

Octubre 2005
Número 6



Boletín Para La Alianza Latina de WFSAD

Planificamos Talleres en 4 Países en Noviembre 2005

Representantes de WFSAD visitarán tres ó cuatro países en Noviembre. Nosotros esperamos visitar Perú, Costa Rica, El Salvador y Panama para participar en talleres organizados para estos miembros. Los talleres estarán basados en los temas de la Declaración de Guatemala. Algunos de los siguientes temas serán presentados:

- Cómo ejercer presión para obtener cambios en el sistema
- Psico-educación
- Medicamentos efectivos
- Rehabilitación hoy
- Administrar su organización
- Aprender sobre las leyes en el sistema de salud mental
- Trabajo/ ocupación significativa
- Explicar WFSAD Programa: Las Familias: Socios en Cuidado.
- Educación para las familias
- Investigaciones médicas
- Estigma y derechos humanos
- Aumentar su organización

Queremos que los grupos participantes involucren a expertos locales para aumentar la calidad de estos talleres. Esperamos lograr unas reuniones exitantes!

Una Reflexión entorno a la Práctica de la Psiquiatría y la Mercadotecnia

por Pablo Diaz MD

Cuando me pidieron que escribiera este artículo, pensé en varios temas relacionado con los nuevos avances en la detección temprana de la esquizofrenia, de las nuevas teorías etiológicas, o de los nuevos medicamentos, pero rápidamente cambie de opinión, ya que me di cuenta que los lectores de esta revista seguramente están tan enterados de los avances y los nuevos medicamentos como lo estoy yo, y por lo tanto, mi contribución seria mínima.

Mi dilema se resolvió cuando me di cuenta que tenía una gran oportunidad para compartir mis reflexiones, frustraciones, ajustes con la realidad y los logros como psiquiatra, relacionados con los llamados avances en los últimos 10 años. Uno de los avances más importante en la última década ha sido la introducción de los antipsicóticos atípicos. Estos ofrecieron una gran esperanza ya que por aproximadamente 40 años no había habido nuevos medicamentos que ofrecieran otra alternativa para aquellos afectados por la enfermedad.

La industria farmacéutica maneja los estudios de eficacia

(Continued on page 4)

Una Guía para el Tratamiento de Esquizofrenia

Una guía actualizada para el tratamiento de esquizofrenia fue publicada por la "American Psychiatric Association" (APA) durante 2004 y puede ser leída en la página de APA en inglés ó obtenida escrita. El documento es comprensivo (77 páginas de largo más 30 páginas de referencias).

Vaya a: http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm

Y presione en: Schizophrenia ' [PDF Buy](#)

Voz Pro Salud Mental

Una Organización de Familias Mexicanas

Damos la bienvenida a nuestros nuevos socios Voz Pro Salud Mental, México. La información más abajo es de su sitio.

<http://portal.vozprosaludmental.org.mx/>

Metas

1) Informar y Orientar.

Deseamos dar respuesta a la creciente necesidad de los familiares que requieren comprender, manejar y aceptar a su ser querido enfermo, mediante la creación de Cursos especializados dirigidos tanto a los propios familiares –en una primera etapa- como al enfermo mental –en etapas subsecuentes- con el propósito de que primeramente el entorno familiar y la calidad de las relaciones interpersonales sean funcionales, sanas y asertivas, proporcionando a las familias la oportunidad de tener un ambiente estable dentro de casa.

2) Capacitar

Así como las familias requieren informarse y orientarse, nuestra Institución busca la renovación continua, formando a los mejores instructores que den una respuesta adecuada a la progresiva demanda de las familias aquejadas por las enfermedades mentales. Cada persona que se acerque a “VOZ” debe recibir una esmerada atención, convirtiéndonos en “todo oídos” para escuchar y actuar en consecuencia a los requerimientos siempre cambiantes del mundo de la medicina psiquiátrica.

3) Apoyar.

Mediante la creación de Grupos de familiares y enfermos que formen fuertes lazos de unión que puedan compartir su apoyo y consuelo ante los momentos de crisis. Es necesario saber que no estamos solos, que de alguna manera, formamos parte de una gran familia que ha caído en desgracia. Necesitamos ser escuchados y comprendidos por aquéllos que tienen una problemática similar a la nuestra.

