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

BOLETIN Nº 24 B.A.O

Bao - Málaga

BOLETÍN 24
del 1 al 30 de Septiembre

Noticias 1 de Septiembre del 2010

Se incrementa el riesgo de depresión y ansiedad en jóvenes que duermen menos de ocho horas

Un estudio realizado en la Universidad australiana de Sidney desvela una asociación entre la duración del sueño y el malestar psicológico persistente en adultos jóvenes con un descanso insuficiente por la nocheLos adultos jóvenes que duermen menos de ocho horas al día tienen mayores riesgos de malestar psicológico, con un incremento de niveles elevados de síntomas depresivos y de ansiedad, según un estudio del Instituto de Investigación del Cerebro y la Mente y el Centro de Investigación Integrada y Comprensión del Sueño de la Universidad de Sidney en Australia, publicado en la revista 'SLEEP'.

El estudio muestra una asociación lineal entre las duraciones de sueño de menos de ocho horas y el malestar psicológico en adultos jóvenes de entre 17 y 24 años de edad. El riesgo de malestar psicológico aumentó en un 14 por ciento por cada hora de sueño nocturno perdida. Así, aquellos que duermen menos de seis horas por noche eran dos veces más propensos a este malestar que quienes duermen las ocho horas de sueño.

Los investigadores descubrieron una asociación similar entre la duración del sueño y el malestar psicológico persistente. El riesgo de que una persona con malestar psicológico base siguiera con el malestar tras un año de seguimiento aumentaba en un cinco por ciento por cada hora de sueño nocturno perdido. Las duraciones de sueño largas de más de 9 horas no mostraban ninguna asociación con este malestar psicológico.

Según explica Nick Glozier, director del estudio, "en adultos jóvenes que ya experimentan malestar, a menor número de horas de sueño que duermen peores son los resultados en todo el rango de horas de sueño".

El coleccionismo exagerado es síntoma de un problema psicológico

Los coleccionables pueden provocar un trastorno obsesivo compulsivo en las personas con tendencia a sufrirlo. En los últimos años se ha detectado un aumento importante de casos en los que el coleccionismo exagerado ha desembocado en un trastorno obsesivo compulsivo o en una adicción a las compras.La excesiva publicidad que las editoriales dan a todo tipo de coleccionables, coincidiendo con el inicio del nuevo curso, puede provocar que las personas con tendencia a sufrir un trastorno obsesivo compulsivo desarrollen antes esta patología.

Contenido:

Se incrementa el riesgo de depresión y ansiedad en jóvenes que duermen menos	*1*
Pedirle la paga a la Comunidad	*2*
Un estudio revela que la disminución cerebral del trasportador de serotonina	*4*
Las personas con trastorno bipolar no son más violentas que las personas sanas.	*6*
En el marco del Día Mundial para la Prevención del Suicidio	*8*
El estigma de la enfermedad mental es difícil de eliminar,	10
Falsas creencias sobre el trastorno bipolar	12
«Hay menores que no pueden ir a clase sin haber fumado un porro»	14
Entre un 5 y 6 por ciento de la población	16
Bao - Málaga	18

Pedirle la paga a la Comunidad

Más de 3.000 adultos están tutelados por la Administración - La mayoría padece alguna enfermedad mental y su número aumenta un 20% cada año.A Eduardo, que hoy tiene 35 años, se le juntó todo. Las drogas, los delirios, las alucinaciones, la compra compulsiva... Perdió hasta el último euro y se endeudó en alguno más. Un juzgado le declaró incapaz de regir sus bienes hace dos años y medio. Fue su madre la que, desbordada, acudió a la justicia en busca de ayuda. Eduardo pasó a estar tutelado por la Comunidad de Madrid. Cuenta que la jueza le preguntó si era eso lo que quería. "Dije que sí, me di cuenta de que necesitaba apoyo". Y hoy, prácticamente recuperado, con una vida ordenada y activa, es quizá la persona de la que Carlos Zori, gerente de la Agencia Madrileña de Tutela de Adultos (AMTA), está más orgulloso. "Ha ido saliendo él solo", afirma.

El calor puede llegar a afectar seriamente al humor de las personas, según expertos.

La psicóloga María Jesús Álava ha apuntado que los efectos del calor afectan más a las personas de lo que uno piensa y en mayor o menor medida en función de las características personales y físicas de cada uno, ya que las personas con la tensión baja o con problemas de circulación son más vulnerables, así como los que no están acostumbrados a altas temperaturas, y ha añadido que los niños y personas mayores resultan más sensibles ante los efectos del calor, produciendo una mayor irritabilidad.

"Cuando el calor llega de golpe a nivel psicológico produce además cansancio generalizado, apatía, decaimiento, astenia, agotamiento, sensación de malestar", y en algunas personas, ha explicado, "mucho negativismo y mal humor, impaciencia y en definitiva dificultades de convivencia". Una de las causas claves, a su juicio, es lo difícil que es conciliar el sueño, lo que provoca insomnio, y que uno se despierte ya con un alto nivel de ansiedad.

Además, aumenta la agresividad. Y es que, tal y como ha subrayado, "está muy unido, y no por falta de casualidad, que muchos de las conductas de mayor agresividad y de los sucesos más violentos que se producen en el país a lo largo del año tienen lugar precisamente durante el verano bajo los efectos del calor", sobre todo en las personas con un nivel de autocontrol emocional más bajo

Noticias 2 de Septiembre del 2010

Valores plasmáticos de TSH, T4 e Índice de Masa Corporal: comparación entre grupo de adolescentes eutiroideos con trastorno

Valores plasmáticos de TSH, T4 e Índice de Masa Corporal: comparación entre grupo de adolescentes eutiroideos con trastorno bipolar I vs. grupo control

José Alberto Angemi[1] y Juan Carlos Zuccotti[2]

Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 16, Nº 3, agosto de 2010, págs. 189 a 204.

Resumen

Objetivo: Examinar las concentraciones plasmáticas de T4 y TSH y el IMC en un grupo de adolescentes con diagnóstico de trastorno bipolar I y comparar los resultados con un grupo control sin trastorno, ambos eutiroideos. Establecer la posible influencia de las hormonas tiroideas en la regulación del humor.

Método: La muestra incluye 20 adolescentes con diagnóstico de trastorno bipolar I y 20 adolescentes en el grupo control. Se realizan determinaciones séricas de TSH y T4, Test de embarazo (Gonadotrofina coriónica) y de IMC.

La tipificación del tipo de episodio (maníaco o mixto) se realizó con la Escala de Manía de Young (YMRS) y la comorbilidad con entrevistas clínicas, criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y Escala MINI (Entrevista neuropsiquiátrica internacional). WISC-III y WAIS.

Resultados: No se registraron diferencias significativas con respecto a la edad ni en los scores de las YMRS de acuerdo al sexo. Respecto al TSH, T4 e IMC, utilizando el estadístico t de Student se obtuvieron los siguientes resultados: IMC: Los valores obtenidos son: en el Grupo Control una media de 21,88 (S 2,54) y en el Grupo TB-I una media de 24,92 (S 2,24), t=3,84, p< 0,001. TSH: En el Grupo Control se observa una media de 1,39 UI/ ml (S 0,49); mientras que en el Grupo TB-I una media de 2,16 UI/ml (S0,72), t=4,05; (p< 0,001). T4: En el grupo control se obtiene una media de 8.08 ug/ml (S 1,21). En el grupo TB-I una media de 6.4 ug/ml (S 0.92), t= 3.84 (p< 0.001).

Conclusiones: En el presente trabajo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas respecto a los valores de IMC, TSH y T4 entre sujetos adolescentes afectados de TB-I, recientemente diagnosticados de su enfermedad y sin tratamiento previo alguno, respecto a un grupo control, ambos eutiroideos.

De hecho, no todos los pacientes expuestos a tales medicaciones aumentan de peso ni alteran sus valores de glucemia, lípidos, hormonas tiroideas y tensión arterial. Esto es de observación habitual en la práctica clínica diaria.

Y con respecto a las hormonas tiroideas, hay numerosísimos trabajos que relacionan sus alteraciones con los trastornos de humor y cognitivos (Bauer M. et al, 2008; Frye M et al 1999).

Como ejemplo podemos mencionar cómo el hipotiroidismo severo se asemeja en sus manifestaciones psiquiátricas a la depresión melancólica y a la demencia (apatía, letargia, trastornos en la atención y memoria, humor depresivo) (Davis J. et al, 2007).

En tanto, en pacientes hipertiroideos, un gran porcentaje (60%) padecen de algún trastorno de ansiedad y entre un 31 a 60 % padecen de trastornos depresivos (Kathol R et al, 1986).

