¡¡¡NO ESTAS SOLO, TODOS PODEMOS AYUDARNOS!!!

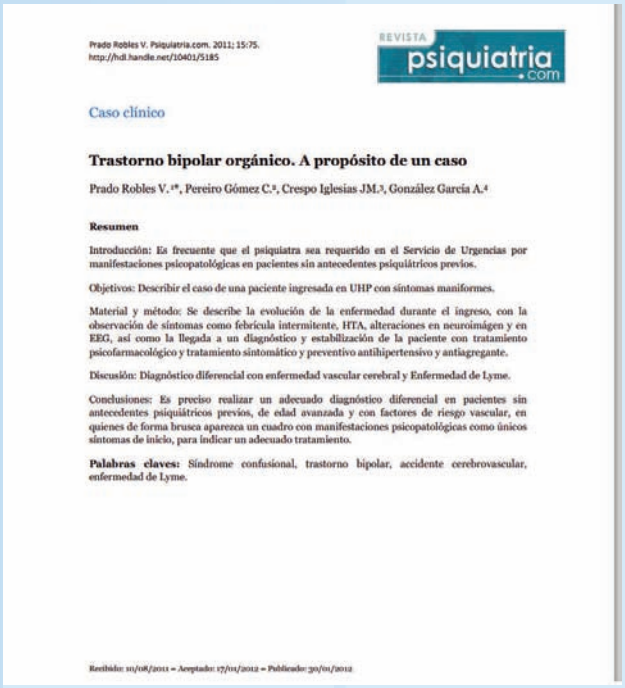
ETIN Nº 41 BAO

Bao - Málaga

BOLETÍN Nº 41
del 1 al 29 de Febrero

Noticias 1 de Febrero del 2012

Trastorno bipolar orgánico. A propósito de un caso.



Prado Robles V. Psiquiatria.com. 2011; 15:75.
http://hdl.handle.net/10401/5185

REVISTA psiquiatria.com

Caso clínico

Trastorno bipolar orgánico. A propósito de un caso

Prado Robles V.[1*], Pereiro Gómez C.[2], Crespo Iglesias J.M.[3], González García A.[4]

Resumen

Introducción: Es frecuente que el psiquiatra sea requerido en el Servicio de Urgencias por manifestaciones psicopatológicas en pacientes sin antecedentes psiquiátricos previos.

Objetivos: Describir el caso de una paciente ingresada en UHP con síntomas maniformes.

Material y método: Se describe la evolución de la enfermedad durante el ingreso, con la observación de síntomas como febrícula intermitente, HTA, alteraciones en neuroimágen y en EEG, así como la llegada a un diagnóstico y estabilización de la paciente con tratamiento psicofarmacológico y tratamiento sintomático y preventivo antihipertensivo y antiagregante.

Discusión: Diagnóstico diferencial con enfermedad vascular cerebral y Enfermedad de Lyme.

Conclusiones: Es preciso realizar un adecuado diagnóstico diferencial en pacientes sin antecedentes psiquiátricos previos, de edad avanzada y con factores de riesgo vascular, en quienes de forma brusca aparezca un cuadro con manifestaciones psicopatológicas como únicos síntomas de inicio, para indicar un adecuado tratamiento.

Palabras claves: Síndrome confusional, trastorno bipolar, accidente cerebrovascular, enfermedad de Lyme.

Recibido: 11/08/2011 – Aceptado: 17/01/2012 – Publicado: 30/01/2012

Noticias 2 de Febrero del 2012

La sensibilidad al feedback positivo y negativo en los pacientes eutímicos

Resumen

Objetivos: No está claro si las alteraciones en la cognición y la motivación, tales como el procesamiento del feedback alterado, observados durante la eutimia representan marcadores de rasgo del trastorno bipolar I (BD-I) o cicatrices de episodios anteriores que también ocurren en la depresión mayor (DM). El presente estudio examina la forma en que los episodios anteriores influyen en la sensibilidad al feedback positivo y negativo, la aplicación de análisis de regresión múltiple jerárquica con el número de episodios depresivos pasados y episodios maníacos, síntomas del estado de ánimo residual, la calidad afectiva del último episodio, el tiempo de remisión, la medicación, la severidad de la enfermedad, y la edad como predoctores

Métodos: El estudio incluyó a 23 pacientes eutímicos con BD-I, 19 pacientes remitidos con MD, y 19 personas sanas que se sometieron a una tarea que discrimina si las personas aprenden mejor a partir de feedback positivo o negativo.

Resultados: En ambos modelos, prediciendo la sensibilidad al feedback positivo [F (5,60) = 6.50, p = 0,001, R2 ajustado = 0,22] y feedback negativo [F (5,60) = 5.12, p = 0,001, R2 ajustado = 0,22], la calidad del episodio afectivo último fue el único predictor significativo. Los pacientes BD-I que experimentaron un último episodio maníaco aprendieron bien del feedback positivo pero no del negativo, mientras que los pacientes BD-I que experimentaron un último episodio depresivo mostraron el patrón opuesto.
Conclusiones: Nuestros datos identifican diferencias en la respuesta a las consecuencias positivas y negativas lo que se traslada al estado eutímico que están cualitativamente relacionado a la polaridad del episodio anterior, mientras que otras enfermedades relacionadas con las variables no tenían una influencia significativa. Esto arroja nueva luz sobre los anteriores datos inconsistentes en pacientes BD-I eutímicos y también podría orientar el tratamiento a la medida.

Contenido:

Trastorno bipolar orgánico. A propósito de un caso.	1
Cogniciones en el trastorno afectivo bipolar y la depresión unipolar: Imaginando el suicidio	2
La conducta suicida. Información para pacientes, familiares y allegados.	4
Hospital Valdizán atendió 50 casos de adictos a videojuegos en el último año	6
El Trastorno Bipolar	8
La herencia genética en los trastornos bipolares	10
V JORNADA TRASTORNO BIPOLAR EN MÁLAGA	12

Noticias 3 de Febrero del 2012

Cogniciones en el trastorno afectivo bipolar y la depresión unipolar: Imaginando el suicidio

Resumen

Objetivo: El trastorno bipolar tiene la mayor tasa de suicidios de todos los trastornos psiquiátricos. En la depresión unipolar, los individuos informan de imágenes vividas, cargadas de afecto de suicidio o de las consecuencias de la muerte (flashforwards al suicidio), durante la ideación suicida pero este fenómeno no se ha explorado en el trastorno bipolar. Por lo tanto, los autores investigaron y compararon las imágenes y pensamientos verbales relacionados con el suicidio en el pasado en individuos con tastorno bipolar (n = 20) y depresión unipolar (n = 20).

Métodos: El estudio utilizó un diseño comparativo cuasi-experimental. Se utilizó la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV para confirmar el diagnóstico. Datos cuantitativos y cualitativos fueron recogidos a través de medidas de cuestionario (por ejemplo, estado de ánimo y rasgo de utilizar imágenes). Entrevistas individuales evaluaron cogniciones suicidas en forma de (i) imágenes mentales y (ii) pensamientos verbales.

Resultados: Todos los participantes reportaron imaginar flashforwards al suicidio. Ambos grupos reportaron una mayor preocupación con estas imágenes relacionados con el suicidio que con pensamientos verbales sobre el suicidio. Sin embargo, en comparación con el grupo unipolar, el grupo bipolar estuvo significativamente más preocupado por las imágenes flashforward, clasificado estas imágenes como más convincente, y tenían más del doble de probabilidades de que las imágenes les despertaran el deseo de tomar medidas para completar el suicidio. Además, el grupo bipolar informó una mayor propensión de rasgo de utilizar las imágenes mentales en general.

Conclusiones: La ideación suicida necesita ser mejor caracterizada, y las imágenes mentales de suicidio ha sido una descuidada pero potencialmente característica fundamental de ideación suicida, especialmente en el trastorno bipolar. Nuestros hallazgos sugieren que las imágenes flashforward garantizan investigación más a fondo para los procedimientos formales de la evaluación clínica universal.

Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su

La relación entre el médico y su paciente debe evolucionar hacia una mayor interactividady fomentar la proactividad. Para ello, es imprescindible contar con programas de educación terapéutica de los pacientes. El pronóstico de muchas patologías no psiquiátricas cardiopatías, enfermedades respiratorias, diabetes, asma) mejora claramente con estas intervenciones, y lo mismo ocurre con las psiquiátricas, como el trastorno bipolar. Los primeros programas psicoeducativos se centraban en la información, mientras que los actuales hacen énfasis en un enfoque más terapéutico, que incluye trabajar con el significado de la enfermedad, identificar los desencadenantes individuales y los pródromos, manejar los síntomas y superar

los problemas de adherencia a los fármacos. Hoy la psicoeducación forma parte de las rutinas de tratamiento del trastorno bipolar, y encaja en su modelo médico. Así mismo, ha mostrado su eficacia en la profilaxis de todo tipo de recaídas a los dos y a los cinco años, con lo cual se ha reducido de forma notoria la duración de los episodios, las hospitalizaciones y los problemas de adherencia. Además, no pierde eficacia con el paso del tiempo, algo que sí ocurre con otras psicoterapias, y su implementación conlleva un ahorro de recursos sanitarios.

No obstante, se recomienda implementar este tipo de programas lo antes posible en el curso de la enfermedad. El presente artículo presenta una serie de evidencias y reflexiones prácticas acerca de la implementación de la psicoeducación, que es a la psicoterapia del trastorno bipolar lo que el litio es a su farmacoterapia.

Noticias 5 de Febrero del 2012

La depresión, la esquizofrenia o el trastorno bipolar son enfermedades mentales que dificultan la vida de los afectados y también la de sus hijos

La depresión, la esquizofrenia o el trastorno bipolar son enfermedades mentales que dificultan la vida de los afectados y también la de sus hijos.Los hijos cuyos progenitores padecen una enfermedad mental pueden sufrir una infancia marcada por problemas emocionales. Por este motivo, si la familia no recibe la atención profesional necesaria, estos niños tienen mayor riesgo de desarrollar algún tipo de problema psicológico durante la vida adulta. Una de cada cuatro personas sufre una enfermedad mental a lo largo de su vida, y muchas tienen hijos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define enfermedad mental como conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia en el funcionamiento personal. Hay distintas patologías psiquiátricas, así como distintos niveles de gravedad. La depresión, la esquizofrenia, el trastorno bipolar o el obsesivo-compulsivo, los trastornos de la personalidad... son diferentes dolencias que tienen en común que dificultan en -mayor o menor medida- la vida de las personas que las sufren. Y también las de sus descendientes.Enfermedad mental en embarazadas

Debido al elevado número de personas que sufren una enfermedad mental a lo largo de su vida y que, además, tienen hijos, muchos centros de salud cuentan con programas de psiquiatría perinatal. Estos servicios están especializados en el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos asociados a la maternidad. Una persona que padece una depresión grave o esquizofrenia, por ejemplo, puede tener serias dificultades para proporcionar el marco necesario de seguridad, atención y afectividad para que un niño se desarrolle psicológicamente de forma adecuada.

Noticias 6 de Febrero del 2012

Ya está en funcionamiento el programa “Ponte En Marcha” que pretende mejorar la calidad de vida a través de la actividad física

Según los datos de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) la esperanza de vida de las personas con enfermedad mental se acorta por problemas de salud física. La probabilidad de padecer problemas graves de salud física en pacientes con trastorno afectivo bipolar es el doble que el de la población general y por otro lado, los pacientes con esquizofrenia presentan una esperanza de vida aproximadamente 15 años menor, principalmente debido a causas relacionadas con su salud física. Además, las personas con enfermedad mental tienen mayor obesidad, diabetes, tabaquismo, hipertensión, inactividad física y colesterol. Para mejorar esta situación, AFESOL ha puesto en funcionamiento el programa “Promoción de la Actividad Física en Personas con Trastorno Mental Grave. Ponte en marcha” que pretende promover la mejora de la calidad de vida a través de la actividad física. Más concretamente, a través de caminar. El programa se apoya en conocimientos como los que maneja la comunidad científica internacional, que considera que 10.000 pasos es un umbral mínimo a partir del cual se obtienen beneficios saludables o como los que maneja un estudio reciente, que señala que los programas de ejercicio físico son recomendables en los pacientes con esquizofrenia porque tiene efectos favorables en su bienestar tanto en su salud física como mental. El proyecto está subvencionado por la Consejería de Salud y ha contado con la participación del psiquiatra de la Unidad de Rehabilitación de Área (URA), Fermín Mayoral, el equipo de enfermería de la URA, el equipo de enfermería del Centro de Salud Limonar y varios monitores de los talleres del Rincón de la Victoria, Mijas y Benalmádena. Se trata de una experiencia piloto en la que se organizan una serie de grupos para caminar en el Rincón de la Victoria, Málaga,

Noticias 7 de Febrero del 2012

Evaluación de la eficacia y seguridad de la paliperidona de liberación prolongada en el tratamiento de la manía aguda: Un estudio aleatorio, doble ciego, dosis-respuesta.

Resumen

Antecedentes. Los antipsicóticos atípicos son eficaces en el tratamiento del trastorno bipolar I. En estas 3 semanas de estudio doble ciego, la eficacia y la seguridad de las tabletas de paliperidona de liberación prolongada (ER) se evaluaron en pacientes con manía aguda.

Métodos. Los pacientes que experimentan un episodio maníaco o mixto (Escala de Manía de Young [YMRS] puntuación total ≥ 20), fueron asignados aleatoriamente a una de tres dosis fijas una vez al día de paliperidona ER (3, 6, o 12 mg) o placebo (1:1:1:1 proporción).

Resultados. En total, 469 pacientes fueron asignados aleatoriamente al tratamiento con paliperidona ER 3 mg (n = 112), 6 mg (n = 120), o 12 mg (n = 115) o placebo (n = 122). El cambio de media (DS) en la puntuación total de YMRS desde el inicio hasta el punto final de 3 semanas (variable principal) fue estadísticamente significativa para el grupo de paliperidona ER 12 mg (-13,5 [9,17], p = 0,025), pero no para los grupos de 6 mg (-11,4 [9,98], p = 0,57) o 3 mg (-9,1 [11,18], p = 0.79) en comparación con el placebo (-10,1 [10,21]). La cefalea fue el evento adverso del tratamiento emergente más común (17% total paliperidona ER frente al 12% placebo).

Limitaciones. De forma estadísticamente significativa (p = 0,0032) se produjo una interacción de tratamiento por país, lo que confunde la interpretación de los resultados del estudio.

Noticias 8 de Febrero del 2012

Concepto de Desorden Mental: Imprecisión y dificultades

Ruiz Rey F. Psiquiatria.com. 2011; 15:70.
http://hdl.handle.net/10401/5229

psiquiatria.com

Artículo especial

Concepto de Desorden Mental: Imprecisión y dificultades

Fernando Ruiz Rey[1*]

Resumen

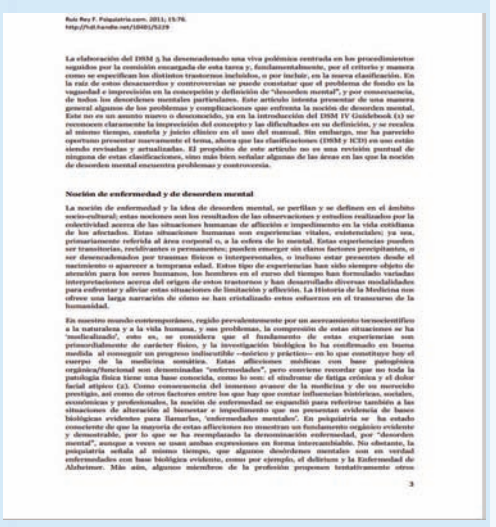
En este trabajo se comienza el análisis de las imprecisiones y dificultades del concepto de desorden mental presentando la noción de enfermedad y de desorden mental, ambos caracterizados primariamente por ser experiencias vitales de aflicción y limitación personal. Se señala que la enfermedad está habitualmente definida por un sustrato biológico que no está presente en la mayoría de los desordenes mentales. Se sugiere la conveniencia práctica de conservar esta distinción. Se señalan las dificultades en las fronteras de la definición de los desordenes mentales con las enfermedades físicas y, muy particularmente, con las crisis existenciales y otras conductas sociales aberrantes no consideradas patológicas. Se analiza la definición de desorden mental, señalando que el DSM IV requiere para el diagnóstico de desorden mental la presencia de disfunciones biológicas —difíciles de demostrar—, y disfunciones psicológicas y conductuales que son bástamente circulares en la descripción. Se presentan las ventajas y desventajas de las definiciones categoriales y dimensionales. Se analizan los esfuerzos conceptuales realizados para distinguir la normalidad de la anormalidad en psiquiatría para evitar el uso de las intuiciones y juicios de valores en esta distinción; se analizan brevemente los métodos estadísticos y los conceptos evolutivos de "función natural" con los que se intenta presentar criterios 'científicos' y 'objetivos' en la caracterización de los desordenes mentales. También se presentan críticamente el "naturalismo híbrido" y los mecanismos mentales propuesta por J. Wakefield, y la "función de Cummins". Se presenta la importancia de las intuiciones y valores en la determinación de anormalidad de los desordenes mentales, y se muestran los modos como se implementan en los distintos desordenes. Se analizan brevemente el constructivismo en psiquiatría y la crítica de la antipsiquiatría. Se concluye señalando la necesidad, y creciente popularidad, de un acercamiento pragmático con distintos propósitos para las definiciones y clasificación de los desordenes mentales. Se enfatiza la importancia de utilizar metodologías claras y cuhrovetas con presentación de resultados replicables en los estudios clínicos para facilitar la mejor elaboración de las categorías diagnósticas. Se recalca la necesidad de mantener además, una definición y clasificación general de los desordenes mentales, para unificar y ordenar el campo de actividad de la disciplina, favorecer la comunicación, la educación y las investigaciones clínicas.

