbunt@daytop.org)

Marianne Farkas  
Center for Psychiatric Rehabilitation Boston University  
940 Commonwealth Avenue Boston, MA 02215 USA  
Tel: +1 617 353 3549 Fax: +1 617 353 7700  
Email: [mfarkas@bu.edu](mailto:mfarkas@bu.edu)

Ricardo Guinea  
Hospital de Día Madrid  
C/Manuel Marañón 4 28043 Madrid Spain  
Tel: +34 91 759 66 92 Fax: +34 91 759 60 02  
Email: [guinea@hdmadrid.org](mailto:guinea@hdmadrid.org)

Anna Meneghelli  
Via Andrea Solari 19 20144 Milano Italy  
Tel/Fax: +39 02 8321551  
Email: [annameneghelli@tiscali.it](mailto:annameneghelli@tiscali.it)

Lorraine Ritchey  
Ave Palmas #885 Torre 3 Mexico, DF CP 11000  
Mexico  
Tel: +52 5540 45 65  
Email: [chauvet@teleton.org.mx](mailto:chauvet@teleton.org.mx)

Gabriele Rocca  
Via Sidoli 7 20129 Milano Italy  
Tel/Fax: +39 02 70128795  
Email: [garocca@libero.it](mailto:garocca@libero.it)

Michael Sadre Chirazi-Stark  
Asklepios Westklinikum D-22557 Hamburg Germany  
Tel: +49 40 8191 2865 Fax: +49 40 8191 2820  
Email: [m.stark@asklepios.com](mailto:m.stark@asklepios.com)

Stelios Stylianidis  
61-63 Grammou street Maroussi, Athens 15124 Greece  
Email: [epapsy@otenet.gr](mailto:epapsy@otenet.gr)  
John Talbott  
Department of Psychiatry  
University of Maryland Medical School  
701 West Pratt street, Room 322 Baltimore, MD 21201  
USA  
Tel: +1 410 328 2132 Fax: +1 410 328 7096  
Email: [jtalbott@psych.umaryland.edu](mailto:jtalbott@psych.umaryland.edu)

José Uriarte  
Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación  
Hospital Psiquiátrico de Zamudio  
Arteaga Auzoa 45 Zamudio 48170 Vizcaya Spain  
Email: [juriarte@hzam.osakidetza.net](mailto:juriarte@hzam.osakidetza.net)

Gilles Vidon  
Hôpital Esquirol  
57, Rue du Maréchal Leclerc Saint Maurice 94229 Cedex France  
Email: [g.vidon@hopital-esquirol.fr](mailto:g.vidon@hopital-esquirol.fr)

