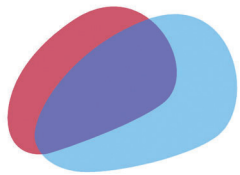


Psiquiatría privada



asepp

Asociación Española de Psiquiatría Privada

www.asepp.es

Carta del presidente

Editorial

Razones para nacer

Psiquianálisis

Motivos para vivir dignamente

Artículo científico

Trastornos Afectivos – Diabetes:
¿Existe una relación bidireccional?

En la piel del paciente

El final de la culpa

Sin perder la memoria

Historia de Esteve

Un lugar de España

Santander

Entrevista

Introducción a contrastes

ASEPP es noticia

Interactivos

Agenda

Decálogo de la ASEPP

Enero 2013

1

Psiquiatría privada

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA PRIVADA

JUNTA DIRECTIVA DE ASEPP

Presidente

Dr. Salvador Ros Montalban

Vicepresidente

Dr. José Antonio López Rodríguez

Secretario

Dr. Antonio Arumí Vizmanos

Vocales

Dr. Manuel Arias Bal	Dra. Blanca Morera Pérez
Dr. Josep Ramon Domènech Bisén	Dr. Ángel Moríñigo Domínguez
Dra. Laura Ferrando Bundio	Dr. Alfonso Sanz Cid
Dr. Antonio Luís Galbis Olivares	Dr. Fernando Sopesens Serrano
Dr. Manuel Masegoza Palma	Dr. Francisco Toledo Romero.

Consejo editorial

Director Josep Ramon Domènech Bisén

Antonio Arumí Vizmanos	José Antonio López Rodríguez
Laura Ferrando Bundio	Ángel Moríñigo Domínguez.
Antonio Luís Galbis Olivares	Alfonso Sanz Cid

Consejo asesor

Francisco Javier Arranz Estévez	Jordi Obiols Llandrich
Belén Arranz Martí	José Manuel Olivares Díez
Julio Bobes García	Leopoldo Ortega-Monasterio Gastón
Manuel Bousoño García	José Ramón Pigem Palmés
Francisco Doce Feliz	Miguel Roca Benassar
José Francisco Duato Marín	Elena Ros Cucurull
Carolina Franco Porras	Francisco Sabanés Magriñá
María Paz García-Portilla González	Juan Ramon Sambola Buguñá
Miguel Gasol Colomina	Juan Seguí Montesinos
María Inés López-Ibor Alcocer	Néstor Szerman Bolotnér
Pilar Mallada Porta	Manuel Toharia Cortés
Manuel Martín Carrasco	Raúl Vázquez-Noguerol Méndez
Bernat Montagud Piera	

Nota sobre ASSEP

- La Asociación Española de Psiquiatría Privada nace de la inquietud de un grupo de profesionales de la psiquiatría que ejercen una parte de su actividad en el marco de la medicina privada.
- Es una asociación profesional de ámbito nacional que pretende actuar como medio de exposición de los intereses de médicos psiquiatras en el ejercicio libre de su profesión.
- Es apolítica y puede ser complementaria con otras asociaciones académicas e instituciones.
- Surge para cubrir la necesidad de disponer de un instrumento de representación de la psiquiatría privada, que sea capaz de entender sus intereses, canalizar iniciativas y trabajar conjuntamente en los ámbitos de utilidad común.
- Sus objetivos fundamentales de actuación se centran en: velar por los intereses de sus socios en la práctica libre de la profesión; promover entre los asociados espacios de colaboración y complementariedad; actuar como lobby de participación e influencia, tanto en instituciones públicas como privadas; establecer alianzas estratégicas con instituciones públicas y/o privadas, cuyas actividades puedan ser de interés para la ASEPP; realizar y dar apoyo a actividades científicas, culturales y empresariales, en los ámbitos que le sean propios.
- Pueden ser socios de ASEPP todos aquellos médicos con actividad profesional privada en el ámbito de la Psiquiatría y de la salud mental.

Estimados colegas y amigos:

Sin duda, existe una progresiva insostenibilidad de los sistemas públicos de salud, especialmente significativa en la especialidad de psiquiatría. En la búsqueda de la mejor asistencia sanitaria posible, deberían surgir lugares comunes y de compromiso mutuo entre los sistemas público y privado; estrategias equilibradas entre ambos a la hora de compartir riesgos y responsabilidades, construyendo infraestructuras, compartiendo plataformas de información y ofreciendo beneficios de salud en el contexto de las prioridades sociales.

La sanidad privada representa al menos el 30 % del mercado sanitario total en España y, desde hace años, se viene observando un notable crecimiento de la demanda de salud privada, con una amplia participación de compañías aseguradoras que, al atender a más de un 12 % de la población, se convierten así, en el principal canal de distribución de la medicina privada. Las entidades de seguro libre representan la ventaja para el profesional de acceder a un volumen importante de pacientes, y la desventaja de unos niveles de pagos de honorarios frecuentemente incompatibles con la viabilidad económica de una consulta, todo ello derivado de una elevada presión de competencia entre compañías y una agresiva política de captación de clientes.

Un estudio publicado por la revista Expansión en 2003 con datos de ICEA (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones) revela que los servicios de salud alcanzaron en 2003 un volumen de primas de 3.624 millones de euros y preveen crecimientos anuales de un 10 %. Como datos relevantes refiere que hay más de cinco millones de personas con cobertura sanitaria privada; que la situación no es homogénea en todo el territorio nacional, concentrando Cataluña el 23 % de las 467 clínicas privadas que existen en España; que el 70 % de los compradores de pólizas de asistencia sanitaria lo hacen como complemento del sistema de salud público; y que fundamentalmente el paciente busca en la sanidad privada una forma de evitar listas de espera, a la vez que un trato personalizado. Los sistemas privados en psiquiatría complementan al sector público, al mismo tiempo que lo descargan, ofreciendo servicios que aquél no puede proveer o le resulta muy costoso, asegurando una mayor privacidad y confidencialidad.