Palabras claves: Desorden mental, trastorno mental, xenología, definición trastorno mental, clasificación de desordenes mentales, función natural, naturalismo híbrido, función de Cummins, constructivismo, antipsiquiatría, pragmatismo y psiquiatría.

Abstract

This work begins the analysis of the concept of mental disorder presenting the notions of disease and mental disorder; both characterized by being existential experiences of affliction and personal limitation. However, disease is defined in relation to biological causes that are not usually present in the majority of mental disorders. It is suggested that pragmatically it might be useful to maintain both concepts in psychiatry. The DSM IV definition of mental disorder is analyzed underscoring its requirement of the presence of psychological, behavioral, and

Psiquiatria.com – ISSN: 1137-5148
© 2011 Ruiz Rey F.



Ruiz Rey F. Psiquiatria.com. 2011; 15:70.
http://hdl.handle.net/10401/5229

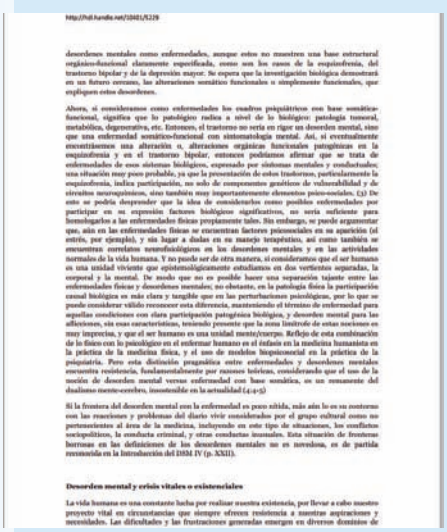
La elaboración del DSM 5 ha desencadenado una viva polémica centrada en los procedimientos seguidos por la comisión encargada de esta tarea y, fundamentalmente, por el criterio y manera como se especifican los distintos trastornos incluidos, o por incluir, en la nueva clasificación. En la raíz de estos desacuerdos y controversias se puede constatar que el problema de fondo es la vaguedad e imprecisión en la concepción y definición de "desorden mental", y por consecuencia, de todos los desordenes mentales particulares. Este artículo intenta presentar de una manera general algunos de los problemas y complicaciones que enfrenta la noción de desorden mental. Este no es un asunto nuevo o desconocido, ya en la introducción del DSM IV Guidebook (1) se reconocen claramente la imprecisión del concepto y las dificultades en su definición, y se recalca al mismo tiempo, cautela y juicio clínico en el uso del manual. Sin embargo, me ha parecido oportuno presentar nuevamente el tema, ahora que las clasificaciones (DSM y ICD) en uso están siendo revisadas y actualizadas. El propósito de este artículo no es una revisión puntual de ninguna de estas clasificaciones, sino más bien señalar algunas de las áreas en las que la noción de desorden mental encuentra problemas y controversia.

Noción de enfermedad y de desorden mental

La noción de enfermedad y la idea de desorden mental, se perfilan y se definen en el ámbito socio-cultural; estas nociones son los resultados de las observaciones y estudios realizados por la colectividad acerca de las situaciones humanas de aflicción e impedimento en la vida cotidiana de los afectados. Estas situaciones humanas son experiencias vitales, existenciales; ya sea, primariamente referida al área corporal o, a la esfera de lo mental. Estas experiencias pueden ser transitorias, recidivantes o permanentes; pueden emerger sin claros factores precipitantes, o ser desencadenados por traumas físicos o interpersonales, o influso estar presentes desde el nacimiento o aparecer a temprana edad. Estos tipo de experiencias han sido siempre objeto de atención para los seres humanos, los hombres en el curso del tiempo han formulado variadas interpretaciones acerca del origen de estos trastornos y han desarrollado diversas modalidades para enfrentar y aliviar estas situaciones de limitación y aflicción. La Historia de la Medicina nos ofrece una larga narración de cómo se han cristalizado estos esfuerzos en el transcurso de la humanidad.

En nuestro mundo contemporáneo, regido prevalentemente por un acercamiento tecnocientífico a la naturaleza y a la vida humana, y sus problemas, la comprensión de estas situaciones se ha "medicalizado", esto es, se considera que el fundamento de estas experiencias son primordialmente de carácter físico, y la investigación biológica lo ha confirmado en buena medida, al conseguir un progreso indiscutible –teórico y práctico– en lo que constituye hoy el cuerpo de la medicina somática. Estas aflicciones médicas con base patogénica orgánica/funcional son denominadas "enfermedades", pero conviene recordar que no toda la patología física tiene una base conocida, como lo son: el síndrome de fatiga crónica y el dolor facial atípico (2). Como consecuencia del inmenso avance de la medicina y de su merecido prestigio, así como de otros factores entre los que hay que contar influencias históricas, sociales, económicas y profesionales, la noción de enfermedad se expandió para referirse también a las situaciones de alteración al bienestar e impedimento que no presentan evidencia de base biológicas evidentes para llamarlas, "enfermedades mentales". En psiquiatría se ha estado consciente de que la mayoría de estas aflicciones no muestran un fundamento orgánico evidente y demostrable, por lo que se ha reemplazado la denominación enfermedad, por "desorden mental", aunque a veces se usan ambas expresiones en forma intercambiable. No obstante, la psiquiatría señala al mismo tiempo, que algunos desórdenes mentales son en verdad enfermedades con base biológica evidente, como por ejemplo, el delirium y la Enfermedad de Alzheimer. Más aún, algunos miembros de la profesión proponen tentativamente otros

3



http://hdl.handle.net/10401/5229

desordenes mentales como enfermedades, aunque estos no muestren una base estructural orgánico-funcional claramente especificada, como son los casos de la esquizofrenia, del trastorno bipolar y de la depresión mayor. Se espera que la investigación biológica demostrará en un futuro cercano, las alteraciones somáticas funcionales o simplemente funcionales, que expliquen estos desordenes.

Ahora, si consideramos como enfermedades los cuadros psiquiátricos con base somática-funcional, significa que lo patológico radica a nivel de lo biológico: patología tensorial, metabólica, degenerativa, etc. Entonces, el trastorno no sería en rigor un desorden mental, sino que una enfermedad somático-funcional con sintomatología mental. Así, si eventualmente encontráramos una alteración o, alteraciones orgánicas funcionales patognómicas en la esquizofrenia y en el trastorno bipolar, entonces podríamos afirmar que se trata de enfermedades de esos sistemas biológicos, expresado por síntomas mentales y conductuales; una situación muy poco probable, ya que la presentación de estos trastornos, particularmente la esquizofrenia, indica participación, no solo de componentes genéticos de vulnerabilidad y de circuitos neuroquímicos, sino también muy importantemente elementos psico-sociales. (3) De esto se podría desprender que la idea de considerarlos como posibles enfermedades por participar en su expresión factores biológicos significativos, no sería suficiente para homologarlos a las enfermedades físicas propiamente tales. Sin embargo, se puede argumentar que, aún en las enfermedades físicas se encuentran factores psicosociales en su aparición (el estrés, por ejemplo), y sin lugar a dudas en su manejo terapéutico, así como también se encuentran correlatos neurofisiológicos en los desordenes mentales y en las actividades normales de la vida humana. Y no puede ser de otra manera, si consideramos que el ser humano es una unidad viviente que epistemológicamente estudiamos en dos vertientes separadas, la corporal y la mental. De modo que no es posible hacer una separación tajante entre las enfermedades físicas y desordenes mentales; no obstante, en la patología física la participación causal biológica es más clara y tangible que en las perturbaciones psicológicas, por lo que se puede considerar válido reconocer esta diferencia, manteniendo el término de enfermedad para aquellas condiciones con clara participación patogénica biológica, y desorden mental para las afecciones, sin esas características, teniendo presente que la zona limítrofe de estas nociones es muy imprecisa, y que el ser humano es una unidad mente/cuerpo. Reflejo de esta combinación de lo físico con lo psicológico en el enfermar humano es el énfasis en la medicina humanista en la práctica de la medicina física, y el uso de modelos biopsicosocial en la práctica de la psiquiatría. Pero esta distinción pragmática entre enfermedades y desordenes mentales encuentra resistencia, fundamentalmente por razones teóricas, considerando que el uso de la noción de desorden mental versus enfermedad con base somática, es un remanente del dualismo mente-cerebro, insostenible en la actualidad (4-4-5)