En un 30% de pacientes con depresión mayor o tratados con glucocorticoides, se ve downregulation de TRH-mARN en neuronas hipotalámicas paraventriculares, lo que conlleva a la detección de bajos niveles de TSH en plasma. Una explicación a esto podría ser una alteración de la deiodinasa hipotalámica. (Fliers et al 2006). Esto es regulado por la administración de antidepresivos.

Otro ejemplo interesante lo constituye el Síndrome de Resistencia a la Hormona Tiroidea, causado por una mutación genética en el gen TR-Beta y fuertemente asociado al TDAH (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad), condición comórbida con el Trastorno bipolar (TB) (Bauer et al, 2008-2001).

El hipotiroidismo se asocia a ciclado rápido y mejor respuesta terapéutica al valproato que a las sales de Li. Y también se documenta en numerosos trabajos la utilización de T3 y T4 como estabilizadores de humor y potenciadores de antidepresivos (sobre todo la T3 en esta última acción).

La relación entre obesidad y síndrome metabólico es clara con los TB, con menor respuesta terapéutica, menor calidad en la sociabilización y mayor probabilidad de suicidio.

Si bien, como se dijo, hay numerosos trabajos que relacionan cada una de estas problemáticas, no abundan las comparaciones del estado tiroideo y valores de índice de Masa Corporal (IMC) entre pacientes recientemente diagnosticados con TB I, en los comienzos de la manifestación de su enfermedad y sin tratamiento previo alguno (psicofarmacológico y/ o psicoterapéutico) con un grupo control de edad semejante, ambos con valores normales de hormonas tiroideas (eutiroideos).

Se establece como hipótesis que ya se encuentran diferencias estadísticamente significativas tanto en el IMC (valores más altos en personas afectadas de TB-I) como en mediciones de TSH y T4 (más alta la primera y más baja la segunda en adolescentes con TB-I, con una "tendencia" al hipotiroidismo), lo que estaría indicando una predisposición relacionada a la condición de bipolaridad. Lo que no descarta la acción de los psicofármacos sobre estos factores.

Un tema muy interesante y de crucial importancia para el abordaje del trastorno, es la presencia de distintas entidades médicas comórbidas. Resulta fundamental su reconocimiento, ya que las mismas complican la evolución, tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

En muchos casos queda por dilucidar si tales comorbilidades van asociadas a la patofisiología del TB, a efectos adversos del tratamiento o ambas situaciones .De hecho, se

Influencia de características atípicas en la calidad de la eficacia profiláctica del tratamiento con litio a largo plazo en los trastornos bipolares.

Objetivos: Todavía hay debate acerca de si la calidad de la eficacia a largo plazo del litio en los pacientes con trastornos bipolares está influenciada por características atípicas. Los modelos de regresión de Cox extendido permiten la utilización de todos los datos de seguimiento sobre las enfermedades con episodios múltiples. El objetivo del presente análisis consistió en aplicar el más adecuado de estos modelos para analizar la influencia de las características atípicas en la ampliamente utilizada medida de resultado de tiempo hasta la recurrencia en una cohorte multicéntrica grande de respodedores al litio establecida por el Grupo Internacional para el Estudio de Pacientes Tratados con Litio.

Métodos: Se aplicó un modelo condicional extendido de Cox con un plazo de fragilidad aleatoria a los datos de 336 pacientes de trastorno bipolar I y II, los cuales respondieron al litio con tratamiento por hasta 30 años.

Resultados: Se encontraron diferencias en el resultado a largo plazo, incluso en pacientes que han demostrado una respuesta relativamente adecuada al tratamiento con litio. El riesgo de recurrencia estuvo influido negativamente por la presencia de características atípicas, principalmente síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo, sintomatología interepisódica residual y ciclos rápidos.

Noticias 3 de Septiembre del 2010

Un estudio estadounidense analiza el rendimiento de la Escala Diagnóstica del Espectro Bipolar en pacientes psiquiátricos externos.

Dado que investigaciones recientes ya habían sugerido que el trastorno bipolar, cuando incluye variantes más leves como el trastorno bipolar II y el trastorno bipolar no especificado, resulta a menudo no diagnosticado, un equipo de científicos estadounidenses ha realizado un estudio, publicado en “Bipolar disorders”, donde analiza las mejoras para la detección del trastorno bipolar. Concretamente, se analizó la Escala Diagnóstica del Espectro Bipolar (BSDS), diseñada para ser especialmente sensible a las variaciones más leves del trastorno bipolar.

El estudio, que forma parte del proyecto Methods to Improve Diagnostic Assessment and Services (MIDAS), en Rhode Island, examinó las características de funcionamiento de la BSDS en una amplia muestra de pacientes psiquiátricos externos disponibles para el tratamiento. Así, un total de 1.100 pacientes psiquiátricos externos fueron entrevistados a partir de la Entrevista Estructurada Clínica para DSM-IV y respondieron la BSDS completa.Los resultados del análisis mostraron que la sensibilidad de la BSDS fue similar para el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II, y el trastorno bipolar no especificado o ciclotimia. A través de un análisis de curva de la característica operativa del receptor (ROC), se pudo observar que los puntos de corte de 11 y 12 maximizaron la suma de sensibilidad y especificidad para todo el grupo de pacientes con trastorno bipolar. El punto de corte asociado al 90 por ciento de sensibilidad para toda la muestra de pacientes con trastorno bipolar fue de 8. En este punto de corte, la especificidad de la escala era del 51,1 por ciento y el valor predictivo positivo fue del 16 por ciento.

La depresión es una enfermedad cerebral tangible, relacionada con una disfunción de áreas cerebrales específicas

Un estudio ha confirmado que la depresión es una enfermedad cerebral tangible, pues las personas deprimidas muestran alteraciones en las regiones cerebrales encargadas de regular el control cognitivo y las respuestas emocionales. Este hallazgo ha sido presentado en el 23 Congreso Anual del Colegio Europeo de Neuropsicofarmacología (ECPN), que se celebra estos días en Amsterdam, Holanda.

Concretamente, un equipo de investigadores franceses ha demostrado mediante la utilización de imágenes por resonancia magnética (RM), que las personas deprimidas muestran alteraciones en las regiones cerebrales encargadas de regular el control cognitivo y las respuestas emocionales e, incluso, comprobar que dicha alteración se mantiene hasta ocho semanas después de comenzar el tratamiento antidepresivo con fármacos. Así, los científicos han identificado cómo los pacientes depresivos presentan una activación 'anormal' de la corteza prefrontal medial del cerebro que podría explicar algunos complejos de las personas deprimidas, como la visión negativa de sí mismos, el sentimiento de culpa o la continua reflexión personal.

En este sentido, el estudio ha descubierto que, a pesar de que estos síntomas remitían, algunos pacientes seguían presentando alteraciones en las regiones cerebrales. Según explican los autores, estas alteraciones anormales podrían indicar la necesidad de tratamientos complementarios dirigidos a modificar la conducta cognitiva para reducir el riesgo de que la depresión reaparezca en el paciente.

Un estudio revela que la disminución cerebral del trasportador de serotonina se da en los pacientes con trastorno bipolar de tipo I en estado eutímico, pero no en los que padecen el tipo II.

Aunque ya se ha demostrado, a partir de estudios anteriores de tomografía por emisión de positrones, que el transportador de serotonina (SERT) en el cerebro medio, se encuentra disminuido durante el estado depresivo de los pacientes con trastorno bipolar, un nuevo estudio, denominado SPECT y publicado en “Bipolar Disorders”, ha querido analizar el SERT durante el estado eutímico de los pacientes bipolares.

Investigadores taiwaneses reclutaron a 28 controles sanos y a 24 pacientes medicados en estado eutímico de trastorno bipolar, estado que se fue midiendo durante ocho semanas consecutivas. Para medir el SERT, se utilizó la tomografía computarizada de emisión de fotón único con el marcador radiactivo 123I-ADAM. Y, por último, se utilizó un modelo de relación de equilibrio, para poder llevar a cabo el análisis de los datos.

Así, el resultado principal fue la relación de absorción específica (SUR), que representa la disponibilidad de SERT en el cerebro medio. Las SUR promediadas no fueron diferentes entre los individuos sanos y los pacientes con trastorno bipolar en estado eutímico. Pero un análisis ANCOVA de tres vías comparó las SURS en los individuos sanos, pacientes con trastorno bipolar I, y pacientes con trastorno bipolar II, demostrando que las SUR promediadas eran significativamente menores en los pacientes con trastorno bipolar I, respecto a los que padecían trastorno bipolar II o los individuos sanos.

El abuso del alcohol es lo que hace violentas a las personas con trastorno bipolar

La creencia de que las personas con trastorno bipolar son más violentas que el resto de la población ha sido puesta en entredicho por un estudio, según el cual no se observan diferencias significativas de comportamiento. Lo que podría explicar esta falsa creencia es el hecho de que estos pacientes son más propensos a consumir alcohol o drogas .Investigadores de la Universidad de Oxford, en Reino Unido, aseguran que las personas con enfermedades mentales severas como el trastorno bipolar no tienen por qué ser más violentas que el resto, a menos que abusen de las drogas o el alcohol, según los resultados de un estudio publicados en la revista 'Archives of General Psychiatry'.