En este contexto asistencial surge la Asociación Española de **Psiquiatría Privada** (ASEPP), en respuesta a la inquietud de un grupo de profesionales de la psiquiatría que ejercen una parte de su actividad profesional en el ámbito de la medicina privada. ASEPP se convierte así en órgano de representación de este colectivo, capaz de entender sus intereses, canalizar iniciativas y desarrollar ámbitos de utilidad común en su desarrollo profesional.

Han transcurrido cuatro años desde su constitución, y la experiencia ha sido difícil pero apasionante. Se han cometido algunos errores, pero también grandes aciertos. El resultado ha sido positivo, lo demuestra nuestra propia supervivencia, en un momento de severa inestabilidad económica y social. Sin duda la fortaleza de una Asociación se mide, no por las veces por las que se cae, sino por las veces por las que se levanta y en esta máxima de voluntad y perseverancia se fundamenta nuestro éxito. ■

Afectuosamente

Salvador Ros

Presidente de la Asociación Española de Psiquiatría Privada

Razones para nacer

Tras varios meses de gestación del proyecto hoy finalmente ve la luz, y está en sus manos para una lectura distendida, la revista **Psiquiatría Privada**, como medio de comunicación oficial de ASEPP. Y recalcamos “en sus manos”, porque en nuestra actividad profesional la lectura (mirada, percepción) y el (con) tacto son imprescindibles. Cuántas veces a lo largo del día damos la mano o acariciamos la espalda, como medio de comunicación, a nuestros pacientes, aquéllos, que probablemente por todo tipo de creencias propias y ajenas acerca de su salud, no reciben apenas ninguna muestra similar **más** durante varios días, **por lo menos**. En una sociedad con poco apego a las sensaciones táctiles de contacto cercano y con una apuesta clara por lo digital e impersonal, nosotros envidamos por la delicadeza del papel como medio de comunicación, que no estamos dispuestos a enterrar.

Psiquiatría Privada nace con unos objetivos a desarrollar. Pretende ser una publicación cuatrimestral que catalice la relación de vínculo con nuestros socios, favoreciendo su comunicación y asociacionismo, poniendo al día las actividades de ASEPP e impulsando su crecimiento cualitativo y cuantitativo. Nuestro ámbito de actuación será España, la promoción y divulgación temática que intentaremos centrar en nuestro país y nuestra gente. Hablaremos de Salud Mental, no exclusivamente de patologías sino de avances y propuestas variadas (lúdicas, históricas, culturales) tan necesarias para mejorar nuestra calidad de vida. Finalmente realizaremos una apuesta clara por la actividad privada en Psiquiatría como complemento indisoluble de la sanidad pública, y ambas con un mismo objetivo: restablecer el bienestar de los (no nuestros) pacientes.

Esperamos cubrir un hueco entre las diferentes ofertas editoriales ya existentes. **Psiquiatría Privada** será una revista de información más que de formación, como las típicas y excelentes al uso, y como una opción distinta para estimular el interés por la salud mental positiva. Intentaremos establecer una interrelación comprometida entre profesionales sanitarios, pacientes y sus familiares, ASEPP y todas aquellas personas implicadas en la Salud Mental generalizada; les daremos lápiz y papel, y prestaremos atención a sus comentarios y vivencias en nuestras páginas para avanzar conjuntamente.

Antes de pasar a explicar con cierto detenimiento los contenidos de la revista, la Junta Directiva de ASEPP, en representación de todos sus asociados, quiere agradecer la colaboración e implicación ofrecida por Laboratorios Esteve que ejerce de patrocinador de la iniciativa y facilita su distribución entre nuestros asociados. En tiempos de cambio, unir esfuerzos de forma comprometida es una estrategia que recomendamos habitualmente para superar con éxito las dificultades cotidianas.

En aras de resultar amena hemos establecido cuatro bloques bien diferenciados en la revista: editorial, científico, humanidades y logístico. En el primer bloque, tanto en su Editorial como en Psiquianálisis expondremos el posicionamiento de ASEPP sobre temas de actualidad concernientes a Salud Mental. En el

bloque científico, en un primer apartado se elaborará un artículo científico a modo de revisión y consenso sobre los temas más habituales en nuestra consulta; en segundo término noticias de actualidad, positivas o preocupantes, en Psiquiatría con una breve referencia y comentario; finalmente, “En la piel del paciente” daremos difusión anónima a un paciente de nuestras consultas explicándonos el curso de su enfermedad. El bloque de humanidades constará de un artículo de recuperación de personajes, instituciones y avances clínicos en psiquiatría; una descripción de un lugar de España, con recomendaciones muy especiales; y finalmente una entrevista de “Contrastes” a dos profesionales de la Psiquiatría con puntos de vista distintos. En el apartado logístico, el más puramente informativo, difundiremos una Agenda de Congresos, mencionaremos las reuniones llevadas a cabo bajo el patrocinio o colaboración de ASEPP, y en el espacio “Interactivos” promoción de las actividades de nuestras secciones y asociados.

Mención especial en este primer número a la Reflexión sobre ASEPP llevada a cabo por nuestro presidente, y una de las “Almas Mater” de nuestra existencia y continuidad, el Dr. Salvador Ros, y a la publicación como recordatorio de nuestro Decálogo.