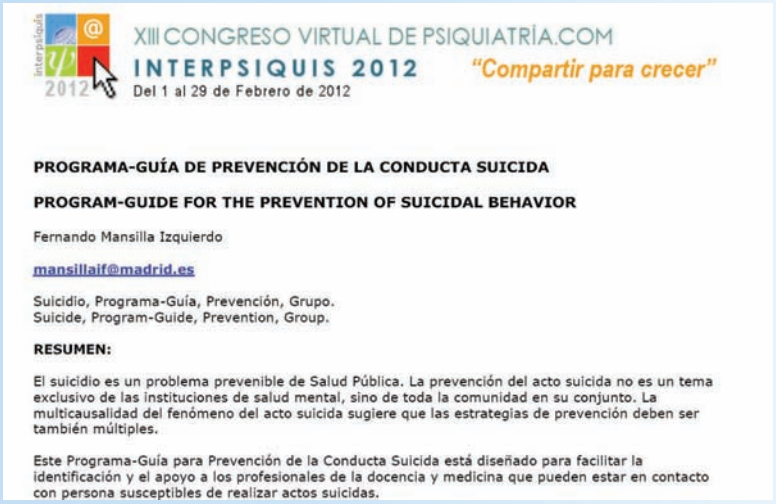
Si la frontera del desorden mental con la enfermedad es poco nítida, más aún lo es su contorno con las reacciones y problemas del diario vivir considerados por el grupo cultural como no pertenecientes al área de la medicina, incluyendo en este tipo de situaciones, los conflictos sociopolíticos, la conducta criminal, y otras conductas inusuales. Esta situación de fronteras borrosas en las definiciones de los desordenes mentales no es novedosa, es de partida reconocida en la introducción del DSM IV (p. XXII).

Desorden mental y crisis vitales o existenciales

La vida humana es una constante lucha por realizar nuestra existencia, por llevar a cabo nuestro proyecto vital en circunstancias que siempre ofrecen resistencia a nuestras aspiraciones y necesidades. Las dificultades y las frustraciones generadas emergen en diversos dominios de

Noticias 10 de Febreo del 2012

La conducta suicida. Información para pacientes, familiares y allegados.



XIII CONGRESO VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA.COM
INTERPSIQUIS 2012 "Compartir para crecer"
Del 1 al 29 de Febrero de 2012

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

PROGRAM-GUIDE FOR THE PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR

Fernando Mansilla Izquierdo

mansillaif@madrid.es

Suicidio, Programa-Guía, Prevención, Grupo.
Suicide, Program-Guide, Prevention, Group.

RESUMEN:

El suicidio es un problema prevenible de Salud Pública. La prevención del acto suicida no es un tema exclusivo de las instituciones de salud mental, sino de toda la comunidad en su conjunto. La multicausalidad del fenómeno del acto suicida sugiere que las estrategias de prevención deben ser también múltiples.

Este Programa-Guía para Prevención de la Conducta Suicida está diseñado para facilitar la identificación y el apoyo a los profesionales de la docencia y medicina que pueden estar en contacto con persona susceptibles de realizar actos suicidas.

Noticias 11 de Febreo del 2012

Una madre pide la devolución "progresiva" de su hijo

Una madre sevillana, Inmaculada Pérez Calvo, ha solicitado públicamente la devolución "progresiva" del hijo de cinco años que le "arrebató" la Junta de Andalucía "a los dos días de nacer", alegando que su progenitora padecía "una enfermedad mental" y no se encontraba en una "situación psicosocial adecuada" para el buen desarrollo del menor.

En declaraciones a los periodistas a la salida del Juzgado de Familia de Sevilla donde se ha celebrado un juicio para determinar el acogimiento preadoptivo y el régimen de visita del hijo de Inmaculada, ésta ha recordado que le quitaron a su hijo alegando "un trastorno bipolar" aunque ha asegurado que estaba en tratamiento psiquiátrico por este motivo.

En este sentido, ha relatado que le retiraron la custodia de su hijo "a los dos días de nacer", si bien ha asegurado que el expediente de retirada estaba fechado "seis días antes" de que naciera el niño. Así, ha dicho que lleva "cinco años y medio" luchando por que le devuelvan a su hijo, que no ha desistido "en ningún momento" y que "hace tres años y medio" que no lo ve.

Según esta madre, en el momento en que la apartaron del menor, la administración andaluza intentó buscar otras alternativas para el niño, con el fin de que pasara a depender del algún familiar. No obstante, ha señalado que desecharon igualmente su entorno familiar porque "no eran válidos". Sólo su hermana, ha proseguido, estuvo en contacto con la Junta para hacerse cargo del niño, pero le dijeron que "al tener pocos ingresos no se podía hacer cargo de él".

Noticias 12 de Febreo del 2012

Factor genético es responsable en trastorno límite de personalidad

Estudios genéticos para optimizar el diagnostico del trastorno de personalidad límite, esquizofrenia, depresión bipolar y herramientas que permitan predecir cuál será el mejor tratamiento de estos pacientes, se están desarrollando con éxito en el Instituto de Neurociencia Biomédica de la U. de Chile.

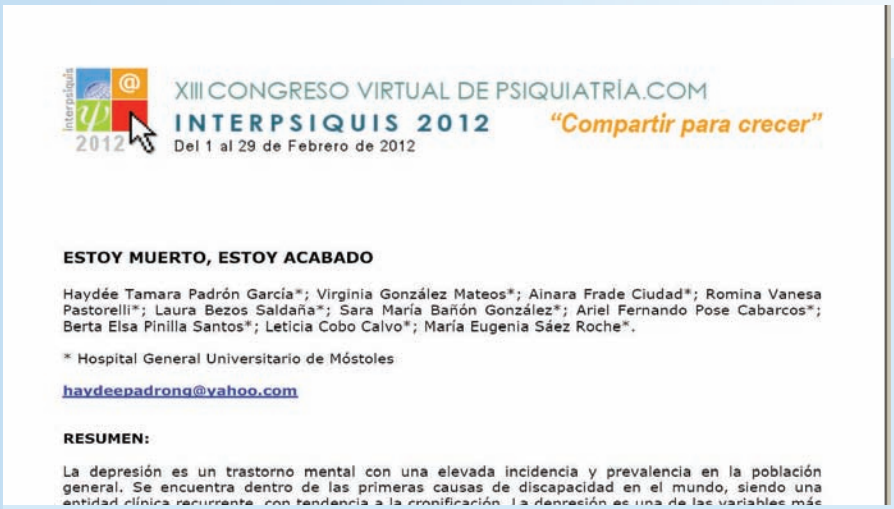
Las investigaciones enfocadas en la compresión de estas patologías cada vez más frecuentes en el país, son lideradas por el Dr. Hernán Silva, médico psiquiatra, junto a un equipo multidisciplinario de profesionales clínicos y científicos.

Según explica el experto, los estudios se extenderán por un plazo de diez años, con la participación de entre quinientos y mil pacientes, incluyendo familiares. "Mediante estos predictores, nuestro objetivo en el Instituto es aportar con mayor solidez en la predicción de enfermedades. Para ello, se espera elaborar marcadores que permitan una estandarización en el diagnóstico de estas patologías, que están determinadas en gran parte por una predisposición genética, mediante lo cual se heredan ciertas vulnerabilidades. Y todo esto, junto a la interacción con el ambiente, finalmente favorece su desarrollo", señala Silva.