4) Crear Conciencia.

Ante la sociedad en general, con el fin de erradicar el estigma que tanto daño ha causado a las familias y sobre todo a los afectados: las personas que sufren de una enfermedad mental tienen los mismos derechos que cualquier otra persona y no deben ser discriminados ni escondidos.

5) Proyección.

Darnos a conocer al mayor número de Instituciones y autoridades que puedan apoyarnos en nuestra incansable lucha por los derechos del enfermo mental y poder demandar recursos públicos y privados para lograr nuestras metas. Colaboración con las entidades que nos brinden su apoyo.

6) Creación de comunidades y/o mejoramiento de las existentes.

Como lo son: Casas de medio camino, centros de rehabilitación, comunidades laborales, talleres ocupacionales, etc.

7) Eventos.

Organización de eventos especiales para recabar fondos necesarios para nuestra permanencia. Participación en medios masivos de comunicación –radio, televisión, periódicos, revistas especializadas, etc.- Deseamos difundir nuestra misión para lograr importantes apoyos.

8) Hermandad con Instituciones afines a la nuestra.

Es importante fortalecernos con un sano intercambio de logros a nivel local, estatal, nacional e internacional. Debemos compartir experiencias y tomar todo lo bueno de Asociaciones relacionadas con nuestra problemática.

**Recuerda enviarnos tus
comentarios, artículos, noticias
para el próximo boletín**

Agradecemos el Apoyo de

The Lilly logo is written in a stylized, cursive script font. The letters are dark and set against a light purple rectangular background.

Psicoeducación

Texto extractado del libro Esquizofrenia y Familia. Guía práctica de Psicoeducación. Autores: Carol Anderson, Douglas Reiss, Gerald Hogarty. Amorrortu editores.

Los autores presentan la psicoeducación familiar como uno de los pilares fundamentales para el tratamiento del paciente con esquizofrenia, a fin de lograr la menor tasa de recaídas, mantener el manejo ambulatorio, y permitir la reinserción familiar y social.

* La psicoeducación es un método de cuidado que provee información y formación a la familia complementario de tratamientos médicos, psicológicos y de rehabilitación.

* El programa es de intenso apoyo y educación a las familias y debe ser sostenido en el tiempo.

* Las intervenciones tienen como objetivo desarrollar una alianza terapéutica positiva que sostenga a los pacientes en la comunidad, minimice las recaídas y disminuya la tensión en los familiares.

* El modelo psicoeducacional está basado en la certeza de que las familias son las cuidadoras de los pacientes y tienen algo muy especial para ofrecer: ternura y comprensión.

* Este modelo intenta disminuir la vulnerabilidad, mejorar el funcionamiento cognitivo, aumentar la motivación para realizar actividades en pacientes compensados y reducir la ansiedad familiar a partir del apoyo y la información sobre la enfermedad.

* El objetivo es mejorar la calidad de vida creando climas de emoción expresada baja (EE) en el hogar, en la recreación, en el trabajo o en el estudio. Esto reduce el estrés y las recaídas. El programa incluye información específica y concreta sobre la enfermedad y sugiere actitudes, conductas y técnicas para poder enfrentar los problemas que causan los síntomas en la convivencia y les permite la recuperación y la integración en lo social (recreación, estudio, trabajo).

La psicoeducación intenta romper el círculo vicioso de la repetición de episodios, crisis e internaciones a partir de operar con estos principios:

1. Crear una alianza que promueva el trabajo vincular entre los profesionales, los pacientes y las familias.
2. Proveer información sobre la enfermedad y su manejo a la familia y si es posible al paciente.
3. Establecer un medio social que apoye al paciente en la comunidad.
4. Integrar gradualmente al paciente en los roles familiares, sociales y laborales.
5. Crear cuidados continuos en la familia y con el paciente.