La revista ya es de todos. Ahora empieza lo más importante: que los objetivos a cumplir, citados inicialmente, sepamos recogerlos, analizarlos, difundirlos y mejorarlos para contribuir a que este proyecto pueda ir madurando adecuadamente, teniendo presente que los procesos iniciales suelen marcar la deriva del funcionamiento a largo plazo. Es por ello que os emplazamos a partir de la sección “Interactivos” de la revista o a través de nuestra página web a hacerla vuestra proactivamente con todo tipo de aportaciones y sugerencias. ■

Consejo Editorial



Motivos para vivir dignamente

Dr. Josep R. Domènech

Dignidad, viene definida como la cualidad de digno, que se comporta con decoro y se hace respetar; también como merecedor de algo, correspondiente, proporcionado al mérito y condición de alguien o algo. Es un concepto que vinculamos indefectiblemente con la persona.

En Psiquiatría casi todo depende de personas: el paciente y su entorno, los profesionales de la salud mental, la sociedad (aún tan temerosa y estigmatizante), y las direcciones técnicas y políticas encargadas de diseñar estrategias de actuación generales o específicamente sanitarias. Resulta fundamental el correcto ensamblaje de todos estos eslabones para no perder fácilmente esta cualidad, que pertenece a todo ser humano independientemente de cualquier característica, o del lugar que ocupe dentro de la sociedad, sino únicamente por ser quien es: persona.

Dignidad. Cualquier persona afecta de una enfermedad, más si es crónica, hemos de dotarla de dignidad, y probablemente los enfermos mentales son los más vulnerables a convivir con esta pérdida. A partir de nuestro primer número de **Psiquiatría Privada** analizaremos la realidad de la salud mental y propondremos alternativas efectivas para su promoción positiva desde el humanismo y la excelencia profesional, que como miembros de ASEPP nos hemos comprometido en nuestro Decálogo.

Podríamos afirmar, sin temor a equivocarnos, que el psiquiatra en general y el psiquiatra privado en particular tiene la suerte de trabajar en aquello que más le gusta. Si preguntáramos, en la intimidad, a los colegas médicos

dedicados a otra especialidad, por qué y cómo fue su elección, probablemente nos contestarían que su opción “era una entre varias”, mientras que entre nosotros, los psiquiatras, figuraba como opción casi exclusiva. Ésta es nuestra fortuna principal, acoplar nuestros objetivos e ideales con nuestra actividad laboral.



La esencia de nuestra profesión.

Si intentamos definir la esencia de nuestra profesión sería de forma sucinta: el poseer los conocimientos y habilidades suficientes para trabajar en el campo de la salud mental y de las enfermedades mentales. Los trastornos mentales siempre han representado un reto científico de amplio espectro. Hace tan solo 60 años, nuestra especialidad se alojaba frecuentemente en ciertos guetos donde pudie-

se pasar desapercibida, con poco consenso para su diagnóstico y sin apenas posibilidades terapéuticas, un enfermo mental lo era para siempre y subsidiario de empeorar. Hoy en día, los trastornos mentales constituyen en la sanidad europea la carga más importante de enfermedad y discapacidad por delante de las enfermedades cardiovasculares y las oncológicas. Y si fuéramos capaces de desempolvar la bola de cristal de nuestra consulta, nos mostraría diáfano que la prevalencia de mala salud mental aumenta con la edad, haciéndose más explícita en los mayores de 65 años, cuyo porcentaje, afortunadamente está incrementándose de manera progresiva.

Los determinantes de la salud y de la enfermedad mental son múltiples e interdependientes, debiéndose contemplar los contextos biológico, psicológico y social,

“ La mayoría de los trastornos mentales no son graves, e incluso en estos casos, se dispone actualmente de medidas terapéuticas y de rehabilitación claramente efectivas. ”

para poderlos abordar de manera resolutiva. Actualmente aún sostenemos, y no nos cansamos de repetir en cualquier foro, que los trastornos mentales están claramente infradiagnosticados y con un déficit acusado para el acceso a los recursos necesarios. Más de la mitad de las personas que precisan tratamiento no lo reciben y para un porcentaje significativo de quienes sí lo reciben no es el adecuado.

Datos epidemiológicos. Recordemos brevemente algunos datos epidemiológicos perfectamente contrastados: los trastornos mentales serán la primera causa mundial de discapacidad según la OMS en el horizonte del 2020; la enfermedad mental comprometerá, a lo largo de su vida, al 25 % de la población de nuestro país; es la única patología en la que no se ha producido regresión alguna en sus tasas de morbilidad y mortalidad; se asocia a un sufrimiento terrible tanto en quien la padece como en su entorno; la repercusión en el funcionalismo es muy amplia, asociándose a deterioro notable en las esferas personal, social, familiar y laboral; son enfermedades responsables de un incremento de mortalidad prematura (suicidios, adicciones, conductas de riesgo y empeoramiento de patologías somáticas); conllevan un retraso en su diagnóstico por factores diversos (paciente, profesionales de la salud o sistema sanitario). Si a estas consideraciones sumamos su distanciamiento

histórico de la investigación científica y terapéutica, llegando incluso hasta nuestros días ya que sólo un 2 % de la investigación biomédica se destina a psiquiatría, el panorama puede resultar desalentador.

Pero nada más lejos de nuestro objetivo y compromiso. La mayoría de los trastornos mentales no son graves, e incluso en estos casos, se dispone actualmente de medidas terapéuticas y de rehabilitación claramente efectivas. En cuanto a los psiquiatras españoles, aunque tengamos una tasa por habitantes baja en comparación con otras especialidades y países europeos, gozamos de un prestigio creciente, ganado a pulso, tanto en el campo clínico como en el de la investigación científica.

Nuestro objetivo. Desde la **Psiquiatría Privada** española en general, un colectivo de alrededor de 1.500 profesionales que atienden más del 35 % de la demanda asistencial, y desde la ASEPP (apuesta de presente y de futuro, en continuo desarrollo) nuestro objetivo primordial es prestar una asistencia médica especializada de calidad, basada en los principios de valores éticos y conocimientos científicos contrastados, así como participar de forma proactiva en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Y es por ello que continuaremos alzando nuestra voz para ser copartícipes, con todos aquellos que padecen de humanismo, de un futuro mentalmente mejor. ■

“ Podríamos afirmar, sin temor a equivocarnos, que el psiquiatra en general y el psiquiatra privado en particular tiene la suerte de trabajar en aquello que más le gusta. ”

Trastornos Afectivos – Diabetes: ¿Existe una relación bidireccional?

