



SUICIDIO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

Traducido de *Suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis*. Fang Fang, Unnur Valdimarsdóttir, Carl Johan Fürst, Christina Hultman, Katja Fall, Pär Sparén and WeiminYe, *Brain* 2008, 131, 2729-2733.

Dr. Luis Bermúdez Maldonado

INTRODUCCIÓN

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad devastadora caracterizada por pérdida progresiva de las neuronas motoras, llevando a la debilidad de los músculos bulbares, de las extremidades, torácicos y abdominales. El único fármaco efectivo para la ELA, el riluzol, puede a lo más prolongar la sobrevivencia hasta 6 meses. El incremento paulatino de la severidad de la enfermedad, la escasa efectividad de los fármacos y la dependencia progresiva de cuidadores, puede llevar al pensamiento de terminar la vida (p. ej. eutanasia y suicidio asistido por el médico) en los pacientes, especialmente en aquéllos en etapas avanzadas de la enfermedad.

En países como Suecia, donde ni la eutanasia ni el suicidio asistido por el médico están regulados, el suicidio puede ser el *último refugio* para pacientes con ELA. Como tanto la ELA y el suicidio tienen muy baja incidencia, la disponibilidad en Suecia de estudios nacionales de salud, permite obtener resultados estadísticamente aceptables.

OBJETIVO

Se llevó a cabo un estudio de cohorte poblacional de pacientes con ELA ingresados entre 1965 y 2004, para investigar si los pacientes con ELA tienen un riesgo mayor de suicidio en comparación con la población general.

MÉTODOS

Se identificaron 6813 pacientes que habían ingresado a hospitalización con el diagnóstico principal o secundario de ELA entre 1965 y 2004. Se excluyeron 70 por tener información insuficiente y 101 que murieron en la primera hospitalización (índice), quedando 6642 pacientes, que fueron seguidos hasta la muerte, emigración fuera de Suecia o término del estudio. El Registro de Causas de Muerte identificó todas las muertes por suicidio. Se estimó el riesgo relativo de suicidio en los pacientes con ELA comparados con la población general, pareados para la edad, género y periodo en el calendario (cada 5 años de 1965 a 2004). Otros datos obtenidos para el análisis fueron la edad en la hospitalización índice, tiempo desde la hospitalización índice, época del seguimiento, estado civil y escolaridad. Para comparar el riesgo de suicidio con otras enfermedades severas, tales como cáncer, se construyó otra cohorte de pacientes con cáncer en el mismo periodo de tiempo con los mismos parámetros que los descritos para los pacientes con ELA. (Continúa Pág..2)

EDITORIAL

Queridos Amigos:

La revista trata acerca del suicidio en los pacientes con ELA, explica algunos factores que pueden incidir en este fenómeno; en el área de Tanatología se presenta la vergüenza como limitante para aceptar la enfermedad y en el área de trabajo social se explica en que consiste el trastorno afectivo estacional; por último se presentan algunos ejercicios para los enfermos de ELA, fue escrito por la esposa de un paciente.

Nuestros mejores deseos para estas fechas es que se fortalezcan los lazos de cariño y amor entre las familias y amigos de los enfermos de ELA.

Armando Nava Escobedo
Presidente Fyadenmac

Contenido:

Área medica: Suicidio en Pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrofica	1
Área de Tanatología: El sentimiento de Vergüenza como una limitante para aceptar la enfermedad de la ELA y convivir con ella	3
Área de Trabajo Social: ¿Qué es el Trastorno Afectivo Estacional?	5
El lugar del amigo que vive, siente y convive con ELA: "Un poco de ayuda"	6
Agradecimientos	7
Colaboradores	8



RESULTADOS

De los 6642 pacientes, 56% fueron hombres, con un seguimiento promedio de 2 años, en el que se observaron 21 suicidios (0.31%), 14 de los cuales fueron hombres y 7 mujeres. La edad promedio en la hospitalización índice fue de 67.5 años en la cohorte completa, mientras que para aquéllos que cometieron suicidio fue de 60.5 años. La incidencia de suicidio entre los pacientes con cáncer fue de 0.21%.