Gracias a APEF por esta información en el sitio

www.apecf.org.ar

Lo que yo pensaba estando deprimida (Segunda Parte)

5) Sacaba conclusiones negativas sin fundamentos. Nos apresuramos en sacar conclusiones negativas que no se basan en los datos de la realidad y sin chequearlas pensamos que tenemos razón aún cuando son injustificadas. Estando deprimida cuando llamaba por teléfono a un familiar o un amigo/a, dejaba un mensaje y no me devolvían el llamado. Eso era suficiente para sentirme rechazada y pensar que no tenían interés en hablar conmigo, y peor aún estando así de mal, me angustiaba más el sólo pensar que el hecho de no devolverme el llamado significaba que ya no me querían. En vez de llamar yo y chequear, preguntarles, no lo hacía porque pensaba injustificadamente que iba aparecer ansiosa, o cargosa. Es muy fácil y a la vez angustiante seguir en la misma y pensar lo peor de uno y de los demás.

6) Exageraba lo malo y minimizaba lo bueno. Los deprimidos tenemos un talento innato para magnificar nuestros errores, miedos y defectos y exagerar su verdadera importancia. En el otro extremo minimizamos y desestimamos nuestras virtudes y logros hasta hacerlas desaparecer. Así, si cometemos un error pensamos que somos un desastre o no servimos para nada, nos sentimos amargados y nos castigamos duramente. En cambio vemos a los demás llenos de incansables logros y virtudes y (casi) sin defectos y fracasos.

7) Era una esclava del deber. Experimentaba cada cosa como si fuera una obligación impuesta e indiscutible y nos imponemos todo el tiempo que hay que hacer algo. Sentimos culpa, decepción y desprecio hacia nuestra persona todo el tiempo. El corazón y el cuerpo no nos responde. Nos exigimos y no aceptamos que “no podemos”. No podemos porque nuestra voluntad ha sido arrebatada por la tiranía de la depresión. No es que no tenemos voluntad o somos vagos sino que en lo peor de la depresión no tenemos fuerza para abrir los ojos, para levantarnos, lavarnos los dientes, bañarnos, alimentarnos. Nos castigamos y todo se convierte en “debo hacer algo ya mismo”. Es la trampa de esta autoexigencia que la depresión nos impone, nos martirizamos con pretender hacer cosas que en ese estado son imposibles.

No es novedad que la vida de un bipolar es diferente a la de alguien que no lo es. Alguien me dijo “vos no tenés que adaptarte al mundo sino que tenés que adaptar el mundo a tu bipolaridad”. Para mí significa que las cosas que quiero hacer tiene que ser las que pueda hacer a mi manera que son muchísimas y en una visión algo desalentadora. Muy por el contrario, yo pienso que es tener conciencia y la diferencia entre la salud y la enfermedad.

Les mando un beso a todos y tal vez esto pueda servirle a algunos.

La primera parte salió en el boletín anterior.

. . .Mercadotecnia

(Continued from page 1)

en sus estrategias de mercadotecnia. La realidad es que los estudios de eficacia están hechos en poblaciones muy selectas y están muy alejados de la realidad. Después de aproximadamente 15 años de la introducción del primer antipsicótico atípico – clozapina, seguimos aprendiendo de sus beneficios y efectos colaterales. Desde la introducción de clozapina, se han introducido la respirodona, olanzapina, quatiapina, ziprazodona, aripripazole. Estos nuevos medicamentos nos han dado nuevas alternativas y por lo tanto más esperanzas. Se ha manejado que los nuevos antipsicóticos son al menos tan eficaces como los antipsicóticos tradicionales, pero sin los mismos efectos colaterales. Con mínima ó nula diskinesia tardía, distonias agudas o parkinsonismo. Los clínicos, los trabajadores de salud mental, individuos afectados por la enfermedad y sus familias rápidamente buscamos usar los nuevos medicamentos con la esperanza de tener mejores resultados, o al menos, tener efectos colaterales más tolerables.

Esa esperanza se ha reducido, ya que los resultados no han sido los esperados. De hecho, los antipsicóticos atípicos causan otros efectos colaterales importantes (como aumento de peso, hipertensión, aumento del colesterol, entre otros) y no son tan eficaces como los antipsicóticos tradicionales; además, su costo está fuera del alcance de mucha gente, si no están subsidiados. Este ejemplo de desesperanza o desilusión con relación a los nuevos antipsicóticos puede tener un efecto mucho más desalentador para aquellos cuya esperanza estaba ó esta sostenida con hilos delgados y débiles. En mi práctica, he experimentado esa desilusión en familias e individuos afectados por la enfermedad en varias ocasiones.