Dra. Laura Ferrando

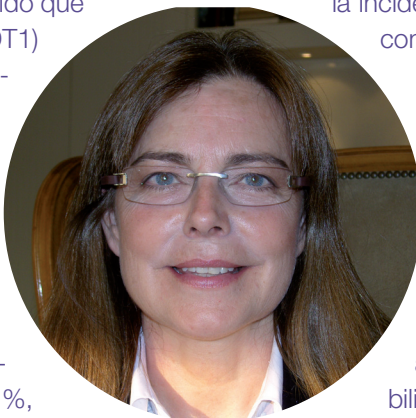
Doctora en Medicina – Psiquiatra
Instituto IAP, Madrid

Los datos de los que disponemos indican que las personas con Trastornos Afectivos, tanto unipolares como bipolares presentan mayor riesgo de desarrollar Diabetes Tipo 2 (DT2), que la población general; en sentido inverso, también, se ha referido que las personas con Diabetes Tipo 1 (DT1) y DT2 muestran mayor riesgo de desarrollar algún Trastorno Depresivo.

Efectivamente el riesgo de desarrollar DT2 en personas con Trastorno Bipolar resulta 3 veces superior al de la población general, mientras que en personas con Trastornos Depresivos Unipolares el incremento del riesgo, según diferentes autores va desde el 37 al 60%, llegando al 65% en personas mayores de 55 años. Los Trastornos Afectivos, además, están relacionados con el incremento de las complicaciones inherentes a la enfermedad diabética tanto Tipo 1 como Tipo 2

A la inversa, los datos sobre el riesgo de desarrollar Trastornos Afectivos en personas con DT1 no son concluyentes, aunque algunos estudios indican que podría ser hasta 3 veces superior al de la población general. Entre las personas con DT2, se ha observado un incremento en el riesgo de padecer Trastornos Depresivos que va desde el 15% hasta 2 veces el de la población general y que este incremento incidiría más

en mujeres. Estos datos se basan en estudios en los que sólo se evaluaron síntomas depresivos, con criterios heterogéneos, por lo que deben considerarse con precaución. Tampoco aparecen datos concluyentes sobre la incidencia del Trastorno Bipolar en personas con DT2.



Algunos autores plantean, que la Diabetes no induce Trastornos Afectivos, si no que son las personas con Trastornos Afectivos las que desarrollan con frecuencia DT2 y por eso entre los diabéticos se encuentra una prevalencia superior de Trastornos Afectivos.

En cualquier caso, es evidente que ambos trastornos presentan una comorbilidad elevada. Para explicar su relación y si ésta es bidireccional, se han sugerido distintas hipótesis, basadas en factores psicosociales, farmacológicos y biológicos.

Factores Psicosociales. Las personas con Trastornos Afectivos presentan dificultades para mantener sus cuidados auto-personales, ésto incluye alteraciones en la dieta, falta de ejercicio, consumo excesivo de sustancias psicoactivas, sobre todo tabaco y alcohol y falta de adherencia a las pautas terapéuticas. Todas estas conductas pueden derivar en que estos pacientes desarrollen alteraciones en el metabolismo de la glucosa.

En sentido contrario, la Diabetes es una enfermedad crónica, lo que implica un estigma al que las personas que la padecen deben enfrentarse, pero además, su evolución, su tratamiento y las complicaciones en las que deriva, disminuyen inevitablemente, en mayor o menor medida, su calidad de vida; todo ello puede incrementar el riesgo de desarrollar procesos depresivos en pacientes diabéticos. Sin embargo, los datos de algunos estudios, en pacientes con alto riesgo de desarrollar DT2, indicando un incremento de la prevalencia de Trastornos Afectivos, antes de que el paciente desarrolle la enfermedad, contradicen esta hipótesis.

Factores Farmacológicos. En personas con Trastornos Afectivos, resulta imprescindible considerar los efectos de los fármacos que se utilizan en su tratamiento, como un factor de riesgo en el desarrollo de DT2, ya que algunos de ellos, han demostrado sus efectos negativos sobre el metabolismo de la glucosa.

Los antidepresivos, en función de su mecanismo de acción, pueden resultar beneficiosos o perjudiciales. Todos los antipsicóticos de nueva generación, resultan perjudiciales, en mayor o menor medida. Los reguladores del humor pueden potenciar los efectos negativos de los antipsicóticos y algunos de ellos inducen aumento de peso

Una reciente revisión sistemática (Hennings y cols. 2012), que analiza el efecto de diversos antidepresivos sobre el metabolismo de la glucosa, a través de estudios referidos en Medline, desde 1960 hasta 2011, deduce lo siguiente (Tabla 1):

- Los Inhibidores de la Mono-amino-oxidasa –**MAO**– inducen una disminución de los niveles de glucosa en pacientes depresivos que responden al tratamiento. Estos efectos no quedan claros en los pacientes que no responden al tratamiento.
- Los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina –**ISRS**– demuestran efectos beneficiosos sobre el metabolismo de la glucosa. Se hallaron evidencias con Citalopram, Sertralina, Paroxetina (solo en pacientes depresivos que respondieron al tratamiento) y sobre todo con Fluoxetina
- Los antidepresivos Tricíclicos –**ATC**– los Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina

Tabla 1

Tipo AD	Acción
IMAO: Isocarboxácida, Iprónazida, Fenelcína, Nialamida	positiva
ATC: Amitriptilina, Imipramina, Clomipramina	sin datos concluyentes
IRN: Mianserina, Maprotilina, Nortriptilina	negativa
ISRS: Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina	positiva
IRSN: Venlafaxina, Duloxetina	sin datos concluyentes
Otros: Bupropión, Mirtazapina	sin datos concluyentes

Tabla 2

Antipsicótico	Hiperglicemia	Aumento peso
Asenapina	+	+
Aripiprazol	-	+
Clozapina	+++	+++
Haloperidol	-	-
Olanzapina	+++	+++
Quetiapina	++	++
Risperidona	++	++
Ziprasidona	-	+

Tabla 3

Regulador	Hiperglicemia	Aumento peso
Carbamazepina	-	¿?
Lamotrigina	-	-
Sales de Litio	+ (transitoria)	+
Valproato	-	+

–**IRSN**– y otros antidepresivos como Bupropión y Mirtazapina no reúnen datos concluyentes.