Los pacientes con ELA mostraron **seis veces más riesgo de cometer suicidio** comparados con los controles (5.8, con intervalo de confianza del 95% en 3.6-8.8), con cierta tendencia mayor pero no significativa entre las mujeres. Se observó que aquellos pacientes con hospitalización índice antes de los 70 años tenían mayor riesgo de suicidio que los mayores de 70 años, pero tampoco fue significativo. El riesgo relativo más alto de suicidio fue en el **siguiente año a la hospitalización índice**, siendo **11.2 veces mayor** (con intervalo de confianza del 95% en 5.8-19.6), disminuyendo en los siguientes años, pero aún manteniéndose alto. No se observó influencia por el estado civil ni por la escolaridad.

La incidencia cruda de suicidio en la población general en Suecia ha disminuido progresivamente desde los 1970s, sin embargo, no hay una tendencia evidente en el riesgo relativo entre los pacientes con ELA a través de los años. En contraste, este riesgo sí ha disminuido entre los pacientes con cáncer de forma consistente.

DISCUSIÓN

Se observó aproximadamente un incremento de 6 veces en el riesgo relativo de suicidio en los pacientes con ELA

comparados con la población general en Suecia de 1965 a 2004, siendo el año siguiente a la primera hospitalización el punto más alto de riesgo, siguiendo aún elevado a los 3 años. Este exceso de riesgo no pareció disminuir en las cuatro décadas del estudio. La magnitud de este riesgo relativo de suicidio en pacientes con ELA es mayor que el reportado en ese país para esclerosis múltiple (2.3), la mayoría de los cánceres (< 2) y la Enfermedad de Parkinson. Como se observó, los pacientes con ELA que cometieron suicidio fueron diagnosticados a una edad relativamente menor (alrededor de los 60 años) comparados con aquéllos que no (alrededor de 68 años). La pérdida de años potenciales por vivir y de la independencia, y otros aspectos, pueden causar mayor estrés entre los pacientes más jóvenes.

La máxima incidencia de suicidio durante el año siguiente de la primera hospitalización (> 11) disminuyó en años siguientes. Se puede generar la hipótesis de que la mayor carga emocional podría debutar cuando se espera por la confirmación del diagnóstico, y segundo, que los pacientes tienen que estar físicamente capaces para llevar a cabo el suicidio.

Después del pico en los 1970s, la incidencia absoluta de suicidio en la población general de Suecia ha ido disminuyendo significativamente, y entre pacientes con cáncer aún más. Esto posiblemente se deba a la mejor apreciación de las necesidades psicosociales de los pacientes con cáncer. Sin embargo, esta tendencia no se observó en pacientes con ELA, a pesar de las mejoras en cuidados de soporte y paliativos en Suecia durante décadas recientes.

Se necesitan estudio futuros para delinear indicadores de riesgo específicos y modificadores en el efecto del pronóstico suicida en pacientes con ELA, especialmente entre los más jóvenes. Los resultados de este estudio ilustran la importancia y la necesidad de estar más alerta sobre la tensión psicológica experimentada por los pacientes diagnosticados con ELA por los profesionales de la salud, no sólo en etapas terminales sino en las más tempranas, preferentemente desde la fase diagnóstica cuando se cuenta con varias intervenciones.

“Nunca una noche ha vencido al amanecer, y nunca un problema ha vencido a la esperanza”



Cuidador y Paciente



El sentimiento de Vergüenza como una de varias limitantes para aceptar la enfermedad de la ELA y convivir con ella

Ttlla. María Eugenia Espinosa Esparza.

El sentimiento de vergüenza es una emoción poderosa, de gran intensidad de la cual ningún ser humano puede escapar en alguno o en varios momentos de su vida, así mismo no es privativa de alguna raza o cultura en especial, es considerada el sentimiento más incómodo del ser humano o conocida también como la emoción “secreta” o la “emoción escondida”.

