



I CONFERENCIA MADRIDFIBROMIALGIA S.O.S.

Quisiéramos empezar este Nº2 de nuestra revista virtual, dando las gracias a todas aquellas personas que vinieron a nuestra I Conferencia que se celebró el 01 de Febrero. A esta Conferencia, asistieron amigos, colaboradores y también psicólogos, enfermos y conocimos a nuevos amigos que vinieron desde Alicante, Asturias, representando a FIBROAMIGOSUNIDOS. Aquí os dejamos algunas fotos del evento y un gran abrazo a todos los asistentes.





LIBERACIÓN DE ADRENALINA EN EXCESO PUEDE CAUSAR ENFERMEDADES CARDÍACAS

MARTES, 24 DE ENERO DE 2012

El estrés puede incrementar su nivel en la sangre y originar complicaciones en el organismo

La adrenalina también conocida como epinefrina es una hormona y un neurotransmisor, segregado, principalmente, por la médula de las glándulas suprarrenales, que actúa sobre diversos órganos y los prepara para la respuesta del sistema nervioso simpático ante una situación de emergencia o estrés. Todos los seres humanos producen adrenalina como mecanismo de defensa natural, no obstante, su aumento permanente en la sangre causa enfermedades, ocasionando que el sistema nervioso "sobreactúe" sobre las funciones vitales del organismo. Accidentes Cardiovasculares, Obesidad, Complicaciones en el Sistema Nervioso (falta de concentración, desánimo, agotamiento, insomnio) y del Sistema Inmunológico (fatiga crónica y la fibromialgia), son entre otras las enfermedades que puede originar. Según el estudio Interheart de 2007, el agitado ritmo de vida y sobre todo el estrés, es la tercera causa de infarto al miocardio en Latinoamérica, tanto en adultos como niños. La epinefrina además, facilita la transmisión del impulso nervioso de una fibra a otra, alterando su habitual funcionamiento. En la actualidad, la magnitud de esta patología es considerable, se registran con mucha frecuencia entre personas de 18 y 40 años de edad con alta carga adrenérgica y, por ende, con mayores probabilidades de sufrir a futuro Enfermedades Cardiovasculares.

Entre las señales ante las cuales se debe estar alerta, se encuentran:

- Aceleración del ritmo cardíaco, es decir, tener una frecuencia de más de 80 latidos por minuto.
- Constante dilatación de las pupilas.
- Palpitaciones y/o taquicardia inapropiada.
- Rostro caliente y orejas enrojecidas por el aumento de la presión sanguínea. PÁG.2

- Dolor en pecho sin tener un infarto.

Aprenda cómo regular la adrenalina

La Hipertensión es una de patologías que está más asociada a altas descargas de adrenalina pues esta conlleva al aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca. A su vez, los pacientes más propensos a sufrir estas afecciones de salud son, generalmente, aquellos que hacen poca actividad física y esto se traduce en obesidad y sobrepeso, condiciones que producen modificaciones en el metabolismo, insulina y otros valores. De este flagelo no están excluidas las personas de contextura delgada que son sedentarias.

La adrenalina ejerce influencia sobre todos los sistemas del organismo y para disminuir sus niveles existen medidas farmacológicas y otras no farmacológicas. Las primeras están relacionadas con el uso de medicamentos respaldados por estudios clínicos que evidencian su eficacia, los llamados betabloqueantes modernos, los cuales reducen la presión arterial, no inducen a la diabetes y son de liberación lenta.