En Chile, la realidad de algunas patologías mentales va en aumento, especialmente los trastornos ansiosos y depresivos, que alcanzan a entre un 17% y 19% de la población. De acuerdo al psiquiatra, la tendencia de este incremento, se explicaría por la mayor consciencia que existe sobre estas enfermedades, que a su vez influye en la recurrencia de las consultas.

Noticias 13 de Febreo del 2012

“Estoy muerto, estoy acabado...”



XIII CONGRESO VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA.COM
INTERPSIQUIS 2012 “Compartir para crecer”
Del 1 al 29 de Febrero de 2012

ESTOY MUERTO, ESTOY ACABADO

Haydée Tamara Padrón García*; Virginia González Mateos*; Ainara Frade Ciudad*; Romina Vanesa Pastorelli*; Laura Bezos Saldaña*; Sara María Bañón González*; Ariel Fernando Pose Cabarcos*; Berta Elsa Pinilla Santos*; Leticia Cobo Calvo*; María Eugenia Sáez Roche*.

* Hospital General Universitario de Móstoles

haydeepadrong@yahoo.com

RESUMEN:

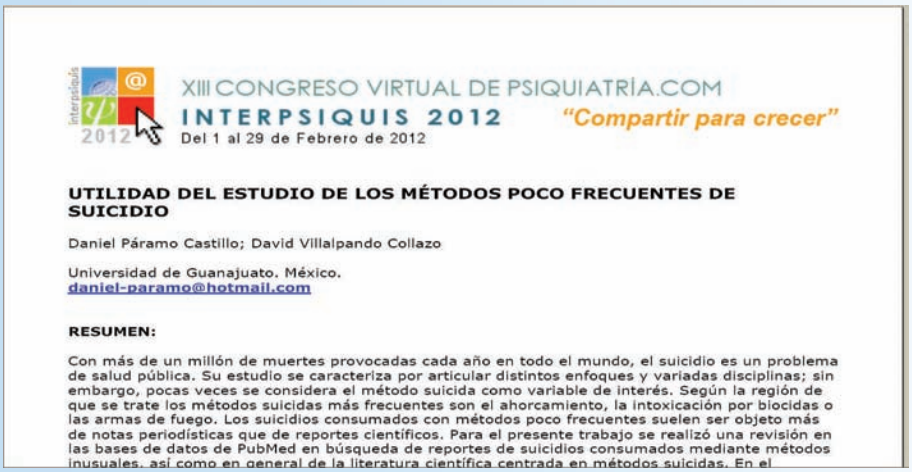
La depresión es un trastorno mental con una elevada incidencia y prevalencia en la población general. Se encuentra dentro de las primeras causas de discapacidad en el mundo, siendo una entidad clínica recurrente, con tendencia a la cronificación. La depresión es una de las variables más

«A veces me creía Supermán»

Es un «chapucillas». Un joven nervioso. «Me creía Superman, mi cerebro no paraba de crear. Llevaba una libreta siempre conmigo para anotar mis historias». Alberto no era consciente de que sufría uno de los ciclos de la bipolaridad: pensamientos acelerados, alucinaciones, delirios de grandeza. «Casi un millón de personas lo sufren en España pero cerca de la mitad está sin diagnosticar», afirma José Manuel Montes, jefe de Psiquiatría del Hospital del Sureste de Madrid. El TB (Trastorno Bipolar) sacude por igual a hombres y mujeres. «Su edad de inicio oscila entre los 20 y los 30 años, por eso es importante detectarlo pronto». Pero es muy difícil, «no existen pruebas como un TAC o una analítica» que apunten hacia ella, son sus «manías», su etapa hipertímica, los que mejor la determinan. «Predomina el exceso de euforia. El enfermo habla mucho, está desinhibido», mantiene Jesús Valle, jefe de Internamiento del Hospital de la Princesa. Fueron tres meses de este «subidón» permanente lo que llevo a Alberto a urgencias. Ahora es paciente del doctor Montes.

Noticias 14 de Febrero del 2012

Utilidad del estudio de los métodos poco frecuentes de suicidio



XIII CONGRESO VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA.COM
INTERPSIQUIS 2012 “Compartir para crecer”
Del 1 al 29 de Febrero de 2012

UTILIDAD DEL ESTUDIO DE LOS MÉTODOS POCO FRECUENTES DE SUICIDIO

Daniel Páramo Castillo; David Villalpando Collazo

Universidad de Guanajuato. México.
daniel-paramo@hotmail.com

RESUMEN:

Con más de un millón de muertes provocadas cada año en todo el mundo, el suicidio es un problema de salud pública. Su estudio se caracteriza por articular distintos enfoques y variadas disciplinas; sin embargo, pocas veces se considera el método suicida como variable de interés. Según la región de que se trate los métodos suicidas más frecuentes son el ahorcamiento, la intoxicación por biocidas o las armas de fuego. Los suicidios consumados con métodos poco frecuentes suelen ser objeto más de notas periodísticas que de reportes científicos. Para el presente trabajo se realizó una revisión en las bases de datos de PubMed en búsqueda de reportes de suicidios consumados mediante métodos inusuales, así como en general de la literatura científica centrada en métodos suicidas. En el

Noticias 15 de Febrero del 2012

Hospital Valdizán atendió 50 casos de adictos a videojuegos en el último año

En el último año, alrededor de 50 adolescentes peruanos recibieron tratamiento para superar su adicción a los videojuegos en el hospital nacional Hermilio Valdizán, informó hoy dicho nosocomio, en donde 15 de ellos incluso fueron internados.Los menores, en su mayoría adolescentes, habían convertido el videojuego en su forma de vivir y habían llegado al grado de abandonar sus estudios, deteriorando seriamente su rendimiento académico, indicó a la Agencia Andina el jefe del departamento de adicciones de ese hospital, Carlos Ordóñez.

Estos pacientes, mayormente de entre 15 y 18 años de edad, fueron tratados en primer lugar con medicamentos para que superen la etapa del síndrome de abstinencia (ansiedad), y luego con ayuda psicológica a fin de que tomen conciencia de su enfermedad y participen activamente en los cambios que tienen que darse en sus vidas.

El especialista anotó que entre los principales síntomas que señalan que tenemos un ludópata en casa figuran el cambio de conducta del joven, cuyo rendimiento académico baja notoriamente y es capaz de estar ocho o 10 horas frente a una computadora sin parar.

El trastorno bipolar afectaría a 1 millón de personas en España

Casi un millón de españoles padece trastorno bipolar; sin embargo se calcula que el 40% de las personas que lo sufren no lo saben ya que son diagnosticadas de forma incorrecta con depresión.

Pero ésta no es la única patología con la que se confunde esta enfermedad mental, ya que a veces también se identifica como esquizofrenia, trastornos de la personalidad y de la conducta o con problemas relacionados con drogas o alcohol.

Ese es el principal problema al que se enfrentan las personas que sufren esta enfermedad episódica, crónica y recurrente, es decir, la dificultad en el diagnóstico, según han explicado Jose Manuel Montes, jefe de sección de psiquiatría del Hospital del Sureste de Madrid, y Eduard Vieta, jefe de servicio de psiquiatría del Hospital Clinic de Barcelona.

Y la causa de que sea difícil diagnosticarla es que esta enfermedad, que afecta en similar medida a hombres y mujeres, es todavía una gran desconocida tanto para la población general como entre los profesionales médicos.

Carrusel de emociones

El trastorno bipolar se caracteriza por unas oscilaciones en el estado de ánimo, que no son simples cambios de humor: los enfermos que no son tratados sufren periodos de baja energía y tono, un estado similar a la depresión, de ahí que se confunda en muchas ocasiones con esta patología. La lista de personas que han padecido enfermedad bipolar es muy extensa: escritores como Balzac, Hemingway, Dickens, Baudelaire, Tennessee Williams, Emily Dickinson, Poe o Emile Zola; músicos como Mahler, Schumann, Tchaikovsky o Kurt Cobain, y pintores como van Gogh o Jackson Pollock.

Noticias 16 de Febrero del 2012

Pacientes mentales del Clínico tienen que dormir en camas en los pasillos

La saturación de la unidad de pacientes agudos de psiquiatría del Hospital Clínico obliga a situar camas en los pasillos y en otros espacios de las dependencias para que duerman algunos enfermos. Es la solución de urgencia que se arbitra cuando las habitaciones de la unidad están llenas. El pasado fin de semana hubo más ingresos de los esperados. Eso acentuó la falta de camas. Aunque habitualmente por estas fechas se produce un incremento las hospitalizaciones en la unidad, este año el problema es mayor.