Un aspecto fundamental es reconocer que cuando la persona siente vergüenza, la autoestima de la persona se ve directamente afectada ya que gene-

“La vergüenza es peor que el hambre”

ralmente también se siente avergonzada de sentir vergüenza, y por lo tanto difícilmente podrá hablar al respecto, así nos dicen Leeming D y Boyle (I) *“La vergüenza puede ser problemática no sólo por la frecuencia con la que se experimenta sino también porque los individuos que la padecen consideran esta experiencia y los comportamientos asociados a ella también muy vergonzosos. El sentir vergüenza de expresar sentimientos vergonzosos es muy común, sobre todo en las culturas occidentales, donde se tiende a desalentar el demostrar vulnerabilidad. Es posible que el daño de las relaciones personales no sea causado por el sentimiento de vergüenza en sí, sino por los intentos de ocultarla o negarla”*

Diferentes autores han investigado y escrito sobre el tema tan complejo de la vergüenza con enfoques diversos: desde la teoría del afecto, o desde perspectivas

individualista o de campo, o fenomenológica, ya como un sistema emocional intersubjetivo, o sobre su presencia afectiva y repercute en la construcción del “sí mismo” de la persona es decir desde un punto de vista intrapsíquico o también como un fenómeno social; pero hay puntos clave en que coinciden o se complementan desde mi punto de vista y que aquí comparto para que sean de utilidad a los pacientes con ELA y a sus familiares y amigos para conocer, reflexionar y aplicar a su vida diaria con la enfermedad, de tal manera que les permita con mayor facilidad aceptar la enfermedad y convivir con ella.

Gordon Wheeler (II) considera que el ser humano está diseñado de forma natural para que a nivel de estructuras psicológicas *“pueda percibir e interpretar su propio mundo subjetivo y al hacerlo puede evaluar y predecir de forma continua que apoyo o soporte estará disponible en el “campo”, (es decir el “afuera” en donde el individuo se desenvuelve y del que forma parte), todo esto relacionado e involucrado en el proceso de organización del yo o “sí mismo”; y la vergüenza ya sea en sus formas moderadas o extremas interfiere directamente paralizando el proceso de crecimiento del individuo por lo que el habla de la vergüenza como una “inhibición del yo”.*

Comenta también que *“a diferencia de las formas básicas de las emociones como la tristeza, la ira, el miedo etc. que de acuerdo a la psicología evolutiva surgen hasta determinado punto de pautas innatas y*

tienen funciones organizadoras y que orientan hacia el “campo”, la vergüenza por el contrario nos desorienta y paraliza.”

Nos da un ejemplo y dice: *“cómo, todo nuestro organismo “se pone al servicio” de una emoción básica. En el caso de la ira, hay efectos fisiológicos (alza de presión, midriasis, vasoconstricción, taquicardia, etc.) que organizan nuestra respuesta corporal. Los efectos psicológicos se evidencian en como reaccionamos con lenguaje, voz, impulsividad, etc. los cuales van dirigidos, orientando nuestra respuesta en forma casi automática, hacia una solución de lo que provoca la ira” lo que no sucede con la vergüenza.*

Gordon Wheeler también nos dice que la vergüenza puede surgir de la dificultad del individuo para integrar el “campo” total, externo e interno y si *“en esa integración, la capacidad y la actividad que nos constituyen en nosotros mismos se ve bloqueada en algún punto esencial y de una manera que nos importe, la vergüenza será sentida en proporción a cuanto nos importa la relación en cuestión”, es decir a más importancia para el individuo de la relación con la(s) persona(s) involucrada(s), sentirá más vergüenza.*

Donna M. Orange (III) nos dice *“la vergüenza infecta nuestras vidas de manera insidiosa e inconsciente y comparte en su artículo “Mundos de la Vergüenza varias definiciones, conceptos y comentarios que pueden ser de utilidad para explorar un poco en el tema de la vergüenza, entre ellos y para los fines de este artículo incluyo los siguientes:*



Martha Nussbaum (Hiding from Humanity: Disgust, Shame and the Law, Princeton University Press, 2004) argumenta que "la vergüenza se origina a partir de la conciencia de la vulnerabilidad de uno en presencia de los otros.