En cuanto a las acciones orientadas al cambio de estilo de vida, se destacan:

- Alimentación saludable y balanceada: La alimentación debe ser baja en grasas, azúcar y sal, alta en fibra, proteínas magras, vegetales y frutas. Es importante incluir en la dieta alimentos con alto poder antioxidante, eliminar las frituras y comida chatarra.
- Actividad física regular: El ejercicio mejora la salud cardiovascular y metabólica. Se recomienda realizar una (1) hora diaria de caminadora, bicicleta o de cualquier acción que promueva poner el cuerpo en movimiento.
- Control de la ansiedad y la tensión: El estrés en exceso y constante puede ser causa de insomnio, problemas con el estado de ánimo y otros. Se sugiere controlar el estrés emocional y físico haciendo yoga, meditación, practicando hobbies y viajando entre otras actividades de esparcimiento y relajación. Si la persona ni siquiera ha podido disfrutar del día quiere decir que su nivel de estrés es muy alto y, de igual forma, la descargada adrenérgica.

Recuerde que lo más importante siempre es ante cualquier indicio, malestar o duda consultar con el médico especializado, quien lo supervisará y le dará toda la información necesaria, nunca improvise las decisiones que tengan que ver con su salud y bienestar. Procure que la adrenalina no se convierta en sinónimo de preocupación, sino que esté presente en momentos gratos, de euforia y de sensaciones agradables.

MANEJO DEL DOLOR CUANDO SE ESTÁ DEPRIMIDO

25/01/2012 19:04:00 MYLENE WOLF

Vivir con dolor crónico debería ser suficiente carga para cualquiera. Sin embargo, la depresión, que es uno de los problemas más comunes que enfrentan las personas con dolor crónico, hace la carga aún más pesada.

La depresión puede aumentar el dolor y hacer que sea más difícil hacerle frente. La buena noticia es que el dolor crónico y la depresión no son inseparables. Existen tratamientos eficaces que pueden aliviar la depresión y hacer que el dolor crónico sea más tolerable.

Si usted tiene dolor crónico y depresión, no está solo; el dolor crónico y la depresión son problemas comunes que a menudo se superponen. La depresión es uno de los problemas psicológicos más comunes que enfrentan las personas que sufren de dolor crónico, y que a menudo complica las condiciones del paciente y el tratamiento, como se ha visto en muchas estadísticas:

- Entre un cuarto y más de la mitad de los pacientes que sufren de dolor están deprimidos.
- En promedio, el 65% de las personas deprimidas también se quejan de dolor.
- Las personas cuyo dolor limita su independencia son especialmente propensas a deprimirse.

Los pacientes con dolor crónico y depresión, a menudo no reciben un diagnóstico de esta última (ni tratamiento), porque los médicos se concentran en los síntomas de dolor en la mayoría de las consultas. Como resultado la depresión, los trastornos del sueño, la pérdida de apetito, la falta de energía, y la disminución de la actividad física pueden hacer que el dolor empeore.

"El dolor crónico y la depresión van de la mano", dice el Dr. Steven Feinberg, profesor clínico asociado adjunto de la Escuela de Medicina de la Universidad de Stanford. ***"Casi tienes que asumir que una persona con dolor crónico está deprimida y empezar por allí."***

El dolor provoca una respuesta emocional en todas las personas. Ansiedad, irritabilidad y agitación, son sentimientos normales cuando estamos sufriendo. Normalmente, cuando desaparece el dolor, también lo hace la respuesta de estrés. Pero ¿y si el dolor no desaparece? Con el tiempo, la respuesta al estrés constantemente activada puede provocar múltiples problemas asociados con la depresión, como ansiedad crónica, pensamiento confuso, fatiga, irritabilidad, trastornos del sueño, aumento o pérdida de peso, etc.

Para esta superposición entre la depresión y el dolor crónico puede haber una explicación biológica: ambos comparten algunos de los mismos neurotransmisores (mensajeros químicos que viajan entre los nervios) y también comparten algunas de las mismas vías nerviosas.

El impacto del dolor crónico en la vida de una persona contribuye a la depresión, ya que en alguna medida produce algunas pérdidas como, perder el trabajo, perder el respeto como una persona funcional, la pérdida de las relaciones sexuales; así que suena lógico que la gente con dolor crónico se deprimida.