Mi reto como psiquiatra ha sido ofrecer esa esperanza de una manera realista. Esta tarea es cada vez más difícil, ya que estamos todos constantemente influenciados por las estrategias de mercadotecnia muy efectivas. Este artículo me da la oportunidad de sugerir algunos pasos prácticos a individuos afectados por la enfermedad y sus familiares, con el fin de participar más activamente con médicos, trabajadores de salud y psiquiatras en tomar las decisiones de usar X ó Z medicamento, utilizando la mejor y más balanceada información disponible y así, tomar riesgos calculados para continuar el largo camino de la enfermedad y mantener una esperanza realista.

Con los avances de la tecnología y acceso a la información, es muy sencillo obtener información de nuevos medicamentos y nuevos avances a través del uso del Internet. Aunque uno tiene que tener cuidado para escoger la fuente de información, es muy importante que las personas afectadas o sus familias,

obtengan información independiente para hacer preguntas a sus médicos y psiquiatras. ¿Qué información es útil con relación a nuevos medicamentos?. Algunas sugerencias son las siguientes: a) ¿Qué tan efectivos son los nuevos medicamentos en relación con los medicamentos tradicionales?, b) ¿Cuáles son las ventajas en relación a efectos colaterales de los nuevos medicamento?, ¿Cuál es su costo?. Estas preguntas son relativamente sencillas de responder.

Las siguientes preguntas pocas personas las hacen, pero en mi opinión, son quizá más difíciles de preguntar, pero igualmente importante - ¿Cuál es la relación que el médico tiene con cualquier industria farmacéutica?. ¿Qué beneficios directos de la industria farmacéutica ha recibido el médico, viajes pagados a congresos, cenas, cursos de educación continua?. ¿Cuál es la política de la organización médica para su relación con la industria farmacéutica? En Canadá y los Estados Unidos las organizaciones médicas y psiquiátricas que organizan congresos ó cursos de educación continua, tiene como política que los médicos que son invitados como ponentes, tienen la obligación de compartir, al inicio de su ponencia, cuál ha sido la relación con la industria farmacéutica y si ha recibido financiamiento para investigación ó por otras razones. Eso le permite a la audiencia, formular su propio criterio del contenido y de su expositor. Si esta medida es una expectativa para cursos de educación continua, ¿por qué no también pedir esa información dentro del consultorio médico?. Eso permitiría no solamente establecer una relación con el enfermo y sus familiares, de más transparencia. Es muy probable que médicos y psiquiatras no hayan pensando en esta alternativa, y menos compartir esas relaciones con la industria con sus pacientes. Por otro lado, estoy convencido que si se compartiera esa información, la relación médico – paciente sería mas sana.

En resumen, en esta época donde el acceso a la información está en nuestro alcance, no hay pretexto para no estar informado de los avances en el tratamiento de enfermedades como la esquizofrenia. Por otro lado, es también muy fácil que esa información sea sesgada por las estrategias de mercadotecnia de la industria farmacéutica. Una posibilidad de minimizar las confusiones entre la evidencia científica y la mercadotecnia es que las personas afectadas por la enfermedad y/o sus familiares, estén muy bien informados no solamente del mérito científico de la recomendaciones del médico si no de la relación de ése médico con la industria farmacéutica.

Dr. Diaz es un psiquiatra en el "Centre for Addictions and Mental Health" en Toronto, Canada.

Esquizofrenia, estigma e ignorancia

Que los políticos se muestren ignorantes de los términos que utilizan en sus discursos, puede entenderse por dos razones. Que lo hagan a propósito, en una suerte de 'comunidad' con quienes ellos creen que deben ser identificados y a su vez creen más ignorantes de lo que son, o porque no les importa lastimas a inocentes con sus palabras y no sólo con sus acciones y no se cuidan demasiado, mostrando la contradicción entre lo que hacen y dicen en el mismo momento en que lo dicen.