Bernard Williams (Shame and Necessity, University of California Press, 1993) ha capturado una parte importante de la experiencia fenomenológica de vergüenza y de su imbricación relacional: y nos dice "En la experiencia de vergüenza, el entero ser de uno mismo parece disminuido. En mi experiencia de la vergüenza, el otro ve todo lo mío y a través mío, incluso si la ocasión de vergüenza se da en mi superficie (por ejemplo en mi apariencia)..."; algo muy importante para los pacientes con ELA y sus familiares ya que la pérdida de la imagen les genera mucho conflicto incluso para aceptar ayuda de equipo médico de apoyo, que prefieren posponer hasta que verdaderamente ya no les es posible o incluso niegan que lo necesiten y esto puede ser por ese sentimiento de vergüenza, que podría reflejar una necesidad de ser aceptados.

Este mismo autor nos dice que también "... en la expresión de la vergüenza, en general, así como de la forma particular de vergüenza que constituye la sensación de embarazo, no hay sólo el deseo de esconder o de esconder mi cara, sino el deseo de desaparecer, de no estar ahí. No es sólo el deseo, como se suele decir, de que te trague la tierra, sino más bien el deseo de que el espacio ocupado por mí se quede instantáneamente vacío".

La definición de M. Lansky sobre la vergüenza, incluye una distinción muy útil entre vergüenza y culpa: La vergüenza

es acerca del self (el sí mismo). Se refiere no simplemente a un tipo de afecto, sino a un sistema emocional complejo que regula el vínculo social: **lo que uno es ante sí mismo y ante los otros; el estatus de uno mismo: el ser o no querible, sentirse aceptado o en inminente rechazo, ante el ojo del otro o ante el ojo autoevaluador del sí mismo.** Esta relación esencial con el self contrasta con el terreno de **la culpa**, que no tiene que ver con lo que **uno es** sino con **lo que hace**.

En los pacientes con ELA y sus familiares es frecuente la manifestación de sentimientos de culpa que pueden tener un trasfondo de sentimientos de vergüenza y que es necesario explorar para atender ambos, ya que las experiencias emocionales en las que aparece un sentimiento doloroso y vívido de vergüenza pueden ser paralizantes por su intensidad y pueden repetirse con frecuencia y llevar a que la persona se vea a sí misma incapacitada por la vergüenza en muchos aspectos de su vida.

(IV)"La vergüenza definida en términos de relaciones de poder, implica que el individuo que la padece se halle en una situación de debilidad relativa con respecto al otro, ya que para sentir vergüenza no sólo existe una evaluación negativa de uno mismo, sino que también se encuentra influida por la visión que pueda tener un tercero; se puede plantear como una forma de toma de conciencia de los problemas de relación. Se la ha definido como la "emoción social" ya que no solamente surge de la interacción social, sino que también la moldea.

Existen diferentes formas mediante las cuales la cultura o el medio social pueden

moldear las experiencias vergonzosas. Una de ellas es el desarrollo de ideas sobre qué es y qué no es vergonzoso. Si sentimos vergüenza, podemos ser conscientes de ideas e imágenes relacionadas con debilidad, deseos de esconderse, de sufrimiento, de ser rechazados o de falta de valor. Estas ideas pueden ser, al menos en parte, dadas por valores culturales"

Los pacientes con ELA y sus familias como todos los seres humanos no están excluidos de situaciones que les impliquen sentimientos de vergüenza, además por la naturaleza de la enfermedad tienen que convivir con miedos específicos a partir del diagnóstico, avance y desenlace de la enfermedad que pueden estar directamente relacionados con los sentimientos de vergüenza como:

Miedo a perder su identidad

Miedo a perder su dignidad.

Miedo a perder la libertad de ser.

Miedo a perder su autoimagen.

Miedo al cambio.

Miedo a como los vean los demás.

Miedo a ser rechazados

Miedo a lo desconocido.

Miedo a no poder hacer sus cosas por sí mismo y depender de los demás.