"Una vez que la depresión llega y se queda, aumenta el dolor que ya está presente, añadiendo un doble golpe al dolor crónico, reduciendo nuestra capacidad para hacerle frente", dice la Dra. Beverly E. Thorn, profesora de psicología en la Universidad de Alabama y autora del libro Terapia Cognitiva para el dolor crónico. Como vemos, se forma un círculo vicioso.

Debido a que el dolor crónico y la depresión están tan entrelazados, a menudo ambos se tratan juntos. De hecho, algunos tratamientos pueden mejorar tanto el dolor crónico como la depresión.

Antidepresivos

El hecho de que el dolor crónico y la depresión afectan los mismos nervios y neurotransmisores significa que los antidepresivos pueden ser utilizados para mejorar tanto el dolor crónico como la depresión.

"La gente odia escuchar que todo está en su cabeza, pero la realidad es que la experiencia del dolor sí está en la cabeza, y los antidepresivos funcionan reduciendo la percepción del dolor en el cerebro", dice Feinberg.

Existe abundante evidencia de la eficacia de los antidepresivos tricíclicos, sin embargo, debido a sus efectos secundarios, su uso se ha limitado, y los médicos prescriben algunos antidepresivos más nuevos para el tratamiento de algunos síndromes de dolor crónico que parecen funcionar bien con menos efectos secundarios.

Actividad**Física**

Muchas personas con dolor crónico evitan el ejercicio. ***"No pueden diferenciar el dolor crónico del dolor bueno del ejercicio"***, dice el Dr. Feinberg. Sin embargo, mientras menos ejercicio se hace, más fuera de forma se está, y esto significa que se tiene un mayor riesgo de lesión y de que el dolor empeore. La clave está en romper este ciclo. Ahora se sabe que una actividad física suave y regular es una parte crucial del manejo de dolor crónico. Todas las personas con dolor crónico pueden y deben hacer algún tipo de ejercicio. Además, el ejercicio también ha demostrado ser de ayuda para la depresión, ya que la actividad física libera el mismo tipo de químicos del cerebro que liberan los medicamentos antidepresivos, es decir que es un ***"antidepresivo natural"***. Consulte con su médico para diseñar un plan de ejercicios que sea seguro y efectivo para usted.

Salud**Mental****y****Espiritual**

El dolor crónico afecta nuestra capacidad para vivir, trabajar y jugar de la manera que solíamos hacerlo. Esto puede cambiar la forma como nos vemos a nosotros mismos, algunas veces para peor.

"Cuando alguien comienza a tomar la identidad de un paciente de dolor crónico con discapacidad, existe una preocupación real de que la persona se haya hundido en el dolor y se convierta en una víctima", dice la Dra. Thorn.

La lucha contra este proceso es un aspecto fundamental del tratamiento. ***"Las personas con dolor crónico extremo termina estando sentadas, lo que conduce a una sensación de pasividad"***, dice Feinberg. ***"Lo mejor que se puede hacer es mantenerse ocupada, tomar el control."***

Trabajar con un proveedor de salud que se niega a verle como una víctima indefensa es parte de la fórmula para el éxito. El objetivo es reemplazar la identidad de la víctima con la de una ***"persona sana con dolor"***, según Thorn.

Terapia**cognitiva****para****el****dolor****crónico**

¿Existe tal cosa como "el poder de la mente sobre la materia"? ¿Se puede "pensar" en la forma para salir del dolor? Puede ser difícil de creer, pero las investigaciones muestran claramente que para la gente común, ciertos tipos de entrenamiento mental verdaderamente pueden mejorar el dolor crónico.

Un enfoque es la terapia cognitiva. En la terapia cognitiva, la persona aprende a notar los "pensamientos negativos automáticos" que rodean la experiencia de dolor crónico. Estos pensamientos son a menudo distorsiones de la realidad.

La terapia cognitiva puede enseñar a una persona cómo cambiar estos patrones de pensamiento y mejorar la experiencia del dolor.