El objetivo de dicho estudio, que ha sido liderado por la psiquiatra forense Seena Fazel, pretendía demostrar o refutar la creencia común de que existe una relación entre este trastorno y ciertos crímenes violentos. Para ello, Fazel y su equipo analizaron a unas 3.700 personas en Suecia que habían sido diagnosticadas de trastorno bipolar, y compararon su comportamiento con el de sus hermanos y el de casi 40.000 personas "sanas".

Espectro completo de resultados psiquiátricos entre hijos con antecedentes paternales de trastorno mental

Contexto: Si bien los riesgos concordantes padres/hijos para trastornos mentales específicos están bien establecidos, es insuficiente el conocimiento de la amplia gama de resultados psiquiátricos en los hijos con antecedentes paternales de trastorno mental.

Objetivo: Examinar la gama completa de los resultados de salud mental entre los hijos de padres con trastornos mentales severos y otros en comparación con aquellos cuyos padres no tuvieron dicho historial.

Diseño: Estudio de cohorte de base poblacional. Los hijos fueron objeto de seguimiento desde su cumpleaños número 14 para el desarrollo de los trastornos mentales con base en datos hospitalarios tanto en pacientes ambulatorios como hospitalizados.Escenario: Población danesa.

Participantes: Todos los hijos nacidos en Dinamarca entre 1980 y 1994 (N = 865 078) con seguimiento hasta diciembre de 2008.Medidas Principales de Resultado: Las tasas de incidencia, proporciones de tasas de incidencia e incidencias acumulativas para los resultados psiquiátricos de los hijos.

Resultados: Se encontró que los trastornos mentales severos de los padres (SMD) (psicosis no afectiva o afectiva) estuvieron asociados positivamente con prácticamente todos los resultados psiquiátricos de los hijos, incluidos los que no habían sido considerados como clínicamente relacionados hasta entonces.

"Una mente inquieta"

Una autoridad en trastorno bipolar narra su experiencia como paciente. Los comentarios de: Sergio Strejilevich, Ivonne Bordelois, Enrique "Topo" Rodríguez, Gerardo García Bonetto, Luis Hornstein, Alejandro Lagomarsino, Juan Carlos Turnes, M. del C. Vidal y Benito.Kay Jamison.

Un libro imprescindible para conocer el padecimiento de una enfermedad relatado por quien lo vive personalmente pero también es una de las expertas más importantes del mundo en el tema. El testimonio descarnado y cautivante de una vida atravesada por la manía y la depresión. El conocimiento, el carbonato de litio, la psicoterapia y una voluntad inquebrantable se conjugaron para rescatar a esta increíble mujer de una dramática enfermedad. IntraMed ha convocado a personas que por sus experiencias de vida como pacientes o por su conocimiento como profesionales, son lectores privilegiados para opinar sobre la obra. Les agradecemos mucho a todos ellos la disposición y el entusiasmo para participar de este artículo.

El sueño en los trastornos psiquiátricos

Resumen

Aunque la función exacta del sueño es desconocida, décadas de investigación implican fuertemente que el sueño tiene un papel vital en la restauración del sistema nervioso central (CNS), la consolidación de la memoria, y la regulación afectiva. El sueño de onda lenta (SWS) y el sueño de movimientos oculares rápidos (REM) han sido de gran interés para los psiquiatras; SWS debido a su posible papel en la recuperación energética del CNS y la función cognitiva, y el sueño REM debido a su participación sugerida en la memoria, la regulación de estado de ánimo, y la posible adaptación emocional.

Con el advenimiento de la polisomnografía, los investigadores están empezando a comprender algunas de las consecuencias del sueño interrumpido y la privación del sueño en los trastornos psiquiátricos. La misma neuroquímica que controla el ciclo sueño-vigilia también se ha implicado en la fisiopatología de numerosos trastornos psiquiátricos. Por lo tanto, no es sorprendente que varios trastornos psiquiátricos tengan síntomas prominentes del sueño. Esta revisión resumirá la arquitectura normal del sueño, y luego examinará las alteraciones del sueño y los trastornos comórbidos del sueño vistos en la esquizofrenia, así como trastornos de ansiedad, cognitivos y de abuso de sustancias.

Alertan de que los coleccionables pueden provocar un trastorno obsesivo compulsivo en las personas que tienen tendencia a sufrirlo.

La excesiva publicidad que las editoriales dan a todo tipo de coleccionables, coincidiendo con el inicio del nuevo curso, puede provocar que las personas con tendencia a sufrir un trastorno obsesivo compulsivo desarrollen antes esta patología. El hecho de coleccionar objetos de manera exagerada es un síntoma de este grave problema psicológico (una de cuyas variantes es el conocido como 'Síndrome de Diógenes') y de la adicción a las compras, dos enfermedades mentales que afectan, aproximadamente, al 12 por ciento de la población, según ha determinado la profesora Francisca López Torrecillas, del departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Granada (UGR) y experta en adicciones.

Aunque, en principio, y de forma controlada, coleccionar objetos es beneficioso desde un punto de vista psicológico, ya que permite desarrollar habilidades y actitudes muy positivas para el individuo, como la constancia, el orden, la paciencia o la memoria, entre otras. Sin embargo, la profesora López Torrecillas advierte de que en los últimos años "se ha detectado un aumento muy importante" de casos en los que el coleccionismo exagerado ha desembocado en un trastorno obsesivo compulsivo o en una adicción a las compras.

Ciertos rasgos como una excesiva necesidad de control, el perfeccionismo o la meticulosidad y el orden, según la experta, "son muy frecuentes en las personas que tienen como 'hobby' coleccionar objetos, pero también están muy relacionados con los trastornos psicológicos arriba señalados".

Las personas con trastorno bipolar no son más violentas que las personas sanas.

Según los resultados de un estudio publicados en la revista 'Archives of General Psychiatry', las personas con enfermedades mentales severas como el trastorno bipolar no tienen por qué ser más violentas que el resto, a menos que abusen de las drogas o el alcohol. El objetivo de dicho estudio, realizado por investigadores de la Universidad de Oxford, en Reino Unido y liderado por la psiquiatra forense Seena Fazel, pretendía demostrar o refutar la creencia común de que existe una relación entre este trastorno y ciertos crímenes violentos.

Fazel y su equipo analizaron a unas 3.700 personas en Suecia que habían sido diagnosticadas de trastorno bipolar, y compararon su comportamiento con el de sus hermanos y el de casi 40.000 personas "sanas". Así, pudieron observar que las tasas de criminalidad entre las personas mentalmente enfermas que abusaban de drogas no eran diferentes de las de la población general con los mismos hábitos, siendo en ambos grupos entre seis y siete veces mayor que la media de la población general.

Según asegura Fazel, "la mayoría de las veces, la relación entre enfermedades mentales y la violencia se puede explicar por el abuso del alcohol y de las drogas". De este modo, si se elimina el factor del alcohol y las drogas, la enfermedad por sí sola tiene una influencia "mínima" o nula en la violencia. Estos hallazgos parecen corroborar los argumentos de ciertas organizaciones de ayuda a enfermos mentales, que defienden que los estigmas asociados a ese tipo de afecciones no están justificados por pruebas médicas.

Talleres para la superación personal

El colectivo de personas con enfermedad mental protagonizó la jornada en la Feria de Valladolid .

Evitar la marginación social y laboral es uno de los objetivos de la asociación El Puente de ayuda a personas con enfermedad mental, que ayer celebró una jornada de información sobre salud mental en la Feria de Valladolid. Durante todo el día se proyectó un vídeo titulado 'Los rostros de la enfermedad mental', que muestra cómo los pacientes tratan de hacer entender que su enfermedad, en muchas ocasiones, hace que se conviertan en seres marginados y apartados de la sociedad. También recoge testimonios de ciudadanos que se muestran muy cercanos con estos enfermos.

El stand de la asociación El Puente, con los distintos productos elaborados

La entrevista interactiva por ordenador para la manía

Resumen

Objetivos: La Entrevista Interactiva por Ordenador para la Manía (ICI-M) es una entrevista administrada a través del ordenador que presenta sondas para evaluar la severidad de los síntomas y utiliza un algoritmo de puntuación para seleccionar preguntas de seguimiento y respuestas de la tasa del sujeto en concordancia con la escala de calificación de los puntos de anclaje. El presente estudio examina la aceptabilidad, la viabilidad y fiabilidad de la ICI-M como un método potencial para evaluar el rendimiento de los evaluadores humanos.