El presidente Kirchner utilizó, al igual que muchos políticos, el término esquizofrenia para calificar de, una mezcla de mentirosos, mal intencionados, cambiantes y peligrosos traicioneros, a los periodistas que cuentan una visión de la realidad que a él no le conviene que sea mostrada. De esta manera obliga a los periodistas a referirse al mismo término para defenderse, aceptando, de hecho, que la esquizofrenia es una actitud voluntaria y malvada por parte de alguna gente. Como psiquiatra que hace más de veinte años me dedico al tratamiento de la esquizofrenia, su prevención y a hacer divulgación, para desestigmatizar esta palabra que denota una enfermedad, debo hacer la correspondiente aclaración.

La esquizofrenia, como se dijo, es una enfermedad mental de origen genético y múltiples causas, ninguna regida por la voluntad de los que la sufren (dicho sea de paso ¡cómo si hubiera alguna enfermedad que se produce por voluntad del que la sufre!). Como enfermedad que es, la esquizofrenia no es culpa de nadie más que de la naturaleza de las cosas. La ciencia avanza en el intento de conocer esa naturaleza y poder controlarla en beneficio de la humanidad. Acusar a alguien de esquizofrénico es como acusar a alguien de "sidoso" o "leproso" o "canceroso" o "esclerótico", y esa mala intención está penada por la ley anti discriminación, además de ser de una medievalidad espeluznante. No debemos cansarnos de repetir, las enfermedades no son culpa de los que las padecen. Si el presidente no se informa bien, por la causa que sea, corresponde que lo ilustremos y hagamos pública, una vez más una explicación correcta de lo que es la esquizofrenia. Es una enfermedad del desarrollo del cerebro de personas jóvenes, en general, y produce trastornos en el mecanismo del pensamiento y los sentimientos. Estos trastornos son químicos, por lo que se tratan con medicamentos que también son productos químicos. Las manifestaciones visibles de estos trastornos consisten en conductas extrañas a la persona que las padece que tiende a aislarse, delirar y sufrir de alucinaciones. No puede distinguir correctamente las intenciones ni el significado de las cosas que suceden a su alrededor y se angustia y pone muy nerviosa por ello y se asusta. Debe dejar sus estudios y su trabajo y, actualmente, se la considera una causal para obtener un certificado de

discapacidades que los ponen en un plano de desigualdad para desempeñarse en esta sociedad competitiva. Es un adelanto en nuestra legislación que tiene pocos años. Incluye la provisión, por parte de obras sociales, prepagos y el estado, de medicamentos y tratamiento gratuito además de pensiones y jubilaciones por invalidez, entre otros beneficios. Las personas que padecen esquizofrenia no son violentas por ese hecho. En raros casos, y dependiendo de la personalidad violenta o no (presente en cualquier individuo)

Pueden agredir o agredirse sin una causa aparente, aunque siempre se puede relacionar esta con un aumento de la tensión a la que está sometida esa persona enferma. Precisamente uno de los factores que más tensión les produce son las críticas indiscriminadas a sus conductas y el solicitarles, como si tuvieran control voluntario preciso sobre las mismas, que las cambien.

El estigma de ser llamado loco que sufren las personas que padecen de esquizofrenia lleva a la triste situación del ocultamiento del paciente por parte de la familia por la vergüenza ante la sociedad. Esto hace que se los prive del adecuado tratamiento y del soporte que el estado está obligado a darle. Es muy desalentador, para pacientes y familiares verse discriminados de esa manera y no poder intentar reinsertarse en la sociedad, aún con las limitaciones de cada cual.

En el caso que estamos relatando, es como si el presidente se hubiera referido a los periodistas como 'rengos resentidos' y hubiese deslizado la idea de que están demás las rampas de acceso porque si 'ellos quieren se pueden levantar y caminar como se debe'. Verdaderamente una vergüenza que amerita una disculpa y mayor cuidado en la elección de los términos. Mucho más cuando afecta al 1% de la población. Es decir, en Argentina, hay cerca de cuatrocientos mil pacientes y un millón seiscientos mil familiares de los mismos, afectados directamente por el gravísimo problema. Este es un número al cual aspiraría tener cualquier político, incluido el presidente, en su partido político.