- Los Inhibidores de la Recaptación de Noradrenalina –**IRN**– demostraron efectos negativos sobre el metabolismo de la glucosa

Un reciente estudio (Abrahamian y cols. 2012), en el que se observó el efecto de Milnacipran (**IRSN**) en tratamiento combinado con Metformina (antidiabético), en

“ Algunos autores plantean, que la Diabetes no induce Trastornos Afectivos, si no que son las personas con Trastornos Afectivos las que desarrollan con frecuencia DT2. ”

pacientes diabéticos con depresión, indica que los que respondieron al tratamiento antidepresivo mejoraron sus niveles de glicemia respecto al grupo control.

En cuanto a los antipsicóticos (Tabla 2), son numerosos los estudios que han observado su acción sobre el metabolismo de la glucosa.

Todos los antipsicóticos de nueva generación, en mayor o menor medida, presentan efectos negativos; por inducir hiperglicemia, por inducir aumento de peso, que puede incrementarse por la combinación con reguladores del humor, o por ambas cosas. Los que provocan más alteraciones en la homeostasis de la glucosa son Clozapina y Olanzapina, seguidos por Risperidona, Quetiapina y Asenapina. Aripiprazol y Ziprasidona son los que muestran menores efectos.

Se ha recomendado el uso de Metformina para contrarrestar los efectos negativos, de estos antipsicóticos, sobre el metabolismo de la glucosa. Al parecer, resulta más eficaz en los pacientes más jóvenes y cuanto antes se utiliza. En personas de alto riesgo y de edades más avanzadas, las modificaciones del estilo de vida.

Entre los neurolépticos clásicos, la evidencia indica que Haloperidol no induce alteraciones en el metabolismo de la glucosa.

Los Reguladores del Humor (Tabla 3), no provocan efectos sobre los niveles plasmáticos de glucosa, excepto las Sales de Litio que producen una hiperglicemia transitoria. Las Sales de Litio y los derivados valproicos inducen aumento de peso, Lamotrigina no presenta este efecto, y los datos sobre Carbamazepina no resultan concluyentes.

Factores Biológicos. Según los datos de los que disponemos actualmente, los cambios bioquímicos asociados a los procesos depresivos (Fig. 1) provocan una cascada de efectos neuroendocrinos que puede inducir el desarrollo de Diabetes.

Se ha demostrado que los procesos depresivos conllevan un aumento de la actividad del eje Hipotálamo-Hipofisario-Adrenal (HHA) y del Sistema Nervio-

so Simpático (SNS). La activación del SNS, a su vez, provoca el incremento de la producción de citocinas pro-inflamatorias.

La activación del eje HHA determina el aumento de la liberación de cortisol, que favorece el aumento de la producción de glucosa, lipólisis y liberación de ácidos grasos libres, induciendo insulino-resistencia. La exposición prolongada a cortisol produce adiposidad visceral, dislipidemia, hipertensión arterial e insulino-resistencia, factores predictores del desarrollo de Diabetes Tipo 2.

La estimulación del SNS está asociada al incremento de catecolaminas y por consiguiente, a la alteración de las respuestas cardiovasculares al estrés. La frecuencia cardíaca elevada, en estado de reposo, se asocia a hipertensión, obesidad e insulino-resistencia.

Asimismo, la estimulación del SNS induce la liberación de la Interleucina 6 (IL-6), una potente citocina que induce un incremento de la Proteína C Reactiva (PCR), más acusado en mujeres, y estimula la cascada inflamatoria. Es decir, existe una relación entre depresión y procesos inflamatorios basada en marcadores biológicos: IL-6 y PCR.

El aumento de citocinas pro-inflamatorias induce, también, insulino-resistencia, por lo que se asocia a cambios endocrinos y al desarrollo de Diabetes Tipo 2.

En cuanto al Trastorno Bipolar, las hipótesis más recientes lo consideran una enfermedad inflamatoria multisistémica que compartiría mecanismos biológicos comunes con Enfermedades Cardiovasculares, Obesidad, Síndrome Metabólico y Diabetes. En este sentido, se ha sugerido que el Litio actuaría como un modulador inflamatorio.

El hecho de que las personas que han padecido procesos maníacos o hipo-maníacos presenten un riesgo

“ Los datos de los que disponemos indican que la relación entre Trastornos Afectivos y Diabetes parece tener un claro fundamento biológico, al que pueden añadirse factores psicosociales y farmacológicos. ”

entre 2,5 a 3 veces superior, respecto a la población general de padecer enfermedades vasculares refuerza estas hipótesis.

En sentido inverso, se ha constatado que las personas con Diabetes presentan alteraciones en los niveles plasmáticos de cortisol y trastornos en las respuestas cardiovasculares que inducen hipertensión, obesidad e insulino-resistencia. Asimismo, la Diabetes está asociada al aumento de IL-6 y CRP. Todos estos datos sugieren que Inflamación, Síndrome Metabólico y Diabetes son alteraciones estrechamente relacionadas.