Métodos: Los participantes con un diagnóstico de trastorno bipolar I o II completaron una entrevista en vivo de la Escala de Manía de Young con un evaluador humano (LR) y la ICI-M. Un panel de tres expertos evaluadores revisó cada video LR y se les asignó una evaluación de consenso (CR). Los participantes completaron una versión modificada del Cuestionario de Satisfacción del Cliente para evaluar cada método.

Resultados: Los coeficientes de correlación intraclase fueron 0.91 entre la ICI-M y CR y 0,97 entre LR y CR (n = 100), proporcionando apoyo empírico para la confiabilidad inter-evaluador de cada enfoque. El coeficiente alfa indicó fiabilidad comparable de consistencia interna: ICI-M = 0,82, LR = 0,83, y CR = 0,84. La ICI-M fue significativamente más sensible en la detección de la sintomatología que LR ($p < 0,001$) y la CR ($p < 0,001$), y dio lugar a puntuaciones significativamente más altas que CR en el estado de ánimo, el habla, el contenido psicótico y la conducta disruptiva-agresiva. Si bien los participantes aprobaron una satisfacción significativamente superior en general con LR, no surgieron diferencias significativas entre ICI-M y LR en relación con la voluntad de participar de nuevo o la capacidad de comprender las preguntas.

Salud se aferra al delito cometido para desligarse de la gestión de los internos

El Defensor del Pueblo prepara otro informe en el que critica la situación de los afectados mentales en las prisiones.

El debate existe. Las instancias judiciales aseguran que «cubren las vergüenzas» del sistema de salud mental con el servicio que prestan los psiquiátricos penitenciarios, reconociendo el correcto funcionamiento de la Consejería de Salud en otros aspectos. Y desde ésta se recuerda que «la tendencia es tratar que los enfermos lleven una vida lo más normalizada posible», lo que motivó el cierre de los manicomios con la Ley de 1986.

El Defensor del Pueblo Andaluz, José Chamizo, que prepara un nuevo informe al respecto, denuncia el abandono asistencial de estos enfermos «marginados entre los marginados». La Ley recoge alternativas como las salidas terapéuticas en segundo grado penitenciario o el control telemático. Las instancias penitenciarias y judiciales indican que se precisa un protocolo integral de atención de carácter multidisciplinar, la transferencia de la red sanitaria judicial al sistema global, instalaciones y personal especializado, señalan desde instancias judiciales y penitenciarias.

El modelo no ha cambiado desde hace medio siglo, critica Pro Derechos Humanos. El director del Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, Sergio Ruiz, señala que faltan recursos comunitarios, sobre todo más supervisión y control. El director del centro de Morón de la Frontera, José Vidal, habla de un recurso-puente para la «normalización» del paciente. Ante este vacío, la única respuesta es la cárcel psiquiátrica.

"Nadie está libre, la dolencia mental nos puede aparecer a cualquiera"

Es Madre de un enfermo con patología psíquica grave, que le fue diagnosticada a los 19 años.

"No es justo y me molesta que los enfermos mentales (con esquizofrenia, trastorno bipolar...) sólo salgan en los medios de comunicación por algún problema relacionado con la violencia; la mayoría son pacíficos, y cuando leen las informaciones se sienten muy mal, les da el bajón", explica algo molesta Begoñe Ariño, madre de un enfermo de 45 años con esquizofrenia aguda crónica.

"Un caso grave que le apareció a los 19 años", relata Begoñe, una luchadora incansable contra la discriminación de estos pacientes, pelea que le llevó a colaborar activamente con asociaciones de familiares.

El primer paso es asumir que algo está mal, "la limitación que conllevará la enfermedad. A la familia le cuesta aceptar lo que ocurre. ¿Qué nos asusta? Aceptarlo, hasta que acabas encajándolo; además no te queda otro remedio", sentencia Begoñe, mientras reconoce que "las mentales son enfermedades difíciles. Todas son complicadas, pero éstas son muy, muy complicadas. Es el colmo, y convivir con ellas precisa de muchísima paciencia e información".

Profunda conocedora de la situación por la que atraviesan pacientes y familias, Ariño asevera que estos enfermos "tienen sus picos y sus crisis, pero cuando se estabilizan son personas súper entrañables. No hay que apartarlas ni con nuestra indiferencia ni tampoco utilizando terminología peyorativa como ya está aquí el loco.

Psicoeducación en pacientes con trastorno bipolar. Aspectos bioétic

psiquiatria.com

Psicoeducación en pacientes con trastorno bipolar. Aspectos bioéticos.

FUENTE: PSIQUIATRIA.COM. 2007;11(1)

Fernando Ivanovic1; Carolina Valdebenito2; Fernando Lolas3.
1 Psiquiatra, Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

2 Psiquiatra. Profesor Titular Facultades de Medicina y Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Director del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética-CIEB-, Universidad de Chile. Director Unidad de Bioética OPS/OMS

3 Antropóloga Social, Magíster en salud Pública, docente-investigador CIEB, Universidad de Chile

PALABRAS CLAVE: Trastorno bipolar, Psico-educación.

Resumen

El propósito general del estudio ha sido aplicar un modelo psico-educativo en pacientes con trastorno bipolar para evaluar su repercusión en aspectos clínicos, calidad de vida e impacto social familiar, en la atención primaria y en el sector clínico universitario. Para ello se compara la repercusión de la psico-educación; en un grupo de pacientes bipolares en la sintomatología y evolución clínica con un grupo control; en la calidad de vida en un grupo de pacientes bipolares con un grupo control; en la familia en un grupo de pacientes bipolares con respecto a un grupo control y en la integración de la psico-educación en pacientes de la atención primaria con los pacientes del sector clínico universitario.

El universo de estudio se encuentra en la Clínica Psiquiátrica Universitaria, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, dependientes de la Unidad de Trastornos Bipolares y además se incluyen dos grupos de pacientes de la atención primaria.

Noticias 10 de Septiembre del 2010

En el marco del Día Mundial para la Prevención del Suicidio

* Según información de la Organización Mundial de la Salud, cada día hay en promedio casi 3,000 personas que ponen fin a su vida, y al menos 20 personas intentan suicidarse por cada una que lo consigue.

* Padecimientos mentales como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, se asocian a mayor riesgo de suicidio.

En el marco del Día Mundial para la Prevención del Suicidio, especialistas señalaron que la falta de atención y un tratamiento oportuno y adecuado a quienes padecen trastornos mentales puede llevarlos al suicidio. En México, alrededor del 15 por ciento de la población padece o ha padecido algún trastorno mental y sólo el 20 por ciento de estas personas recibe un tratamiento adecuado, señalo la Dra. Liliana Toledo, especialista en Psiquiatría adscrita al Hospital Psiquiátrico "Héctor Tovar Acosta" del IMSS.

"Quienes tienen ideas suicidas, ven un panorama tan adverso que consideran que su única alternativa es quitarse la vida. Cuando, la mente no funciona bien, es entonces, cuando se requiere la intervención de un especialista, de medicamentos y psicoterapia", comentó la doctora Toledo.

De acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2020 las víctimas de suicidio podrían ascender a 1.5 millones.

El Tratamiento de un Trastorno Bipolar

Las Etapas de Tratamiento

* La fase aguda del tratamiento: El tratamiento está dirigido a terminar con el presente episodio maníaco, hipomaníaco, depresivo, o mixto.

* El tratamiento preventivo: El medicamento es continuado a largo plazo para evitar futuros episodios.

Los Componentes del Tratamiento

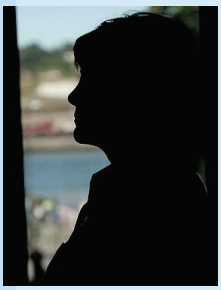
* La medicación: Prescrita para casi todos los pacientes durante las fases agudas y en forma preventiva para evitar recaídas (psicoprofilaxis).

* La educación: Cruciales en la ayuda a los pacientes y familiares para aprender como manejar mejor el disturbio bipolar (tratamiento trastorno bipolar) y prevenir sus complicaciones.

- La psicoterapia: Individual, Grupal y Familiar. No debería ser utilizada a solas, sino más bien debería estar combinada con medicación (excepto en situaciones especiales tales como el embarazo).

Noticias 14 de Septiembre del 2010

«Denuncio a mi hijo para que le curen»

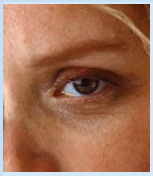


Una madre suplica una terapia adecuada para su hijo, con un trastorno de personalidad y una orden de alejamiento de sus padres

El joven tiene que reingresar en Villabona por mandato del juez para trasladarse a una cárcel psiquiátrica, lo que la mujer rechaza.