El presidente provincial de CSIF-Sanidad, Antonio J. Osorio, dijo que la masificación de la unidad de agudos del Clínico no es un hecho puntual, sino que se ha convertido en algo habitual. Así, recordó que el pasado verano llegó a haber quince pacientes durmiendo en los pasillos. «Las treinta camas que hay son insuficientes; es algo demostrado. Nos parece impropio que algunos enfermos carezcan de una habitación en la que dormir. Ignoro si sus familias saben lo que está ocurriendo», manifestó Osorio.

El dirigente de CSIF-Sanidad aseguró que la masificación provoca que los pacientes tengan que hacer turnos para el desayuno, la comida, la merienda y la cena, con un aumento del nerviosismo que sufren. «Los pacientes están hacinados, circunstancia que incrementa su estrés y produce un efecto iatrogénico (alteración provocada por esa saturación en la unidad), en vez de imperar la calma y la tranquilidad», explicó Osorio.

'Asenapina', un fármaco "de más rápido efecto" en los enfermos de trastorno bipolar tipo 1

Lundbeck ha lanzado al mercado 'Asenapina', un fármaco "de más rápido efecto" en los enfermos de trastorno bipolar de tipo 1 que los medicamentos existentes hasta el momento, según ha explicado la responsable del departamento médico de Lundbeck España, Susana Gómez-Lus. El tratamiento "está indicado para los pacientes con manía aguda y para un consumo continuado", asegura.

Los afectados por trastorno bipolar en España alcanzan ya las 950.000 personas, y están divididos en las tipologías 1 y 2. Los primeros "sufren periodos de depresiones y exaltaciones desproporcionadas, por lo que hay que ingresarlos", sostiene el jefe de sección de Psiquiatría del Hospital del Sureste de Madrid, el doctor José Manuel Montes. Por su parte, los pacientes inmersos para los que está indicado el nuevo fármaco, "tienen periodos de exaltación muy atenuada, lo que hace que se confunda con la depresión y sea más difícil el diagnóstico", manifiesta.

'Asenapina' es un medicamento que se ingiere por vía oral y que "actúa sobre muchos receptores relevantes de las neuronas, y así consigue un espectro más amplio que los otros fármacos", afirma el jefe de sección de Psiquiatría y director de la unidad de Trastorno Bipolar del Instituto de Neurociencia del Hospital Clínic de Barcelona, el doctor Eduard Vieta. A su juicio, "actúa más rápido porque se absorbe antes, y es más tolerable para los pacientes".

Noticias 17 de Febrero 2012

Un estudio evalúa el riesgo de suicidio en base a los trastornos mentales de los progenitores

El estudio ha constatado que todos los trastornos mentales de los padres se asocian a una mayor tendencia a la ideación suicida de los hijos, pero sólo la ansiedad generalizada y la depresión se asocian con la elaboración de planes de suicidio y con la persistencia en el tiempo de la ideación suicida, mientras que la personalidad antisocial y los trastornos de ansiedad de los padres se asocian con la realización de intentos de suicidio de los hijos y con su persistencia en el tiempo. El estudio ha tenido como objetivo determinar qué trastornos mentales de los padres se asocian con el suicidio de los hijos, y cuáles de estos trastornos parentales pueden ser más importantes en el paso de la idea del suicidio de los hijos a su planificación o intento. El estudio ha constatado que todos los trastornos mentales de los padres se asocian a una mayor tendencia a la ideación suicida de los hijos, pero sólo la ansiedad generalizada y la depresión se asocian con la elaboración de planes de suicidio y con la persistencia en el tiempo de la ideación suicida, mientras que la personalidad antisocial y los trastornos de ansiedad de los padres se asocian con la realización de intentos de suicidio de los hijos y con su persistencia en el tiempo.

"Es fundamental considerar el posible riesgo de conductas suicidas en las familias en las que los padres sufren algún trastorno mental, y tener en cuenta que el riesgo aumenta con cada trastorno adicional que sufran los padres" explica Jordi Alonso, co-investigador principal del equipo de investigación español, director del Programa de Epidemiología y Salud Pública del IMIM (Instituto de Investigación Hospital del Mar) y coordinador científico europeo del estudio mundial World Mental Health

¿Tiene relación el ambiente familiar con el estrés oxidativo en la psicosis de inicio temprano?

Resumen

INTRODUCCIÓN: El estrés oxidativo supone desequilibrio entre moléculas oxidantes y antioxidantes. El ambiente familiar ha sido relacionado con los resultados y la evolución de los pacientes con esquizofrenia.

OBJETIVOS: Evaluar los mecanismos de defensa antioxidantes en voluntarios sanos y en familiares, no afectados, de pacientes con psicosis de inicio temprano y evaluar su relación con el ambiente familiar.

METODOS: Incluimos 82 voluntarios sanos (HC) y 14 controles sanos con antecedentes de segundo grado de psicosis (HC-FHP), de entre 9 y 17 años. La capacidad antioxidante total (TAS) y el grado de peroxidación lipídica se midieron en plasma y los niveles de glutation y enzimas antioxidantes en eritrocitos. Utilizamos la escala GAF para evaluar el funcionamiento y la escala FES para el ambiente familiar que se compone de 10 subescalas: cohesión, expresividad, conflicto, independencia, logros, cultural, social, moral, y de organización.

RESULTADOS: Existe un descenso significativo en la TAS en HC-FHP comparado con los HC (U = 281.00, p=0.009, tamaño del efecto = -0.78). Las puntuaciones de los HC-FHP fueron significativamente mayores en las dimensiones de cohesión y cultural de la FES (p=0.007, p=0.025) Ajustando por estas dimensiones de la FES, la TAS permaneció significativamente diferente entre los dos grupos (OR= 10.86, p=0.009).

CONCLUSIONES: Aunque no podamos inducir relaciones causales, podemos afirmar que el ambiente familiar no juega un papel relevante en la inducción de estrés oxidativo en estos sujetos. Hipotetizamos que las familias con miembros afectados se protegen con factores ambientales positivos basados en actividades culturales y de cohesión familiar.

El Trastorno Bipolar

Clásicamente, dentro de los trastornos afectivos, la depresión ha ocupado un lugar central. Pero, junto a ella, y como otro trastorno afectivo, está el trastorno bipolar (TB). Éste es un trastorno mental grave, recurrente e incapacitante. Se caracteriza básicamente por episodios de depresión y manía, ocurriendo ambos estados de modo extremo. Hay períodos de recuperación y recaída. Es, por tanto, un trastorno crónico.

Aunque se suele hablar del trastorno bipolar, la realidad indica que estamos ante un conjunto heterogéneo de trastornos bipolares, tal como indica el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994a) o de una gran variedad de ellos, como muestra el CIE-10 (OMS, 1992).

Clasificación según el DSM-IV:

-Trastorno bipolar tipo I

-Trastorno bipolar tipo II

-Trastorno ciclotímico

-Trastorno bipolar no especificado

El trastorno bipolar I se caracteriza por la existencia de uno o más episodios maníacos o episodios mixtos, siendo frecuente que previamente hayan tenido uno o más episodios depresivos. Dentro del trastorno bipolar I se consideran varios subtipos en función del episodio más reciente, como puede ser el siguiente: Maníaco único, hipomaníaco, maníaco mixto, depresivo o no especificado.

Por su parte el trastorno bipolar II se caracteriza básicamente por la existencia de episodios depresivos mayores a lo largo del tiempo, junto a episodios hipomaníacos. De ahí que para su diagnóstico tiene que haber la presencia o historia de uno o más episodios de depresión mayor; por la presencia o historia de al menos un episodio hipomaniaco, no ha habido ningún episodio maníaco ni un episodio mixto. Los síntomas afectivos de los primeros criterios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. Los síntomas provocan un

Noticias 18 de Febrero del 2012

Edad de inicio en el trastorno bipolar e influencia en el pronóstico.

XIII CONGRESO VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA.COM
INTERPSIQUIS 2012 "Compartir para crecer"
Del 1 al 29 de Febrero de 2012

EDAD DE INICIO EN EL TRASTORNO BIPOLAR E INFLUENCIA EN EL PRONÓSTICO

Barbeito S.; Fernández M.; Alberich S.; Gutiérrez M.; González Pinto A.