"La idea es que tus pensamientos y tus emociones tienen un profundo impacto en cómo le haces frente al dolor crónico", dice Thorn. "Hay muy buena evidencia de que la terapia cognitiva puede reducir la experiencia total del dolor."

La terapia cognitiva también es un tratamiento probado para la depresión. Según Thorn, **"reduce los síntomas de depresión y ansiedad"** en pacientes con dolor crónico. En un estudio llevado a cabo por el Dra. Thorn, al final de un programa de terapia cognitiva de 10 semanas, **"el 95% de los pacientes sintieron que sus vidas habían mejorado, y el 50% dijo que tenía menos dolor."** Y muchos de los participantes del estudio también redujeron su necesidad de medicamentos.

Tratamiento del dolor crónico y depresión

La mejor manera de abordar el manejo del dolor crónico es con un equipo de médicos para crear un plan de tratamiento. Cuando el dolor crónico y la depresión se combinan, se hace aún más necesario trabajar de la mano con un médico.

Consulte a su médico de cabecera y dígame que usted quiere obtener control sobre su dolor crónico. Tenga presente que el manejo ideal del dolor debe ser multidisciplinario (esto significa que se ocupará de todas las áreas de su vida afectadas por el dolor). Si su médico no está especializado en el manejo del dolor, pídale que lo remita a un especialista en dolor. Como medida adicional, busque un terapeuta cognitivo cerca de usted, que tenga experiencia en el tratamiento del dolor crónico. Esto quizás pueda conseguirlo a través de las organizaciones o asociaciones de su país.

Fuente de referencia: WebMD

DULOXETINA: DOS AÑOS Y MEDIO DE EXPERIENCIA

ANGEL SEGURA *, LEIRE ERKOREKA **, LAURA URIARTE *, MAIDER PRIETO *,
MARÍA ARAGÜÉS ****, ENRIQUE ARAGÜÉS *, PABLO MALO *, MARÍA ECHEVESTE *
Y LUIS PACHECO *.**

* Centro de Salud Mental Bº Etxaniz. SVS–Osakidetza. Bilbao.

** Hospital de Basurto. SVS–Osakidetza. Bilbao.

*** Centro de Salud Mental Sestao. SVS–Osakidetza. Bizkaia.

**** Hospital 12 de Octubre. Servicio Madrileño de Salud. Madrid.

Resumen: Se realiza un análisis subjetivo del papel que ha representado la introducción de duloxetina, el último antidepresivo inhibidor dual de la serotonina y noradrenalina comercializado en España, tras treinta meses de su uso clínico. Se analizan las pautas de dosificación, efectos inherentes al tratamiento, interacciones y lugar que ocupa el mismo en comparación con el resto de antidepresivos, dentro del ámbito de la consulta psiquiátrica extrahospitalaria.

Palabras clave: Duloxetina, IRSN, dosis, Tratamiento.

Publicación de Norte de Salud Mental.

Nota: Para ver el documento completo, acceder a través de este enlace:

http://www.ome-aen.org/NORTE/33/NORTE_33_030_9-17.pdf

“LO QUE TÚ TIENES QUE HACER ES...”:
EL USO COERCITIVO DE TERAPIA COGNITIVO–CONDUCTUAL
EN LAS NUEVAS ENFERMEDADES

Clara Valverde

Enfermera/Formadora. Equipo Aquo, Barcelona

Iñaki Markez

Psiquiatra. CSM de Basauri, Osakidetza

Resumen: La Terapia Cognitivo–Conductual (TCC) se está utilizando en nuevas enfermedades orgánicas crónicas, como la fibromialgia (FM), el Síndrome de la Fatiga Crónica/Encefalomiélitis Miálgica (SFC/EM) y las Sensibilidades Químicas Múltiples, como tratamiento con la hipótesis errónea de que estos enfermos tienen “pensamientos inadaptados”. Este uso coercitivo de la TCC se está llevando a cabo para adelantar las agendas de las administraciones públicas en estas enfermedades ignoradas y desatendidas. Otras psicoterapias brillan por su ausencia en estas enfermedades en las que los afectados tanto apoyo necesitan para poder recuperar su dignidad.