Por otra parte, el Patrón de Dieta Mediterránea (PDM) (Fig. 2), asociado desde hace tiempo a la prevención de DT2 y estrechamente relacionado con la disminución en plasma de IL-6 y PCR, ha demostrado ser un factor de prevención importante en el desarrollo de Depresión. Este hallazgo resulta congruente con la idea de que ambos trastornos comparten mecanismos biológicos comunes.

Conclusiones. Los datos de los que disponemos indican que la relación entre Trastornos Afectivos y Diabetes parece tener un claro fundamento biológico, al que pueden añadirse factores psicosociales y farmacológicos.

Ambos trastornos comparten mecanismos biológicos comunes, por lo que probablemente su relación tenga un sentido bidireccional, pero de momento, los mecanismos biológicos por los que los Trastornos Afectivos inducen Diabetes resultan más evidentes que los mecanismos por los que la Diabetes induce Trastornos Afectivos; así mismo, los datos de comorbilidad de los que disponemos, resultan más concisos entre los pacientes con Trastornos Afectivos que entre los pacientes diabéticos.

Trastornos Afectivos y Diabetes presentan una gran prevalencia en la población mundial. Se trata de enfermedades invalidantes, que pueden llegar a comprometer seriamente la calidad de vida de las personas que las padecen y que inducen además, un alto índice de mortalidad; por eso resultan tan importantes todos los esfuerzos que se realicen, para mejorar su prevención, su detección temprana y su tratamiento. Conocer la relación entre ambos trastornos puede ayudarnos a ello. Se requieren más estudios para poder seguir avanzando en esta dirección.

Figura 1. Esquema de los mecanismos biológicos por los que la Depresión predispone a la Diabetes Tipo 2.

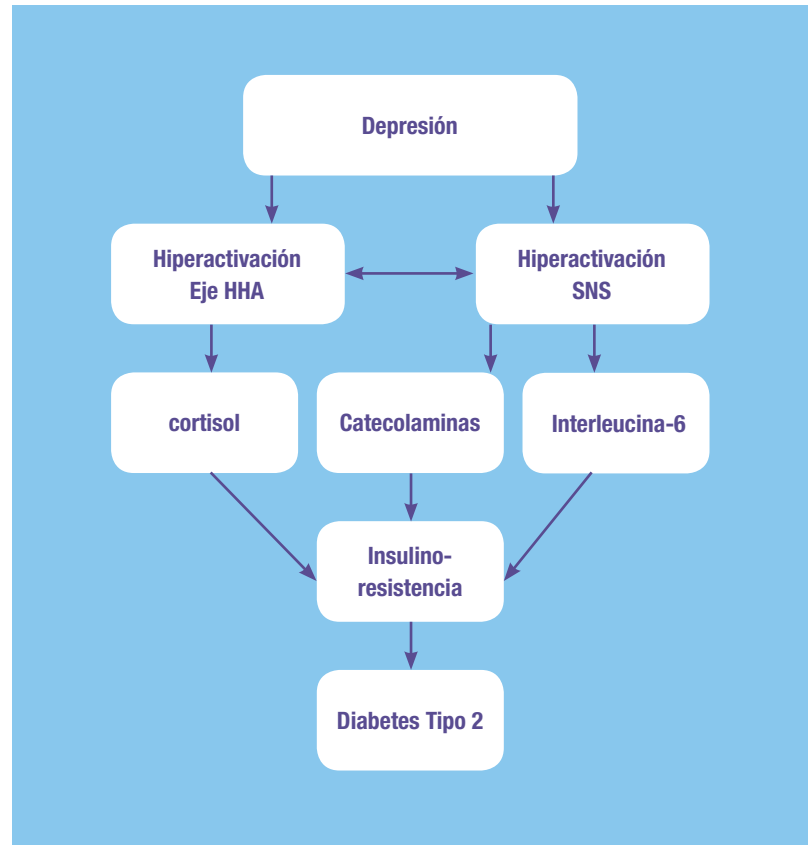
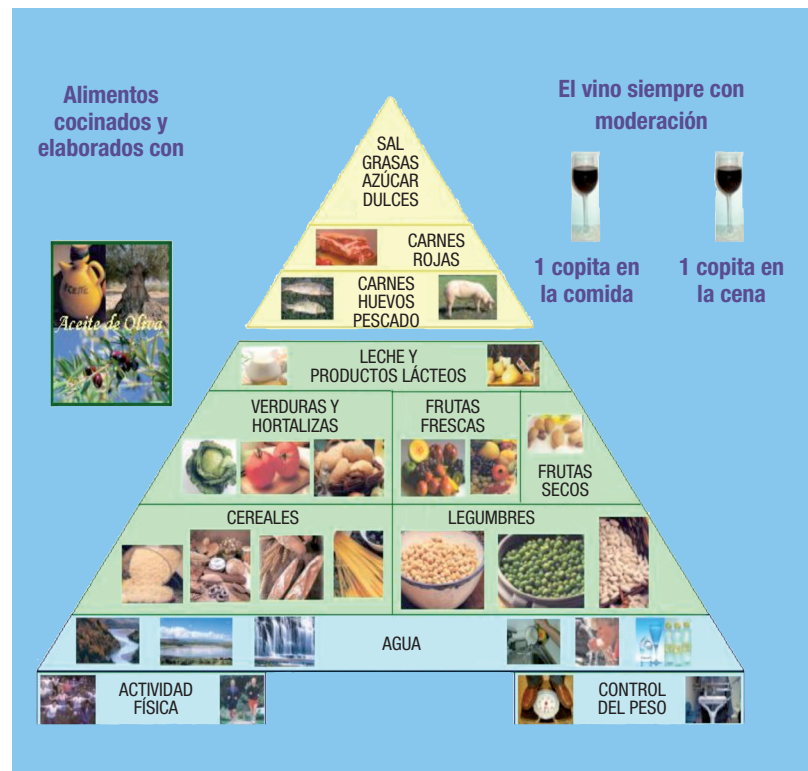


Figura 2. Recomendaciones de hábitos de vida en la prevención de DT2.