1 Hospital Universitário de Araba (sede Santiago Apóstol).

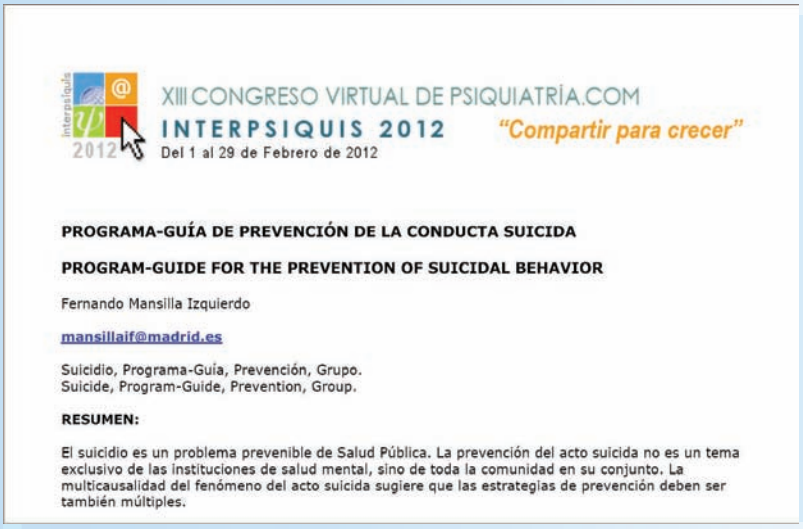
2 Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBERSAM).

sara.barbeitoresa@osakidetza.net

RESUMEN:

Introducción: La edad de inicio en el trastorno bipolar es un tema nuclear en el pronóstico y tratamiento de este trastorno. Dentro de la comunidad científica se

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA



XIII CONGRESO VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA.COM
INTERPSIQUIS 2012 "Compartir para crecer"
Del 1 al 29 de Febrero de 2012

PROGRAMA-GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

PROGRAM-GUIDE FOR THE PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR

Fernando Mansilla Izquierdo

mansillaif@madrid.es

Suicidio, Programa-Guía, Prevención, Grupo.
Suicide, Program-Guide, Prevention, Group.

RESUMEN:

El suicidio es un problema prevenible de Salud Pública. La prevención del acto suicida no es un tema exclusivo de las instituciones de salud mental, sino de toda la comunidad en su conjunto. La multicausalidad del fenómeno del acto suicida sugiere que las estrategias de prevención deben ser también múltiples.

Noticias 19 de Febrero del 2012

Pese a su mala prensa, la terapia electroconvulsiva sigue siendo eficaz para combatir graves enfermedades mentales.

Resumen

La terapia electroconvulsiva (TEC) se trata de un instrumento terapéutico eficaz en muchos casos y que administrada de manera controlada ayuda a muchos enfermos mentales que no habían respondido a otro tipo de tratamientos a superar el drama de su enfermedad.

Aunque muchos pacientes piensan que la terapia electroconvulsiva es cosa del pasado y ya no se aplica, en la actualidad es un tratamiento eficaz y frecuente para patologías tan cotidianas como la depresión en casos severos, en los que el enfermo delira o se siente arruinado. También está indicada contra la esquizofrenia y diversas psicosis delirantes y agudas e incluso se utiliza para tratar patologías no psiquiátricas como la enfermedad de Parkinson. En cualquier caso, es una técnica a la que solo se recurre cuando otras opciones se han revelado insuficientes o ineficaces.

Es raro que se detecten cambios significativos antes de la tercera sesión, pero a partir de esta suele percibirse la mejoría. Las descargas estimulan la actividad de los neurotransmisores, las sustancias químicas que operan en la sinapsis, la transmisión de señales entre una neurona y la próxima. Reactivando su actividad, se contribuye a que el cerebro, prodigioso y enigmático procesador central del ser humano, recupere la normalidad. El tratamiento suele oscilar entre siete y nueve sesiones.

El doctor Juan José López-Ibor, jefe del servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico de Madrid, cuenta que, pese a su mala prensa, la TEC «salva vidas». Puede parecer una afirmación exagerada, pero la práctica terapéutica revela que no es así. De hecho, muchos pacientes con alto riesgo de suicidio o que se niegan a comer, apartan estos funestos pensamientos tras someterse a ella.

Salud Mental abre una unidad para tratar trastornos bipolares ´difíciles´

La Unidad de Salud Mental del Hospital General de Elche ha puesto en marcha una unidad específica destinada a la atención de los pacientes con trastornos bipolares "difíciles". "El objetivo de la consulta es la atención de los enfermos que presentan este tipo de trastorno afectivo, pero en aquellos casos en los que hay dificultades para obtener resultados en el tratamiento", señaló Jose Vicente Baeza, responsable de la unidad hospitalaria.

La unidad de atención de enfermos bipolares está atendida por un psiquiatra -Miguel García Escudero-, una enfermera, un psicólogo colaborador y un médico residente. El jefe de la Unidad de Salud Mental del Hospital General explicó que "se trata de pacientes de difícil manejo, con mala evolución y que presentan una importante resistencia a los tratamientos", manifestó Baeza, quien explicó que en la unidad se atenderá tanto a los pacientes del Hospital General como a los del Hospital del Vinalopó.

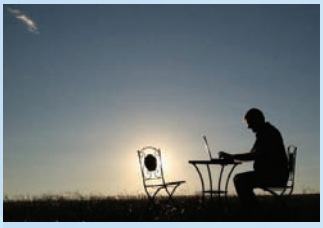
Este servicio se ha puesto en marcha debido "a la necesidad de poder controlar mejor a los pacientes que presentan mayores dificultades. Por ello, se ha especializado a un profesional para que atienda con mayor eficacia a estos enfermos, e incluso el psiquiatra forma parte de un comité de expertos a nivel nacional sobre esta enfermedad. Además, los componentes de esta unidad acudirán al hospital para atender a los enfermos que estén hospitalizados y que se encuentren en fase aguda, aunque los profesionales están ubicados físicamente en el centro de salud de Altabix donde pasan consulta un día a la semana por el momento".

La unidad, asimismo, está desarrollando una labor de investigación a raíz de la experiencia con estos pacientes.

Noticias 20 de Febrero del 2012

Cuando una persona con trastorno bipolar no puede trabajar: incapacidad temporal y permanente

Cuando una persona con trastorno bipolar está estable, puede desarrollar cualquier tipo de trabajo, pero se deben evitar aquellos trabajos que alteren el ritmo de sueño, puesto que puede precipitar una descompensación. Sin embargo, muchas personas con trastorno bipolar no pueden trabajar debido a la gravedad de su enfermedad. Vamos a ver con qué recursos contamos en la actualidad para estos casos.



En España, el órgano que gestiona la prestación económica es el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y el Instituto Social de la Marina (ISM), cuando se trata de beneficiarios incluidos en el campo de aplicación del Régimen Especial de los Trabajadores del Mar.

En el caso del trastorno bipolar, hablamos de una enfermedad común. Por enfermedad común entendemos las alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidente de trabajo ni enfermedades profesionales. Existen dos tipos de prestaciones, la incapacidad temporal y laincapacidad permanente.

En el caso de la incapacidad temporal, lo pueden solicitar aquellas personas con imposibilidad de trabajar y que tengan necesidad de asistencia sanitaria. Se trata de un subsidio diario que cubre la pérdida de las rendas del trabajador producida por enfermedad, entre otras. En este caso, se suspende el contrato de trabajo y es la Seguridad Social la que realiza la prestación económica. Esta prestación económica se incluye dentro de la acción protectora del Régimen General y de los regímenes especiales de la Seguridad Social.

Para solicitar esta ayuda, se tiene que estar afiliado y en alta en la fecha del hecho causante. Además, se debe tener un periodo de cotización de 180 días dentro de los cinco años inmediatamente anteriores al hecho causante. Se empieza a percibir esta ayuda desde el cuarto día de la fecha de la baja del trabajo. Este subsidio se abona mientras el beneficiario se encuentre en situación de incapacidad temporal y tiene una duración de 365 días prorrogables por 180 días más.

La herencia genética en los trastornos bipolares

Los trastornos bipolares son enfermedades hereditarias. Con esto nos referimos a que es frecuente encontrar antecedentes familiares de trastorno bipolar o de otros trastornos del estado de ánimo como la depresión. En esta noticia expondremos en qué medida el trastorno bipolar puede ser explicado por factores de tipo hereditarios.Cuando una persona con trastorno bipolar tiene un hijo, éste tiene más riesgo de desarrollar la enfermedad que los hijos de las personas que no tienen trastorno bipolar. Este riesgo se sitúa alrededor de un 10-20% cuando uno de los padres padece trastorno bipolar. Por lo tanto, hay una probabilidad del 80-90%

de que el hijo no padezca trastorno bipolar. Se ha visto que hay una probabilidad algo mayor de transmisión de la enfermedad por parte de la madre que por parte del padre.