El drama comenzó hace una década, cuando Alfredo (nombre ficticio) comenzó a manifestar la enfermedad que padece, trastorno límite de la personalidad. Entonces tenía 18 años. Ahora, 28. Su estado le lleva a actuar de forma violenta y esa reacción acabó encerrándole entre rejas. Su madre, vecina de la comarca avilesina y que prefiere mantener en el anonimato las identidades de ambos, está desesperada. Tuvo que denunciar a su propio hijo en dos ocasiones. Alfredo, ahora en libertad y que vive en un pueblo del occidente donde tiene atemorizado al vecindario por sus reacciones, tendrá que reingresar en Villabona por orden judicial. Según su madre, ahora ordenarán su internamiento en una cárcel psiquiátrica (en España sólo existen dos, en Sevilla y Alicante), «un lugar donde tendrá que convivir con delincuentes de sangre, cuando él no es más que un enfermo».

El estigma de la enfermedad mental es difícil de eliminar, halla una encuesta



Medline Plus- El nivel de prejuicio y discriminación de los estadounidenses hacia las personas que tienen enfermedad mental grave o problemas de abuso de sustancias no cambió a lo largo de diez años, según un estudio reciente.

Los hallazgos plantean preguntas sobre la eficacia de las campañas para educar a la gente sobre la enfermedad mental y sugieren que quizá se necesiten nuevos métodos, apuntaron los investigadores de la Universidad de Indiana y de Columbia.

"El nivel de prejuicio y discriminación en EE. UU. no ha variado. De hecho, en algunos casos podría estar aumentando. Es hora de dar un paso atrás y reconsiderar nuestro enfoque", dijo la socióloga de la Universidad de Indiana Bernice Pescosolido en un comunicado de prensa de la universidad.

Tanto Pescosolido como sus colegas compararon las actitudes de las personas en 1996 y 2006. Durante este periodo, se realizaron grandes esfuerzos para sensibilizar a los estadounidenses en torno a las explicaciones médicas y genéticas de afecciones como la depresión, la esquizofrenia y el abuso de sustancias.

Cerca de 1,956 adultos que participaron en la Encuesta Social General en 1996 y 2006 escucharon un breve mensaje sobre una persona que tenía depresión mayor, esquizofrenia o dependencia del alcohol, y luego respondieron a una serie de preguntas

Noticias 15 de Septiembre del 2010

Los últimos datos del INE revelan que en España se quitan la vida nueve personas al día.

En España se quitan la vida nueve personas al día, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), que también revelan que se suicidan más del triple de varones (78,31 por ciento) que de mujeres (22,56 por ciento), un fenómeno que los expertos aseguran que se puede prevenir.

El número total de suicidios en España en 2008 (3.421) supera por primera vez los muertos por accidente de tráfico (3.021), algo que para el psicólogo y presidente de la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio, Javier Jiménez, indica que se está trabajando con los conductores, pero que "no se está haciendo absolutamente nada para prevenir el suicidio". Además, las cifras reales, según explica Jiménez, "probablemente" sean mayores que las recogidas por el INE, ya que "hay pacientes que se quieren suicidar y que lo hacen fingiendo un accidente".

En el ámbito mundial, Jiménez recuerda que la Organización Mundial de la Salud (OMS) constata en sus estadísticas que se suicida una persona cada 40 segundos, y asegura que es la primera causa de muerte violenta en el mundo, dado que se producen un millón de suicidios al año (y 20 millones de intentos), lo que "supera las muertes por guerras y homicidios juntos".

El Hospital Santiago, en Donostia, pondrá en marcha el próximo mes una terapia pionera para los primeros episodios psicóticos.

Resumen

Durante el próximo mes se va a implantar en el servicio de salud mental extrahospitalaria de Gipuzkoa una pionera terapia para tratar a pacientes afectados por primeros episodios psicóticos que ha desarrollado un equipo de investigadores en el Hospital Santiago de Vitoria. El éxito de este tratamiento psicoeducativo, que pretende mitigar la aparición de patologías como el trastorno bipolar, la esquizofrenia u otras psicosis agudas, ha sido avalado por cifras concretas, pues los reingresos de los pacientes con un cuadro de primeros episodios psicóticos se ha reducido, en su primer año de funcionamiento, un 80%.

Esta labor, que se realiza en el centro vitoriano y que pretenden exportar, no sólo a Gipuzkoa, sino también a Bizkaia e, incluso, a los hospitales Clínic y Bellvitge, de Barcelona, y a La Fé y Peset, de Valencia, consiste en informar y entrenar al paciente sobre su propia patología, por lo que tiene en cuenta las circunstancias de cada paciente. Una de las promotoras de esta terapia, la jefa de la sección de Psiquiatría de Santiago Ana González Pinto, indica que "deben entender qué les ha ocurrido, por qué están enfermos, qué desequilibrios hay dentro de ellos, cómo se puede volver al equilibrio que tenían previamente, qué cuidados deben tener, cómo contrarrestar los efectos secundarios de una medicación y saber la importancia que tiene no consumir drogas".

Noticias 16 de Septiembre del 2010

El estigma de la enfermedad mental es difícil de eliminar, halla una encuesta

Expertos señalan que las campañas de sensibilización han ayudado a educar al público, pero que la discriminación continúa .

El nivel de prejuicio y discriminación de los estadounidenses hacia las personas que tienen enfermedad mental grave o problemas de abuso de sustancias no cambió a lo largo de diez años, según un estudio reciente.

Los hallazgos plantean preguntas sobre la eficacia de las campañas para educar a la gente sobre la enfermedad mental y sugieren que quizá se necesiten nuevos métodos, apuntaron los investigadores de la Universidad de Indiana y de Columbia.

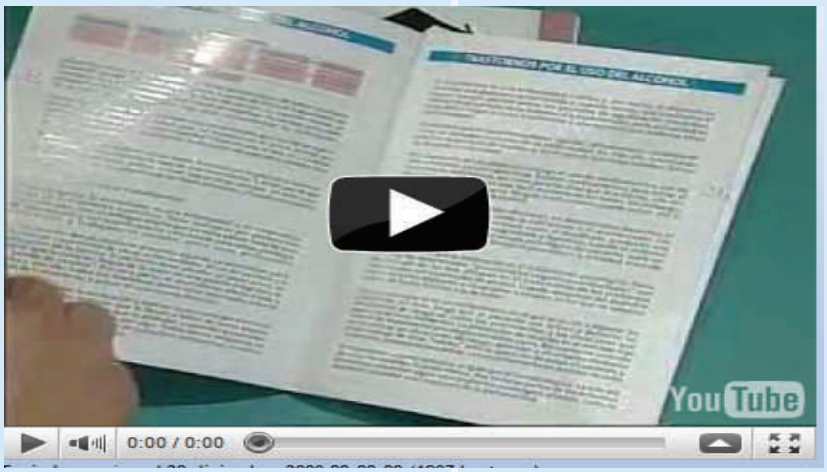
"El nivel de prejuicio y discriminación en EE. UU. no ha variado. De hecho, en algunos casos podría estar aumentando. Es hora de dar un paso atrás y reconsiderar nuestro enfoque", dijo la socióloga de la Universidad de Indiana Bernice Pescosolido en un comunicado de prensa de la universidad.

Tanto Pescosolido como sus colegas compararon las actitudes de las personas en 1996 y 2006. Durante este periodo, se realizaron grandes esfuerzos para sensibilizar a los estadounidenses en torno a las explicaciones médicas y genéticas de afecciones como la depresión, la esquizofrenia y el abuso de sustancias.

Cerca de 1,956 adultos que participaron en la Encuesta Social General en 1996 y 2006 escucharon un breve mensaje sobre una persona que tenía depresión mayor, esquizofrenia o dependencia del alcohol.

Guías sobre Alcoholismo y Patología Dual

Gran parte de los enfermos mentales tiene una adicción. elpais.es. 16/12/08. El 53% de los pacientes que acuden a consulta por un trastorno mental o una adicción sufre simultáneamente las dos enfermedades, entidad conocida como patología dual



Noticias 17 de Septiembre del 2010

Un estudio indica que casi el 80% de las personas con depresión siente dolor físico.

El 78 por ciento en pacientes que presentan ansiedad y depresión sienten algún dolor físico, cifra que se reduce hasta el 59 por ciento de los pacientes que solo sufren ansiedad, según un estudio recientemente publicado en el 'Journal of Affective Disorders'. El informe, desarrollado por diversos centros hospitalarios españoles, indica que, a pesar de que el 90 por ciento de estos pacientes había acudido a su médico de Atención Primaria al menos una vez en los últimos tres meses, en más del 60 por ciento de los casos su doctor no asoció este dolor con la ansiedad y la depresión.

"Los síntomas dolorosos pueden enmascarar el diagnóstico de depresión, sobre todo en el ámbito de la Atención Primaria", advierte el doctor Luis Caballero, del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, y uno de los autores del estudio. Éste es el primero de estas características que se realiza en España y en el que han participado más de 80 médicos de Atención Primaria, analizó un total de 7.152 pacientes que acuden a Atención Primaria por cualquier motivo, de los cuales más del 13 por ciento (981) presentaba ansiedad generalizada,

La asociación de los trastornos de personalidad con el curso prospectivo de 7 años de trastornos de ansiedad.