Bibliografía consultada

- Abrahamian H., Hofmann P., Kinzl J., Hermann T. *Diabetes mellitus and comorbid depression: improvement of both diseases with milnacipran. A replication study (results of the Austrian Major Depression Diabetes Mellitus study group)* *Neuropsychiatr Dis Treat.* (2012);8:355-60.
- Calkin CV, Gardner DM, Ransom T, Alda M. The relationship between bipolar disorder and type 2 diabetes: More than just comorbid disorders. *Ann Med.* (2012) (doi: 10.3109/07853890-2012-687835)
- Champaneri S., Wand G.S., Malhotra S.S., Casagrande S.S., and Golden S. H., Biological Basis of Depression in Adults with Diabetes *Curr Diab Rep* (2010) 10:396–405
- Fiedorowicz JG, Miller DD, Bishop JR, Calarge CA, Ellingrod VL, Haynes WG. Systematic Review and Meta-analysis of Pharmacological Interventions for Weight Gain from Antipsychotics and Mood Stabilizers. *Curr Psychiatry* (.2012) 1;8(1):25-36.
- Gonzalez JM, Thompson PM., and Moore TA, Review of the safety, efficacy, and side effect profile of asenapine in the treatment of bipolar 1 disorder. *Patient Prefer Adherence.* (2011); 5: 333–341
- Hasnain M, Vieweg V, Fredrickson S, Metformin for Atypical Antipsychotic-Induced Weight Gain And Glucose Metabolism Dysregulation: Review of the Literature and Clinical Suggestion, *CNS Drugs* (2010) 24(3):193-206
- Hennings JM, Schaaf L, Fulda S., Glucose metabolism and antidepressant medication. *Curr Pharm Des.* (2012) 18, 5900-5919
- Johnson B., Eiser C, Young V, Brierley S, Heller S. *Prevalence of depression among young people with Type 1 diabetes: a systematic review* (2012) 14, 1464-5491.
- Leboyer M., and Kupfer D J. Bipolar disorder: new perspectives in health care and prevention *J Clin Psychiatry.* (2010); 71 (12): 1689–1695.
- Leboyer M, Soreca I, Scott J, Frye M, Henry C, Tamouza R, Kupfer DJ. Can bipolar disorder be viewed as a multi-system inflammatory disease?. *J Affect Disord.* (2012);141(1):1-10.
- Mezuk B., Eaton WW., Albrecht S., and Golden SH., Depression and Type 2 Diabetes Over the Lifespan *Diabetes Care.* (2008) 31(12): 2383–2390.
- Nihalani N., Schwartz TL., Siddiqui UA and. Megna JL. Obesity and psychotropics., *CNS Neurosci Ther.* (2012);18 (1):57-63.
- Nouwen A., Winkley K., Twisk J., Lloyd C.E., Peyrot M. Ismail K., Pouwer F. and for the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium, Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis, *Diabetologia.* (2010) 53 (12): 2480–2486
- Sanchez-Villegas A, Delgado-Rodriguez M, Alonso A, et al. Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression: University of Navarra Follow-up (SUN) Cohort. *Arch Gen Psychiatry.* (2009);66:1090–1098.
- Shelton RC., Miller AH. Inflammation in depression: is adiposity a cause? *Dialogues Clin Neurosci.* (2011); 13 (1): 41–53
- Ramsey CM., Leoutsakos JM., Mayer LS, Eaton WW. and Lee H B. History of Manic and Hypomanic Episodes and Risk of Incident Cardiovascular Disease: 11.5 year Follow-up from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study *J Affect Disord.* (2010) 125 (1-3): 35–41.
- Renn BN., Feliciano L., Segal DL: The bidirectional relationship of depression and diabetes: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 31 (2011) 1239–1246
- Roy T., Lloyd C. *Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review*, *J. Affect Disord* (2012), 142: S8–S21
- Rummel-Kluge C, Komossa K, Schwarz S, Hunger H, Schmid F, Lobos CA, Kissling W, Davis JM, Leucht S. Head-to-head comparisons of metabolic side effects of second generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res.* (2010);123(2-3):225-33.
- Stuart MJ, Baune BT. *Depression and type 2 diabetes: inflammatory mechanisms of a psychoneuroendocrine comorbidity.* *Neurosci Biobehav Rev.* (2012); 36(1):658-76.
- Vacheron-Trystram MN, Braitman A, Cheref S, Auffray L., [Antipsychotics in bipolar disorders *Encephale.* (2004);30(5):417-24. ■

Diez de oros Diez de bastos

En esta sección aportamos 10 noticias aparecidas en prensa general sobre temas de interés en Psiquiatría. Algunas aportan luz (oros) y otras sombras (bastos), unas referenciadas a estudios aparecidos en revistas de medicina y otras a comentarios personales de profesionales sanitarios. Su lectura debería servir para establecer un criterio, tras un proceso de reflexión personal acerca de una opinión ajena.

«Según la OMS faltan 4 millones de médicos, enfermeras y personal sanitario en el mundo»

Así lo ha manifestado la Dra. Margaret Chan durante su discurso de apertura de la 29ª Conferencia Internacional de la Sociedad Internacional para la Calidad en la Atención de la Salud, entendiéndose que esta escasez podría afectar directamente a la calidad y seguridad de la atención del paciente.

Quizás un incremento en los presupuestos en sanidad y formación continuada podrían revertir esta consideración, más aún teniendo en cuenta la perspectiva de un incremento progresivo de la población mundial y de sus años de vida.