Por el momento, el diagnóstico de la enfermedad se hace a nivel clínico, es decir, el psiquiatra valora qué síntomas tiene la persona. No es posible realizar el diagnóstico a través de pruebas genéticas ni de neuroimagen.

La transmisión genética del trastorno bipolar no siempre es inmediata ya que a veces la enfermedad se puede transmitir, por ejemplo, de abuelos a nietos. Por otro lado, no siempre se hereda el mismo tipo de enfermedad, ya que un padre con trastorno bipolar tipo II puede transmitir al hijo ciclotimia.

Noticias 21 de Febrero 2012

Las personas con enfermedades mentales no son especialmente violentas y tienden más a ser víctimas de violencia

Las personas con enfermedades mentales no son especialmente violentos y tienden más a ser víctimas de violencia, según se extrae de algunas conclusiones formuladas por expertos en Salud Mental de Euskadi y Navarra, reunidos la semana pasada. Entre las consideraciones realizadas por los miembros de la Sociedad Vasco-Navarra de Psiquiatría y la Asociación Autonómica para el País vasco y Navarra de la Asociación Española de Neuropsiquiatría también destaca que con los últimos acontecimientos de agresiones registradas en Vizcaya fueron “una triste y desgraciada coincidencia de sucesos” y que la alarma social creada se debió a que “los actos de los enfermos mentales son escasos, pero destacan por el modo en que se realizan. Suelen ser extraños e incomprensibles”.

En relación a este tema relataron que “cada vez que una noticia de este tipo aparece en un periódico contada de una manera un poco tremendista, hay miles de sujetos que están sufriendo los daños colaterales porque no dejan de verse a sí mismos como alguien similar a ese sujeto”.

En este debate celebrado en Bilbao participaron más de cien expertos en Salud Mental de Euskadi y Navarra, para debatir sobre la violencia en pacientes psiquiátricos, ante las recientes agresiones registradas en Bizkaia protagonizadas por enfermos mentales en las que se vieron implicados pacientes, profesionales, y civiles.

En concreto, el presidente de la Sociedad Vasco-Navarra de Psiquiatría, Luís Pacheco Yañez, y el presidente de la Asociación Autonómica para el País Vasco y Navarra de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Iñaki Markez Alonso,

Expertos podrían predecir trastornos mentales a través de un ordenador

Un grupo de científicos halló que es posible diseñar programas informáticos que distingan entre escáneres cerebrales de jóvenes sanos y de adolescentes que corren más riesgo de desarrollar trastornos mentales como ansiedad y depresión.

En un estudio publicado en la revista (PLoS ONE), investigadores británicos dijeron que sus hallazgos sugieren que puede ser posible diseñar programas que prevean qué adolescentes en riesgo llegarán a tener problemas psiquiátricos, dando a los médicos más tiempo para intervenir antes de que la enfermedad aparezca.

"Combinando el aprendizaje de la máquina y la neuroimagen, tenemos una técnica que muestra enorme potencial para ayudarnos a identificar qué adolescentes están realmente en riesgo de desarrollar ansiedad y trastornos de conducta, especialmente donde hay una información clínica o genética limitada", dijo Janaina Mourao-Miranda, del University College de Londres, que encabezó el estudio.

Noticias 22 de Febreo 2012

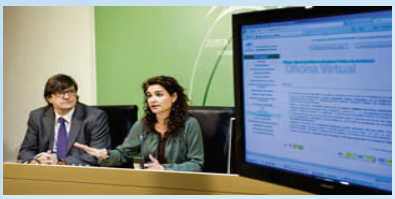
Yo sé que estoy piantao (comentario sobre el DSM V...)

No contenta con su derrotero clásico de enfermedades mentales –esquizofrenia, bipolaridad, trastorno de personalidad, depresión, entre tantos otros etcéteras–, la Asociación Psiquiátrica Americana se aburrió e inventó nuevas. Así, hoy día, ser tímido, estar afligido o ser excéntrico ya son patologías dignas de pastilla y tratamiento. Así lo indicará la próxima edición revisada del mundialmente conocido Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el DSM-5, que se publicará en mayo de 2013 e incluirá, además, el "trastorno de oposición desafiante" (para niñatos desobedientes) y reducirá a "depresión patológica" a la previsible tristeza de alguien que acaba de sufrir la muerte de un familiar, amigo o persona cercana; nada de "reacción humana normal". ¿Se salvará alguien de un diagnóstico?

El libro contiene descripciones, síntomas y otros criterios de "detección" y es frecuentemente consultado por miles y miles de psicólogos y psiquiatras en el mundo que, desde el año próximo, habrán ensanchado su cartera de enfermedades. Por suerte, algunos especialistas están preocupados: "La nueva revisión podría expandir radical y descuidadamente los límites de la psiquiatría", explicó Allen Frances, profesor emérito de la Universidad de Duke, presidente del comité que supervisó la versión previa del DSM. Y agregó su inquietud frente a la "criminalidad y medicalización de la normalidad y la diferencia individual".

No está solo: más de 11 mil profesionales han firmado una petición para detener el lanzamiento del manual, argumentando que la propuesta del libro exacerbará los problemas de quienes quieren encajar y, a su vez, devaluará las verdaderas enfermedades mentales. Otros van más lejos: están preocupados porque, frente a la exageración, se los empiece a considerar obsoletos. Al fin de cuentas, si todos están locos, ¿quién necesita tratamiento?

Los andaluces podrán consultar y descargar un resumen de su historia clínica desde la web de la Consejería de Salud



Este servicio recoge información sobre alergias, medicación, informes de urgencias, ingresos hospitalarios y citas pendientes.

Los andaluces podrán consultar y descargar un resumen de su historia clínica en la web de Saludgracias a la herramienta Clic Salud. La consejera, María Jesús Montero, ha presentado este nuevo servicio que "contribuye a la información del ciudadano sobre su propia salud y mejora la toma de decisiones". Alojado en la nube, será accesible desde cualquier dispositivo y contendrá información sobre citas pendientes, alergias, medicación, informes clínicos e ingresos hospitalarios.

El acceso a esta herramienta se realizará a través de la oficina virtual del sistema sanitario público, que ya ofrece servicios como la cita o la elección de médico y centro de atención primaria, y será imprescindible contar con el certificado digital, de manera que se pueda garantizar la confidencialidad de los datos.

Clic Salud es un servicio online que recoge información actualizada de los episodios más importantes de la historia de salud del ciudadano. Así, se incluyen los aspectos más relevantes de la situación de salud, como la medicación que está tomando, las alergias, los informes de altas de urgencias o estancias hospitalarias. La información disponible, actualizada en el momento en que se producen cambios en su historia de salud, podrá ser descargada en PDF y utilizada.

Algunos datos se incluirán progresivamente en sincronía con la informatización de todos los servicios y su integración en la estrategia digital del sistema sanitario público andaluz, que ya cuenta con la totalidad de atención primaria, urgencias y consultas externas de hospitales y unidades de Cuidados Críticos y Urgencias.

Noticias 24 de Febrero 2012

CERMI

Bao - Málaga

BAO Málaga, Centro Ciudadano '
MARÍA ZAMBRANO'
C/ Las Moreras,2 Planta 1 - Puerta 5
29014 - Málaga

Teléfono. 952 005 087
Teléfono 678 924287

Conoces Bipolarneuro ?

Somos un grupo de pacientes y familiares afectados por el Trastorno Bipolar

Hemos creado una ASOCIACION EN MALAGA a la que son bienvenidas las personas interesadas en el TB

Nuestros objetivos están encaminados a conseguir una mejor calidad de vida de los pacientes y de sus allegados:

Ver que no estamos solos ante la enfermedad y que se puede convivir con ella.

Aceptar el TB como primer paso para una mejoría.

Comunicar la necesidad de una buena adhesión al tratamiento para tener un mejor pronóstico.

Autoconocimiento para poder detectar los síntomas previos a una crisis y acudir a tiempo al especialista con el fin de poder atajarla.

Procurar luchar contra el estigma y el autoestigma.

Fomentar los GAM (grupos de ayuda mutua) y los grupos de autoayuda.

Fomentar una adecuada psicoterapia como apoyo fundamental a la farmacoterapia.

Difundir una información fiable y de calidad sobre el TB.

- *No estamos solos*

Autores Myriam García Vera
Xavier Allueva

V JORNADA TRASTORNO BIPOLAR EN MÁLAGA