Miedo a cansar a sus familiares.

(Continuara en nuestra próxima edición)



¿QUÉ ES EL TRASTORNO AFECTIVO ESTACIONAL?

POR LIC. EN TS KARINA ORTEGA

Antes de iniciar definiendo de que se trata el trastorno afectivo estacional, es importante conocer que es la depresión ya que este trastorno es una variante de la misma.

En muchas ocasiones nos hemos sentido tristes y sin esperanza como resultado de alguna situación problemática que nos aqueja. Cuando hablamos de sentirnos deprimidos, en primer lugar se tiene que distinguir entre una depresión y un episodio de tristeza.

Podemos definir a la depresión como: una enfermedad que afecta al organismo, al estado de ánimo y a la manera de pensar, de concebir la realidad. Afecta al ciclo normal de sueño-vigilia y alimentación. Se altera la visión de cómo uno se valora a sí mismo (autoestima), y la forma en que uno piensa.

La depresión puede ser de tipo reactivo, ante un suceso externo que ocasiona tristeza o endógena, en cuyo caso la persona se deprime sin existir una causa externa.

Una tercera postura es la que considera que en una depresión pueden estar implicados ambos factores, tanto endógenos como exógenos, en distintas proporciones en los distintos pacientes.

La depresión puede ser causada por diferentes factores como son: Factores, químicos, hormonales, genéticos y psicosociales, es decir, el entorno en el que crecemos o vivimos.

En esta ocasión hablaremos de los factores ambientales y químicos que causan un tipo de depresión denominado Trastorno Afectivo Estacional.

El trastorno afectivo estacional que por sus siglas en Inglés se le conoce como SAD se caracteriza por episodios anuales de depresión en otoño o invierno, que remiten en primavera y verano. En estas épocas pueden ser sustituidos por fases maníacas. Otros síntomas incluyen fatiga, tendencia a comer exceso (particularmente hidratos de carbono), a dormir invierno. Es importante destacar que los cambios estacionales suelen a todas las personas y que no por ello se debe confundir con una depresión estacional.

Algunos expertos creen que en el SAD, de alguna manera la depresión está desencadenada por la respuesta del cerebro a la disminución de la exposición a la luz natural. Nadie entiende completamente cómo ni por qué sucede.

Las teorías actuales sobre las causas del SAD se concentran en el papel que podría tener la luz solar en la producción en el cerebro de hormonas clave. Los expertos creen que dos sustancias químicas específicas en el cerebro, melatonina y serotonina, podrían estar involucradas en el SAD. Estas dos hormonas ayudan a regular los ciclos de sueño-alerta, la energía y el estado de ánimo. Los días más cortos y las horas de oscuridad más largas en el otoño y el invierno pueden causar un aumento en los niveles de melatonina y una disminución en los niveles de serotonina, que podrían crear condiciones biológicas para la depresión. Una persona con SAD exhibirá varios cambios particulares en la manera en la que siente y actúa normalmente. Estos cambios ocurren en un patrón estacional predecible. Los síntomas del SAD y los de la depresión son iguales, pero una persona con SAD puede notar algunos o todos los síntomas siguientes:

Cambios en el estado de ánimo. La persona puede sentirse triste o irritable la mayoría del tiempo por lo menos durante 2 semanas en una época específica del año. Durante este tiempo, una chica o un chico pueden tener sentimientos de desesperanza o de no valer nada. Como parte del cambio del estado de ánimo que acompaña al SAD, las personas pueden ser autocríticas; demostrar mayor sensibilidad que lo usual a la crítica y llorar o molestarse más a menudo o con más facilidad.

Incapacidad para disfrutar. Una persona con SAD puede perder interés en las cosas que disfruta normalmente y sentirse incapaz de disfrutar de las cosas como antes. Las personas con SAD también podrían tener la sensación de no poder completar las tareas tan bien como antes y sentirse insatisfechos o culpables. Una persona con SAD podría perder interés en los amigos y dejar de participar en actividades sociales.