Se puede conseguir información actualizada y de calidad en la página de APEF (Asociación Argentina de Ayuda a la Persona que Padece Esquizofrenia y a su Familia) www.aprf.org.ar.

Por: Edgardo Carlos Engelmann, médico especialista en Psiquiatría, Buenos Aires, Argentina (especial para ARGENPRESS.info)* (Fecha publicación:08/07/2005)
Información Adicional

Salud Mental Hoy: Esperanza en Acción

Congreso Mundial de WFSAD Septiembre u Octubre 2007 en Toronto



Nos complace anunciar el congreso mundial 2007 de WFSAD. Nuestros anfitriones para el congreso serán “The Schizophrenia Society of Canada” y “The Schizophrenia Society of Ontario”. El congreso será un evento exitante e informativo enfocado en construir un futuro para personas con esquizofrenia y trastornos relacionados. Visita nuestra página regularmente para conocer más acerca de esta reunión. Si estás interesado en presentar una conferencia, por favor informate a través de nuestra oficina y empieza a preparar la síntesis (no más de 300 palabras) por email ó fax: info@world-schizophrenia.org +1 416 961-1948

Sobre la Asociación Mundial Para La Esquizofrenia y Trastornos Relacionados—WFSAD

La WFSAD es la única organización internacional mundial dedicada a aliviar el peso de la esquizofrenia (y desórdenes asociados) a los afectados y sus familias. La WFSAD procura aumentar el conocimiento, la comprensión y la empatía, además de reducir el miedo, el estigma, la discriminación y el abuso que acompaña a estas difíciles condiciones. El movimiento global de familias, amigos y personas con enfermedad mental seria puede — al trabajar en forma colectiva y junto a organizaciones relevantes — ayudar a aliviar los problemas que experimentan las personas con enfermedad mental y sus familias. Contactanos en www.world-schizophrenia.org

Hechos sobre la Esquizofrenia

Frecuencia de la Esquizofrenia

Se admite que alrededor de uno por ciento de la población enferma de esquizofrenia a lo largo de su vida, sin depender de raza, ambiente cultural, clase social o inteligencia.

En tres de cada cuatro enfermos esquizofrénicos la enfermedad comienza entre los 15 y los 33 años. En mujeres, entre los 25 y los 37 años. Los hombres esquizofrénicos son generalmente solteros y sin hijos.

Causas de la Esquizofrenia

Hoy en día se acepta en general que en la base de la enfermedad hay, por lo menos parcialmente, un trastorno orgánico (bioquímico) ligado a una predisposición hereditaria.

Situaciones abrumadoras en la vida pueden jugar un papel en la herencia de los síntomas.

Existen casos en los que ni los acontecimientos especiales ni la herencia parecen jugar un papel causal.

1. Factor Hereditario

El riesgo de enfermar en hermanos es de un 10 por ciento. En el caso de uno de los padres enfermo, es del 16 por ciento. En el caso de ambos padres afectados, un 45 por ciento. Cuando un mellizo univitelino enferma, el riesgo de enfermar es del 60 por ciento para el otro mellizo.

2. Factor Biológico

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

3. Ambiente

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

Pronóstico y Evolución

La evolución de la enfermedad es diferente en cada caso. Un pronóstico seguro no es posible. Pero la esperanza de mejoría está plenamente justificada, aun en situaciones desesperadas e incluso en casos de la enfermedad prolongada durante años.

Los síntomas pueden, en poco tiempo, variar, aumentar o disminuir, desaparecer o ser sustituidos por otros; como regla general: (valen las valoraciones siguientes):

Un 20-25 por ciento de los pacientes, tras uno o varios brotes agudos, se restablece tanto que puede llevar una vida prácticamente normal. Otro 20-25 por ciento necesita cuidados que están por encima de las posibilidades de la familia y de los hogares y sólo pueden ser dados en medios hospitalarios. El resto de los pacientes, es decir, el 50-60 por ciento, puede vivir la mayoría del tiempo fuera del hospital. Tendrán algunas incapacitaciones, por lo que necesitarán ayuda temporal o constante. Tienen dificultades en realizar un trabajo pleno o parcial rendimiento y en encontrar amigos y conservarlos.

De “Esquizofrenia” para AFAPE México