Antecedentes: Este estudio examinó prospectivamente el curso clínico natural de los seis trastornos de ansiedad por encima de 7 años de seguimiento en los individuos con trastornos de la personalidad (PDs) y / o trastorno depresivo mayor. Las tasas de remisión, recaída, inicio de un nuevo episodio y la cronicidad de los trastornos de ansiedad se examinaron para las asociaciones específicas con PDs.

Método y participantes. Fueron 499 pacientes con trastornos de ansiedad en el estudio Colaborativo Longitudinal de Trastornos de la Personalidad, que fueron evaluados con entrevistas estructuradas para los trastornos psiquiátricos con periodicidad anual a lo largo de 7 años de seguimiento. Estos datos fueron utilizados para determinar las probabilidades de cambios en el estado del trastorno para la fobia social (SP), trastorno de ansiedad generalizada (GAD), trastorno obsesivo-compulsivo (OCD), trastorno de estrés postraumático (PTSD), trastorno de pánico y trastorno de pánico con agorafobia.

Resultados: Las tasas estimadas de remisión de los trastornos de ansiedad en este grupo de estudio variaron de 73% a 94%. Para aquellos pacientes quienes remitieron a partir de un trastorno de ansiedad, las tasas de recaída fueron del 34% al 67%. Las tasas para los inicios de nuevos episodios de los trastornos de ansiedad fueron de 3% a 17%. Los PDs específicos demostraron asociaciones con remisión, recaída, inicios de nuevos episodios y cronicidad de los trastornos de ansiedad. Las asociaciones fueron identificadas entre PD esquizotípico con el curso de SP, PTSD y GAD; el PD de evitación con el curso de SP y OCD; el PD obsesivo-compulsivo con el curso de GAD, OCD y agorafobia, y PD límite con el curso de OCD, GAD y pánico con agorafobia.

La falta de luz propia del otoño puede provocar modificaciones del estado de ánimo, produciendo lo que se conoce como depresión otoñal o síndrome afectivo estacional

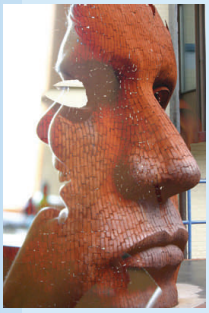
La falta de luz propia del otoño puede provocar modificaciones del estado de ánimo. Esto se debe a que se produce un aumento de la producción de melatonina al tiempo que disminuyen los niveles de serotonina y, en consecuencia, se modifiquen los estados de ánimo, produciendo en personas especialmente vulnerables las temibles depresiones y la ideación suicida. Por eso, se recomienda tratamiento psicoterapéutico para las personas propensas a la depresión, y sobre todo la exposición a la luz natural o artificial. El cambio de estación es causante de esta tristeza propia del otoño que es conocida como depresión otoñal o síndrome afectivo estacional.

Durante esta época del año, la nostalgia, la angustia o la pena invaden los pensamientos. Las personas frecuentemente se quejan de desmotivación, sensación profunda de tristeza, reducción del tono vital, limitación de la energía física y psíquica (anergias), graves problemas de concentración, alteraciones del sueño, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte, quejas somáticas, irritabilidad, problemas alimenticios y disminución de la libido o del apetito sexual.

Se trata, por lo tanto, de una depresión endógena que no tiene un motivo desencadenante en los factores genéticos del paciente. La causa se encuentra en nosotros mismos. La disminución de la luz es por lo tanto el estímulo que desencadena este trastorno que se repite año tras año y que desaparece espontáneamente con la llegada de la primavera o con el cambio de hemisferio.

Noticias 18 de Septiembre del 2010

Deterioro cognitivo en el trastorno bipolar



Aunque parece evidente, si revisamos la literatura existente, que durante los episodios de la enfermedad (maníacos, depresivos o mixtos) existen déficits cognitivos en los pacientes con trastorno bipolar, no se ha prestado demasiada atención al déficit en el rendimiento cognitivo durante los períodos de eutimia o remisión.

Sin embargo, los estudios han revelado que existe un subgrupo de pacientes que presenta un pobre funcionamiento psicosocial y alteraciones cognitivas que pueden darse tanto en los períodos prodrómicos y residuales como en estado de remisión clínica. De hecho, prácticamente una tercera parte de los pacientes bipolares presentan déficits cognitivos persistentes incluso en estado de eutimia.

Funciones cognitivas afectadas en el trastorno bipolar

Atención

* En estado de remisión, la mayor parte de los estudios se inclinan hacia la reversibilidad de los déficits atencionales, por lo que pueden considerarse dependientes del estado clínico.

Falsas creencias sobre el trastorno bipolar

Pellegrinelli, Roso y Moreno (2009), en un estudio sobre la relación entre la adhesión al tratamiento y las falsas creencias de pacientes bipolares y sus familiares, indican que las principales creencias erróneas de los pacientes bipolares y sus familiares son las siguientes:

1. El trastorno bipolar es un problema psicológico.

2. El tratamiento farmacológico puede comprometer la vida del paciente más de lo que la mejora (relación riesgo x beneficio).

3. El trastorno bipolar es emocional, y no biológico.

4. El trastorno bipolar no es un trastorno mental o una enfermedad médica.

5. La medicación, aparte de causar dependencia, es perjudicial.

6. La familia tiene un papel perjudicial en el tratamiento.

7. La cura es posible.

Las creencias que encontraron son semejantes a las halladas en otros estudios con pacientes de enfermedades mentales y crónicas.

Noticias 23 de Septiembre del 2010

"Soy uno más…"

En España, un 9,2% de la población padece algún tipo de enfermedad mental como esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión. Cada día son más las personas que luchan contra el estigma que sufren estos pacientes pero su integración en la sociedad todavía es un reto pendiente. Para favorecerla, nace una campaña de concienciación que lleva por lema 'Yo soy uno más'.

Según Ana Gumiel, presidenta de la Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud mental (Femasam), uno de los principales problemas con el que se encuentran los afectados por estas patologías es la carencia de hospitales de "media estancia". La experta ha señalado que en algunos hospitales hay actualmente "suficientes" unidades de hospitalización breve -unos 12 días para los enfermos agudos- pero apenas existen centros a más largo plazo y, cuando los hay, las listas de espera oscilan entre seis meses y un año.

IV Jornada sobre trastorno bipolar en Málaga
Soyborderline.com

IV Jornada sobre trastorno bipolar en málaga

Fecha: Jueves 30 de Septiembre de 2010 a las 17 horas

Lugar: Centro Cívico , Avenida de los Guindos, nº48

Titulo: "Mens sana in corpore sano…y viceversa"

Organiza: Asociación Bipolares de Andalucía

Oriental en Málaga. (BAO).

Presidenta Myriam García Vera

Coordinador: Dr. Eloy Rodríguez Arrebola

Médico Psiquiatra de la USMC Axarquía. Equipo

de Salud Mental Vélez – Málaga

Nuevo test genético revela el mejor tratamiento para enfermos psiquiátricos

Un nuevo test genético, que se realiza mediante un sencillo análisis de saliva, revela el mejor tratamiento de forma personalizada para cada paciente en las enfermedades de depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar y epilepsia.

La compañía biotecnológica española AB-Biotics ha presentado hoy en una rueda de prensa esta prueba, denominada "Neurofarmagen", la primera de estas características que se comercializa en España y que permite aumentar la eficacia del tratamiento y mejorar la calidad de vida en ocho de cada diez pacientes psiquiátricos.

La doctora María Inés López Ibor, del Instituto de Investigaciones Neuropsiquiátricas López Ibor, y el vicepresidente de la Asociación Española de Psiquiatría Privada, José Antonio López Rodríguez, han manifestado que la repuesta a los medicamentos puede estar condicionada hasta en un 85% por factores genéticos.

El test, que cuesta 1.450 euros y que se realiza sólo una vez en la vida, identifica una serie de variaciones genéticas que ayudan al médico a predecir la utilidad de un determinado fármaco en ese paciente concreto, ajustar la dosis a sus condiciones individuales y determinar cuáles pueden producirle menos efectos adversos.

Noticias 24 de Septiembre del 2010

Déficits neurocognitivos y rasgos de personalidad entre pacientes eutímicos con trastornos del estado de ánimo en la vejez.

Antecedentes: Estudios anteriores revelaron que los episodios depresivos agudos están asociados con ambos déficits cognitivos y patrones de personalidad modificados en la edad avanzada. Sea o no estos cambios psicológicos están presentes después de la remisión y sigue siendo motivo de debate. Hasta la fecha, ningún estudio ha facilitado una evaluación concomitante de la cognición y las funciones psicológicas en este contexto clínico particular.