Poca energía. El cansancio inusual o la fatiga sin razón aparente son también parte del SAD y pueden hacer que las personas se sientan con poca energía.

Cambios en el sueño. La persona podría dormir mucho más de lo usual. Dormir demasiado puede hacer difícil para un estudiante con SAD levantarse y alistarse para la escuela en las mañanas.

Cambios en la alimentación. Los cambios en la alimentación y el apetito relacionados con el SAD pueden incluir ganas de consumir carbohidratos simples (como alimentos reconfortantes y azucarados) y la tendencia a comer de más. Este cambio en la alimentación podría resultar en aumento de peso durante los meses de invierno.

Dificultad para concentrarse. El SAD puede afectar la concentración e interferir con el rendimiento escolar y las notas. El estudiante podría tener más dificultad que lo usual para completar los deberes a tiempo o podría carecer de la motivación usual. Una persona con SAD podría notar que sus notas bajan, y los maestros podrían opinar que el estudiante parecería estar menos motivado o que se está esforzando menos en la escuela.

Disminución de las actividades sociales. Las personas con SAD pueden pasar menos tiempo con los amigos, en actividades sociales, o en actividades extracurriculares.

Los problemas causados por el SAD, como las notas más bajas que lo usual o menos energía para socializar con amigos, pueden afectar la autoestima y hacer que una persona se sienta frustrada, aislada y solitaria - especialmente si no se da cuenta de qué es lo que está causando los cambios en la energía, el estado de ánimo y la motivación. Como otras formas de depresión, los síntomas del SAD pueden ser leves, graves, o de grado intermedio. Los síntomas más leves interfieren menos con la capacidad de la persona de participar en las actividades cotidianas, pero los más graves pueden interferir mucho más.



El patrón estacional del SAD- el hecho de que los síntomas ocurren sólo durante unos pocos meses cada invierno (durante por lo menos 2 años seguidos) pero no durante las otras estaciones - es lo que lo distingue de las otras formas de depresión.

En esta ocasión es importante distinguir los síntomas del SAD ya que nos encontramos en la época del año donde nos sentimos triste o decaídos y en muchas ocasiones no sabemos porque. Además es necesario conocer para saber que tratamiento seguir, aunque lo mas importante es consultarlo con un especialista.

Cuando se determina que una persona padece de SAD, los médicos podrían recomendar alguno de los siguientes tratamientos:

Mayor exposición a la luz. Ya que los síntomas de SAD son desencadenados por falta de exposición a la luz y tienden a desaparecer por sí solos cuando aumenta la luz disponible, el tratamiento para el SAD a menudo involucra una mayor exposición a la luz durante los meses de invierno. Para una persona que tiene síntomas leves, podría ser suficiente pasar más tiempo al aire libre durante las horas de luz natural, tal vez haciendo ejercicio al aire libre o dando una caminata diaria. Las bombillas de luz de espectro completo (luz natural) que se pueden usar en lámparas regulares pueden ayudar a traer un poco más de luz natural a la casa en los meses de invierno y podría ayudar a aliviar los síntomas leves.

Terapia de luz (o fitoterapia). Los síntomas más severos del SAD se pueden tratar con terapia de luz (también llamada fitoterapia). La terapia de luz incluye el uso de una luz especial que simula la luz de día. Se coloca una caja o panel de luz especial sobre una mesa o escritorio y la persona se sienta delante de la luz durante un período corto de tiempo todos los días (más o menos 45 minutos al día, usualmente en la mañana). La persona debe mirar de reojo hacia la luz ocasionalmente y no de frente durante períodos largos (para que la luz actúe, tiene que ser absorbida a través de la retina). Los síntomas tienden a mejorar en unos pocos días en algunos casos o en unas pocas sema-

nas en otros. Generalmente, los médicos recomiendan utilizar la terapia de luz hasta que la luz natural exterior sea suficiente.