Palabras clave: Terapia Cognitivo–Conductual, fibromialgia, Síndrome de la Fatiga Crónica/Encefalomiélitis Miálgica, Sensibilidades Químicas Múltiples, coerción.

Publicación de Norte de Salud Mental

Nota: Para ver el documento completo, acceder a través de este enlace:

http://www.ome-aen.org/NORTE/35/NORTE_35_110_89-106.pdf

NUEVOS RETOS EN LA CONSULTA
¿QUÉ HACER ANTE LA FIBROMIALGIA, EL SÍNDROME DE LA FATIGA CRÓNICA-EM
Y LAS SENSIBILIDADES QUÍMICAS MÚLTIPLES?
MANUAL DE COMUNICACIÓN

“Tres enfermedades emergentes, la Fibromialgia (FM), el Síndrome de la Fatiga Crónica/Encefalomiélitis Miálgica (SFC-EM) y las Sensibilidades Químicas Múltiples (SQM), de la familia de los Síndromes de Sensibilidad Central (SSC), suponen un nuevo reto para los profesionales sociosanitarios no sólo por ser nuevas enfermedades crónicas multisistémicas si no también por no ser conocidas y por la realidad social que eso conlleva. A la complejidad bioquímica, neuroendocrino-inmunológica y medioambiental que presentan estas enfermedades se añade el desconocimiento y el cuestionamiento por gran parte de la sociedad y por algunos profesionales sanitarios. Al mismo tiempo, las administraciones sanitarias están apenas empezando a integrar en los servicios sanitarios la atención a estas enfermedades emergentes y, por ahora, la mayoría de los pacientes ya diagnosticados están desatendidos y el 85% no están aún diagnosticados”. Fuente: clara valverde, cristina visiers würrth, iñaki markez. PÁG.7

Este manual, gracias a la autorización de sus autores, estará disponible en nuestra sede para todos aquellos **SOCIOS** que así lo soliciten.

Para todas aquellas personas que quieran apoyarnos y hacerse socio de nuestra Asociación, os dejamos el boletín de inscripción para que os unáis a nosotros.
¡¡Gracias!!

BOLETIN DE INSCRIPCION

MADRIDFIBROMIALGIA-SOS

NOMBRE: _____ DNI: _____
 APELLIDOS: _____
 DIRECCION: _____ CP: _____
 TLF: _____ MOVIL: _____ EMAIL: _____

Solicita su admisión como socio en esta Asociación con la cuota anual de socio de 40€ que será abonada a primeros de cada año. MADRIDFIBROMIALGIA-SOS emitirá recibo a la siguiente cuenta bancaria:

DOMICILIO: _____ C.P: _____
 BANCO/ CAJA: _____ BANCO: _____ OFICINA: _____ D.C: _____ CUENTA: _____
 TITULAR: _____

En _____ a ____ de _____ del 20__
 Firmado:

DOMICILIACION BANCARIA

Muy señores míos:

Les ruego que desde esta fecha y hasta nueva orden, atiendan con cargo a mi cuenta los recibos presentados por MADRIDFIBROMIALGIA-SOS.

BANCO/ CAJA: _____ BANCO: _____ OFICINA: _____ D.C: _____ CUENTA: _____
 DOMICILIO: _____ C.P: _____
 TITULAR: _____

En _____ a ____ de _____ del 20__
 Firmado:

- (1) Remitir por correo a MADRIDFIBROMIALGIA-SOS C/ Juan Bravo 75 28006 (Madrid)
 (2) Los datos personales serán incorporados a los ficheros de MADRIDFIBROMIALGIA-SOS. Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación mediante escrito a la asociación.