Método: Mediante un diseño transversal, 58 pacientes ambulatorios remitidos (36 con depresión unipolar de inicio temprano (EOD) y 22 con trastorno bipolar (BD)) fueron comparados con 62 controles sanos. La evaluación incluyó las medidas detalladas neurocognitivas y la evaluación de las dimensiones de los cinco factores de personalidad (NEO-Inventario de Personalidad).

Resultados: Las comparaciones de grupo revelaron un procesamiento de la velocidad más lento significativo, ejecuciones de memoria de trabajo y episódica en pacientes con BD. Los pacientes con EOD mostraron capacidades cognitivas comparables a los de los controles de edad avanzada. En la evaluación de NEO PI, tanto los pacientes BD y EOD mostraron mayores puntuaciones en la faceta depresiva. Además, el grupo EOD pero no BD tuvo un menor factor de extraversión .

Frecuencia y correlatos de los problemas con el juego en pacientes ambulatorios con trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar.

Objetivo: Investigar la frecuencia de los juegos de azar en las personas que han sido diagnosticadas con trastorno depresivo mayor (MDD) o trastorno bipolar (BD). Los objetivos secundarios fueron examinar: las diferencias de sexo en las tasas del comportamiento del juego, la relación temporal entre la aparición de los trastornos del ánimo y los problemas con el juego, las comorbilidades psiquiátricas asociada con los problemas de juego, y las influencias de problemas con el juego en la calidad de vida.

Método: Las personas (de18 años y mayores) que cumplían con los criterios de vida del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición, Revisión de texto definido MDD o BD I o II, y fueron confirmados por la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, fueron inscritos. Los participantes fueron reclutados de 5 sitios en Canadá y 1 en los Estados Unidos. La prevalencia de los problemas con el juego en el año anterior fue evaluada con el Índice Canadiense de Problema de Juego. Se presentaron las comorbilidades asociadas con los problemas de juego.

Resultados: Un total de 579 personas se inscribieron (mujeres: n = 379, hombres: n = 200). La prevalencia del problema con el juego no fue significativamente diferente entre los grupos MDD (12,5%) y BD (12,3%). Hubo una diferencia significativa en la prevalencia de problemas con el juego entre los varones (19,5%) y mujeres (7,8%) en el grupo BD (chi-cuadrado = 8,695, df= 1, P = 0,003). Entre las personas que cumplían con los criterios para los problemas con el juego, el trastorno del estado de ánimo fue la condición de inicio primario en el 71% de los casos. Las personas con un trastorno del estado de ánimo con trastorno de pánico actual comórbido (OR = 1,96, IC 95% 1,02 a 3,75), trastorno obsesivo-compulsivo (OR = 1,86, IC 95% 1,01 a 3,45), fobia específica (OR = 2,36, IC 95% 1,17 a 4,76), dependencia del alcohol (OR = 5,73, IC 95% 3,08 a 10,65), o la dependencia de sustancias de por vida (OR = 2,05, IC 95% 1,17 a 3,58), habían aumentado considerablemente las probabilidades de los problemas con el juego. Los problemas con el juego a través de las poblaciones MDD y BD también se asoció con una menor calidad de las tasas de vida.

«Hay menores que no pueden ir a clase sin haber fumado un porro»

Ana González-Pinto Presidenta de la Sociedad Vasco Navarra de Psiquiatría

El cannabis puede ser considerado socialmente como una droga blanda, pero no por ello sus efectos dejan de ser peligrosos. La influencia de su consumo en la aparición de trastornos psicóticos es una de las cuestiones que debatirán hoy en Hondarribia los asistentes a la IX reunión anual de la Sociedad Vasco Navarra de Psiquiatría. Ana González-Pinto advierte de que cada vez llegan más jóvenes con psicosis a las consultas y lamenta la permisividad social ante una droga que «está bien vista».

- ¿El cannabis puede provocar psicosis?

- La causa de la enfermedad normalmente es genética. Pero hay un 20% o 30% que sin causa genética también la desarrollan. Lo que hace el consumo de cannabis es desencadenar la psicosis y gente con una cierta predisposición genética pero que nunca hubiera llegado a desarrollar la enfermedad la desarrolla.

- ¿Quiénes son vulnerables?

- Los que tienen antecendentes familiares de enfermedad mental, pero no sólo en la familia más cercana sino en la de segundo grado, como tíos o abuelos.

- ¿Y los menores de edad?

- El cannabis tiene un efecto mayor en cerebros de menores de edad, que aún no se han desarrollado completamente, e incluso el cerebro va madurando más allá de los 18 años hasta los 20.

El consumo de alcohol y drogas como automedicación de los síntomas del trastorno de estrés postraumático.

Antecedentes: Se ha propuesto la automedicación como una explicación para los altas tasas de comorbilidad entre el trastorno de estrés postraumático (PTSD) y trastornos por consumo de sustancias, sin embargo, el conocimiento de la automedicación en el PTSD es escaso. Se describe la prevalencia y los correlatos de automedicación en el PTSD en la población general.

Métodos: Se tomaron los datos de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas Onda 2 (N = 34,653; tasa de respuesta: 70.2%), una encuesta representativa a nivel nacional de enfermedad mental en adultos que habitan en la comunidad. Se evaluó la automedicación por separado para el alcohol y las drogas. Se determinaron las tasas de prevalencia para la automedicación entre los individuos con trastorno de estrés postraumático DSM-IV. Los análisis de regresión determinaron las asociaciones entre la automedicación y una variedad de correlatos, incluyendo factores sociodemográficos, trastornos mentales comórbidos, intentos de suicidio y calidad de vida.

Datos de Asociaciones y Fundaciones CENTRO,SUDAMERICANAS y EUROPEAS, de personas afectadas de TAB(Trastorno Afectivo Bipolar)

Datos de Asociaciones y Fundaciones CENTRO,SUDAMERICANAS y EUROPEAS, de personas afectadas de TAB(Trastorno Afectivo Bipolar).Consulta el apartado Asociaciones y Fundaciones que verás en ETIQUETAS a la derecha. Material aportado por diferentes colaborador*s. Confesiones Bipolares.

.El conocimiento no es nada si no se comparte.

La información es una herramienta esencial para el manejo del Trastorno Bipolar.

El proceso de educación es indispensable.

El intercambio de experiencias, cariño, amistad entre personas afines también ayuda mucho.

El peso de nuestros genes

El determinismo de nuestros genes desentona en nuestra visión de la vida. Aceptar que influyen en cómo somos y lo que hacemos nos ayudará a comprendernos mejor.

Imaginemos que siempre nos ha hecho ilusión estudiar antropología por la universidad a distancia, y de repente lo vemos claro y decidimos matricularnos al día siguiente. Mientras este pensamiento flota por nuestra mente, suena el teléfono. Es un hermano gemelo univitelino (con los mismos genes que nosotros) cuya existencia desconocíamos. Durante la conversación descubrimos estupefactos que nuestro hermano acaba de escoger la misma carrera, se casó en las mismas fechas que nosotros, a su hijo le puso el mismo nombre que nosotros al nuestro y ha votado al mismo partido. Aunque esta situación es solo hipotética, las increíbles coincidencias que se dan entre gemelos univitelinos adoptados por diferentes familias ¡son del mismo calibre! Y ante este hipotético hecho, Steven Pinker, catedrático y gran experto en la mente humana, arroja una inquietante pregunta: "¿Qué grado de criterio propio tuvo ese nosotros que tomó las decisiones, si el resultado se podría haber predicho de antemano, al menos de forma probabilística,

"Nos gusta creer que todos nacemos iguales.Es una idea más romántica que pensar que nacemos con algunos dados ya tirados"

"Si asumimos nuestras tendencias

«El consumo de marihuana aumenta el riesgo de esquizofrenia, pero otros factores ambientales también pueden hacerlo»

La evolución de los medicamentos para atenuar las enfermedades mentales ha progresado notablemente en los últimos años. Ello ha permitido que muchos enfermos puedan llevar una vida relativamente normal. Lo explica el doctor en Medicina y profesor de Psiquiatría en el College of Medicine, Pharmacy, Practice and Sciences de la Universidad de Kentucky (UK), José de León, que esta semana estuvo en Santiago para ofrecer una conferencia en el Complexo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS). Con todo, «en el primer caso puede llevarse una vida normal. Hay muchos grandes escritores y músicos que presentan ese cuadro. En el caso de la esquizofrenia, eso es algo más complejo», cuenta.