Como en el caso de cualquier tratamiento médico, la terapia de luz debe ser utilizada bajo la supervisión de un médico. Las personas con otro tipo de trastorno depresivo, piel sensible a la luz, o condiciones médicas que hagan que los ojos sean vulnerables al daño causado por la luz, deben usar la terapia de luz con cautela. Las luces que se utilizan para la fototerapia para el SAD deben filtrar y eliminar los rayos ultravioleta dañinos. No se deben utilizar camas o cabinas para bronceado para aliviar los síntomas del SAD. Algunos efectos secundarios leves de la fototerapia podrían incluir dolor de cabeza o fatiga visual.

Terapia de conversación. Para el tratamiento del SAD también se utiliza la terapia de conversación (psicoterapia). La terapia de conversación se concentra en examinar los pensamientos y sentimientos negativos asociados con la depresión y ayuda a aliviar la sensación de aislamiento o soledad que sienten a menudo las personas con depresión. El apoyo y la guía de un terapeuta profesional pueden ser beneficiosos para una persona con SAD. La terapia de conversación también puede ayudar a la persona que padece de SAD a informarse sobre su condición y a entenderla mejor así como a aprender qué hacer para prevenir o minimizar las ocurrencias de depresión estacional.

Medicamentos. Los médicos también podrían recetar medicamentos para adolescentes con SAD. Los medicamentos antidepresivos ayudan a regular el equilibrio de serotonina y otros neurotransmisores en el cerebro, que afectan el estado de ánimo y la energía. Los medicamentos deben ser recetados y controlados por un médico. Si tu médico receta medicamentos para el SAD u otra forma de depresión, asegúrate de comunicarle si estás tomando alguna otra medicación o remedios, incluyendo medicamentos de venta sin receta o medicamentos a base de hierbas. Éstos podrían interferir con los medicamentos recetados.

Si te han diagnosticado TAE, hay varias cosas que puedes hacer para ayudar:

Sigue las recomendaciones del tratamiento médico.

Aprende todo lo que puedas sobre el TAE y explica el trastorno a otros para que puedan ayudarte.

Haz bastante ejercicio, especialmente al aire libre. El ejercicio puede mejorar el estado de ánimo.

Pasa tiempo con amigos y seres queridos que comprenden lo que te está sucediendo - ellos pueden ayudarte brindándote el contacto personal y una sensación de conexión.

Sé paciente. No esperes que los síntomas desaparezcan inmediatamente.

Solicita ayuda con la tarea para el hogar y otros deberes si la necesitas. Si sientes que no puedes concentrarte, recuerda que es parte del trastorno y que las cosas mejorarán. Habla con tus maestros y prepara un plan para completar tus deberes.

Aliméntate bien. Podría ser difícil, pero evitar los carbohidratos simples y las meriendas azucaradas y mantener una dieta que incluya abundantes cereales integrales, verduras y frutas pueden ayudarte a largo plazo.

Establece una rutina de sueño. Si te acuestas todos los días a la misma hora podrás aprovechar los beneficios para la salud mental que proporciona la luz natural.

Toda forma de depresión puede ser grave. Si piensas que tienes síntomas de cualquier tipo de depresión, habla con alguien que pueda ayudarte a obtener tratamiento.

Fuentes:

- http://kidshealth.org/teen/en_espanol/mente/sad_esp.html
- www.depression.org



El lugar del amigo que vive, siente y convive con ELA “Un poco de ayuda”

Hola quiero empezar este artículo platicando un poco sobre mi vida me llamo Sandra y tengo dos hijos una niña de 14 y un niño de 5, todo esto empezó cuando mi esposo empezó a sentir dolor o un tipo de calambre en la mano izquierda pensamos que era solo un achaque y poco a poco fuimos descubriendo que tenía una enfermedad llamada ELA claro para esto tuvo que pasar vario tiempo, médicos, estudios, hospitales, de todo un poco pero al final de casi un año el diagnostico fue Esclerosis Lateral Amiotrófica (Ela) bueno un diagnostico incierto poco alentador con muchas dudas y preguntas.

Lo primero que pensamos fue en encontrar la cura pero todavía no la hay y uno de mis objetivos de este artículo es que ustedes como yo aprendamos que la enfermedad no tiene cura pero que si, tenemos la posibilidad de que las personas con esta terrible enfermedad pueden tener una mejor calidad de vida por medio de los cuidados que les podremos darles y unos de los ejercicios que pudimos conocer y aprender para este tipo de enfermedad dentro de el Instituto Nacional de Neurología junto con el departamento de Rehabilitación son los Sig.

Los primeros ejercicios que se recomiendan son los de la lengua esto consiste en tener movimientos con la lengua de un lado a otro, para que ejercite, el paciente con un poco mas de esfuerzo hay que ayudar poniendo un poco de chocolate o mermelada de su preferencia por fuera de la boca de el lado de las mejillas y así el tendrá que quitárselo con la lengua.



Otro ejercicio muy bueno es que haga sonidos con la boca todos los que pueda que cante para mantener la movilidad de la lengua.

Ahora pasamos con las manos hay que estirar los dedos de las manos desde la palma hasta la punta de cada dedo.



Otro de ellos es abrir y cerrar el puño si el paciente puede hacerlo solo, el realizara todo el esfuerzo y si no puede hay que ayudarlo y entonces uno tendrá que abrir y cerrar.

Para terminar vamos a realizar este mismo ejercicio pero ahora tendrá que ser con los pies realizaremos los mismos estiramientos de plantas y dedos en este caso tendrá que realizarse con la ayuda del cuidador.



Un saludo desde FYADENMAC
Sandra Guzmán



AGRADECIMIENTOS



NUESTROS PATRONOS

Alarmas y Monitoreo Computarizado S.A. de C.V.
Arrevillaga de Nava Graciela
Biomerieux México S. A. de C. V.
Centrum Promotora Internacional S. A. de C. V
Clériga Montaño Juan
Consertec Consultores S. C.
Cortes Palacios Francisco
Cruz Gavilán Irma
Chávez Trejo Jorge
Enrique García-Formenti Rivero
Equipo Especializado Traducción S.A.
de C. V.
Manzur de Nava Patricia
Materiales Industriales de México S. A. de C. V.
Nava Escobedo Armando
Perales Valdivia Elias
Quevedo Carmona José Antonio
Rivas Robles Ma. Dinazar
Syspro Internacional S. A. de C. V.
Velázquez Montiel Ma. Eugenia
Verdejo Cuenca José Luis
Vitarbol, A. C.
Vivanco Topete Jorge E.
Vives Sarmiento Luis

FYADENMAC

"Gente que ayuda a otra gen te"



FYDENMAC – AMELA **COLABORADORES**

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| ◆ ARMANDO NAVA ESCOBEDO | PRESIDENTE |
| ◆ ANGELA IBARROLA DIAZ BARRIGA | DIRECTORA DE LA REVISTA |
| ◆ VICTOR M. ZUÑIGA HERNANDEZ | EDITOR |
| ◆ KARINA ORTEGA HERNANDEZ | TRABAJO SOCIAL |
| ◆ LUIS BERMUDEZ MALDONADO | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA |
| ◆ HECTOR ORREGO | INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA |
| ◆ JOSEFINA MARTÍNEZ ORDAZ | ATENCIÓN A PACIENTES |
| ◆ Ma. EUGENIA ESPINOSA ESPARZA | ATENCION TANATOLÓGICA |
| ◆ GRACIELA NAVA ARREVILLAGA | ÁREA DE LUDOTECA |
| ◆ CRISTINA MORENO RIVAS | ÁREA DE ADMINISTRACIÓN |

CUALQUIER DUDA QUE TENGAS HAZLA SABER A FYADENMAC – AMELA
“GENTE QUE AYUDA A OTRAGENTE”

Atención a Pacientes
pacientes@fyadenmac.org

Donativos
administracion@fyadenmac.org

Atención Tanatológica
sicologico@fyadenmac.org

Área de Trabajo Social
trabajosocial@fyadenmac.org

FYADENMAC LES DESEA UNAS FELICES FIESTAS DECEMBRINAS
UN FUERTE ABRAZO