«Mucha gente quiere que le resolvamos los problemas de la vida y eso no es ninguna enfermedad psiquiátrica»

Luchar contra el estigma. Ese es el punto de partida fundamental para tratar cualquier enfermedad mental. Y ese es un terreno que todavía hay que abonar en Galicia para obtener fruto. Al menos eso es lo que opina el jefe del área de Saúde Mental del Servizo Galego de Saúde (Sergas), Manuel Arrojo, quien sentencia que la sensibilización del ciudadano «es clave porque todavía hay mucho miedo a la lo desconocido. Eliminar el estigma es algo que se ha logrado en poco tiempo con el VIH y que también podría conseguirse con las enfermedades mentales».

-Los mitos están todavía muy presentes cuando se habla de enfermedades mentales graves. ¿Son todos ciertos?

-Hay algunos que no. Por ejemplo, no es cierto que las personas con ese tipo de patologías sean más violentas. Tienen que tomar la medicación y no consumir drogas, claro. A día de hoy hay tratamientos relativamente eficaces para controlarlas y hay que comenzar a verlas como enfermedades iguales a otras, como puede ser una diabetes.

-El servicio de atención primaria tendría que ser el primer filtro en la detección de este tipo de patologías.

Noticias 27 de Septiembre del 2010

Entre un 5 y 6 por ciento de la población

Unas 55.000 personas de la provincia de Málaga tienen trastorno afectivo bipolar

El trastorno afectivo bipolar es un trastorno del estado del ánimo que cuenta con fases depresivas que se alternan con temporadas de gran euforia o fases maníacas y con estados de lucidez entre estas fases. En Málaga, entre el cinco y seis por ciento de la población sufre este trastorno, lo que se traduce en alrededor de 55.000 personas afectadas en toda la provincia.

Por ello, la Diputación colabora en la IV Jornada sobre Trastorno Bipolar en Málaga, organizada por la Asociación de Bipolares de Andalucía Oriental en Málaga (B.A.O) y que tendrá lugar el próximo jueves, 30 de septiembre en el Centro Cívico de la institución provincial con la asistencia de 200 personas.

A la presentación de la jornada acudieron el diputado provincial, Luis Reina; la presidenta de la Asociación de Bipolares de Andalucía Oriental, Myriam García y la psicóloga Beatriz Pacheco. Allí, explicaron que conseguir diagnosticar esta enfermedad y que se siga un tratamiento farmacológico es de vital importancia, de ahí que la formación, información y sensabilización sobre esta dolencia sea necesaria.

La IV Jornada sobre Trastorno Bipolar en Málaga, titulada 'Mens sana in corpore sano y viceversa' girará en torno a tres temas: la importancia de la atención integral somática y psíquica del paciente con trastorno bipolar; los factores metabólicos y riesgo cardiovascular en los pacientes; y la regularización de hábitos saludables. En ella intervendrán médicos y personal sanitario de diferentes hospitales de Andalucía, así como personal jurídico.

El trastorno bipolar afecta a cerca de 55.000 personas de toda la provincia

El Centro Cívico de la Diputación albergará la IV Jornada sobre esta enfermedad con la asistencia de 200 personas

El trastorno afectivo bipolar, conocido popularmente como trastorno bipolar y antiguamente como psicosis maníaco-depresiva, es un trastorno del estado del ánimo que cuenta con fases depresivas que se alternan con temporadas de gran euforia o fases maníacas y con estados de lucidez entre estas fases. En Málaga, entre el 5 y 6% de la población sufre este trastorno, lo que se traduce en alrededor de 55.000 personas afectadas en toda la provincia. El conseguir diagnosticar esta enfermedad y que se siga un tratamiento farmacológico es de vital importancia, de ahí que la formación, información y sensabilización sobre esta dolencia sea necesaria

Noticias 28 de Septiembre del 2010

Encuestas indican que, a pesar de las campañas de sensibilización, el estigma de la enfermedad mental es difícil de eliminar.

Un estudio aparecido en la edición en línea de la "American Journal of Psychiatry" demuestra que, actualmente, el nivel de prejuicio y discriminación hacia las personas que tienen enfermedades mentales graves o problemas de abuso de sustancias, en el ámbito estadounidense, no ha cambiado a lo largo de diez años. Estos resultados, según los investigadores, de la Universidad de Indiana y de Columbia, hacen que se planteen cuestiones sobre la eficacia de las campañas para educar a la gente sobre estos temas, sugiriendo que quizás se necesiten nuevos métodos.

La socióloga de la Universidad de Indiana Bernice Pescosolido indicó que "el nivel de prejuicio y discriminación en EE. UU. no ha variado. De hecho, en algunos casos podría estar aumentando. Es hora de dar un paso atrás y reconsiderar nuestro enfoque". Para realizar el estudio, tanto Pescosolildo como sus colegas compararon actitudes que tenían las personas en 1996 y en 2006, un periodo en el cual se llevaron a cabo importantes iniciativas para sensibilizar a los estadounidenses

Noticias 20 de Agosto del 2010

Salvaguardar los derechos humanos de los enfermos mentales

La enfermedad mental está cerca de nosotros, aunque en ocasiones se camufle o esconda por miedo al rechazo, consiguiendo ser invisible a nuestros ojos. Tal vez nuestro vecino o compañero de trabajo sufra ataques de ansiedad; padezca bulimia o anorexia, tengan fobias o temores irracionales a sitios, personas o animales… La Organización Mundial de la Salud (OMS) cifra en 10 los trastornos más graves o importantes: Anorexia nerviosa y bulimia; Ansiedad; Depresión; Esquizofrenia; Fobia; Trastorno Bipolar; Trastorno Límite de la Personalidad; Trastorno Obsesivo Compulsivo; Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y Trastorno por estrés postraumático.

Desde esta organización mundial, Benedetto Saraceno ha trabajado incansablemente durante los once últimos años de su carrera profesional como director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias para mejorar la atención y rehabilitación psicosocial de estas personas, y para difundir una nueva cultura psiquiátrica, "que se base en las evidencias científicas, pero teniendo en cuenta los derechos humanos de los pacientes", aseguró tras dejar este cargo y jubilarse el pasado mes de abril.

Su trayectoria ha estado ligada desde el principio a la mejora de la salud y las condiciones asistenciales de las poblaciones más necesitadas, razón que le impulsaría en los años 80 a ser cooperante en Nicaragua y a ser consultor en la Organización Panamericana de Salud (OPS) para la reestructuración psiquiátrica iniciada tras la Declaración de Caracas en 1990. Tiempo después, en 1996, sería fichado por la OMS como director del Programa Naciones para la Salud Mental y tres años más tarde, director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.

La Universidad Case Western Reserve, en Cleveland, desarrolla un test que permite detectar la depresión en los cuidadores de enfermos mentales.

Los familiares de las personas con enfermedad mental grave (SMI) son vulnerables a la depresión, y la identificación temprana de los síntomas depresivos cognitiva es importante para prevenirlo. El depresivo Cognición Scale (DCS) puede ser beneficioso para la detección precoz , pero psicométricas de la escala no se han probado en los familiares de las personas con SMI. En este estudio, 60 mujeres familiares de los adultos con SMI completado la DCS - ocho puntos y las medidas de la carga del cuidador , el ingenio , el sentido de la coherencia y la calidad de vida. Un alfa de Cronbach de .87 indica la coherencia interna. La validez de constructo fue apoyada por correlaciones con la carga del cuidador (.40) , el ingenio (-. 65), sentido de coherencia (-. 77), y la calidad de vida (-. 70). El análisis factorial confirmatorio producido un solo factor con el 48% de la varianza explicada y cargas factoriales > 0.45 para todos los artículos . Estos resultados indican la DCS es útil para la detección temprana de la depresión en las mujeres parientes de los adultos con SMI.

Noticias 21 de Agosto del 2010

Más locos que cuerdos

Caprichosos, glotones, veteranos que pierden la memoria y "posibles" esquizofrénicos; todos ellos serán considerados, a partir de 2013, enfermos mentales. El borrador del manual DSM- V encendió la alarma, y desde la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay ya lanzan las primeras críticas.

Niños caprichosos, mayores de 50 años que tengan problemas de memoria, quienes sufren atracones alimenticios al menos una vez por semana y aquellos que, quizá en un futuro -quizá no-, puedan sufrir trastornos psicóticos. Todos ellos, a partir de 2013, serán considerados portadores de desórdenes mentales. El Manual Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM) es para muchos "la biblia" de la psiquiatría universal.

Por eso es que, tres años antes de que salga a la calle su quinta versión, el texto ya genera un gran revuelo entre los expertos. "Las farmacéuticas juegan un papel importante. Hay mucha guita en esto, cuantas más patologías hay… No necesito enumerar la cantidad de multinacionales que hay en Estados Unidos. A mí no me parece mal que la industria farmacéutica gane dinero, el tema es ver qué coto ponemos nosotros a eso". La opinión es del médico psiquiatra Gonzalo Valiño López, y su posición es la de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.

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 ?

- ***No estamos solos***

Autores Myriam García Vera
Xavier Allueva

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.