«La depresión puede estar asociada con una deficiencia en la dieta de ácidos grasos omega-3»

Esta hipótesis de los fosfolípidos la hemos evidenciado clínicamente en diferentes tertulias "off the record" entre colegas psiquiatras. Una de las maniobras de potenciación propuestas consiste en añadir productos que contengan este compuesto al tratamiento antidepresivo y observar una mejoría, no sólo de la cognición y ritmo de sueño, sino también del estado de ánimo.

«Los fumadores actuales tuvieron un 33% más de probabilidades de faltar al trabajo que los no fumadores, y se ausentaron una media de 2,7 días adicionales por año»

En un metanálisis de 29 estudios clínicos publicado en *Addiction*, se pusieron en evidencia estos datos

tan significativos. El tabaquismo no sólo comporta ya problemas de salud individuales sino que también su repercusión social, económica y laboral es claramente manifiesta.

«El TDAH en adultos todavía está infradiagnosticado; más del 50% de los niños que lo tuvieron mantienen síntomas clínicos en la vida adulta»

Una enfermedad de contrastada base biológica y que ha demostrado su persistencia en adultos con: problemas de atención y memoria, problemas de organización y priorización, dificultades en la resolución de problemas, impulsividad, inquietud. Suelen acompañarse de trastornos de ansiedad, afectivos, del sueño y otros asociados a un déficit en el control de los impulsos, que pueden enmascarar su existencia. Pensar en esta entidad repasando su historia previa, y ofrecer un tratamiento global (con estimulantes y psicoterapia) pueden contribuir a mejorar notablemente su curso evolutivo.

«El estigma es el principal obstáculo para la recuperación de personas con enfermedad mental»

Esta noticia de finales de Noviembre de 2012 podría estar fechada 50 años atrás. Es un claro indicador del camino que resta por recorrer, y en el que desde ASEPP nos implicamos totalmente y ponemos nuestros esfuerzos al servicio de toda la sociedad. Estas evidencias colman de sentido la aparición de nuestra revista.

«La crisis agrava los trastornos depresivos y de ansiedad, pero los expertos constatan que en los últimos años ha descendido el número de pacientes con enfermedad mental que acuden a las consultas»

Quizás se hayan incrementado el total de pacientes afectados, pero no las visitas realizadas. Encontrar explicaciones suficientes es complejo, pero podemos apuntar algunas: el incremento en el tiempo de citación para visitas sucesivas, la disminución de los servicios globales psiquiátricos ofertados o la disminución del número total de bajas y su duración por la precariedad laboral.

«España, líder de la UE en consumo de cocaína y cannabis»

En el “Informe anual 2012: el problema de la drogadicción en Europa”, recientemente publicado por el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías, se constata que España junto con Reino Unido, Italia, Dinamarca y la República Checa, ocupa los primeros lugares en el consumo de cocaína y cannabis a nivel europeo. Lideramos el consumo de cannabis entre jóvenes de 15-24 años en el último año, con un 23.9% de esta población. En referencia al consumo de cocaína ocupamos el primer lugar en todos los grupos de edad establecidos, así como en cuanto a todos los períodos de consumo: a lo largo de la vida (13.6%), durante el último año (4.4%) y durante el último mes (2.0%).

En todo caso, el informe señala que el consumo de cocaína tocó techo en los años 2008-2009.

«El 30% de los españoles sufre algún problema del sueño»

Ya nos hablaba Calderón de la Barca en “La vida es sueño”, acerca de la confrontación entre la libertad y el destino. El insomnio es uno de los principales motivos de consulta actuales, ya sea como síntoma único o formando parte de muchos trastornos psiquiátricos. Al margen de la buena higiene del sueño, continuamos esperando alguna molécula efectiva y sin demasiados efectos adversos.

«Más depresión en la menopausia»

Sí que se ha apreciado un incremento durante la perimenopausia y su duración por las alteraciones hormonales asociadas, de la misma forma que lo haría en el

síndrome premenstrual. En las mujeres menopáusicas no suele valorarse tal evidencia excepto si han existido trastornos del estado de ánimo anteriores o alteraciones vinculadas a momentos críticos de sus ciclos reproductivos.

«La medicación excesiva es la cuarta causa de mortalidad en España y en Europa por detrás del IAM, Ictus y Cáncer»

“Los nuevos medicamentos que salen al mercado son más inseguros y uno de cada 5 acaba siendo retirado por su toxicidad. España es el primer consumidor mundial de psicofármacos y uno de los primeros en antipsicóticos. Vivimos en una sociedad muy medicalizada y en la que las personas acuden al médico sin tener una enfermedad o presionadas por la sociedad, para tratar una calvicie, la timidez o prevenir la osteoporosis, que son cosas que no se arreglan medicándose”.

¿Se está acusando a los médicos de mala praxis promoviendo y recetando medicamentos inútiles y tóxicos?

¿Alguien cree que Paliperidona es más toxica que Tioridazina?. ¿Alguien puede considerar que Escitalopram es más cardiotoxico que Amitriptilina?

Hasta ahora desconocíamos que existiera alguna indicación para el tratamiento de la timidez. Sí que existe para un trastorno de ansiedad grave e invalidante como es la Fobia Social Generalizada y en la que distintos fármacos han probado suficientemente su eficacia. ■



El final de la culpa

La primera vez que me sentí extraño fue en 1º de BUP. Recuerdo que empecé a notar una aguda melancolía, de repente, de forma inesperada. Fue de un día para otro. Me notaba como fuera de sitio, con un vertiginoso deseo de que acabaran las clases para refugiarme en casa. Pese a tener amigos me sentía solo. Pese a tener razones para estar bien me sentía triste. Creo que esa situación no duró más de 15 días, y pienso que de haber durado más yo lo recordaría, por lo inusual de ese estado de ánimo.

En aquellos años pensé que todo se debía a mi proceso de adaptación al Instituto, pero está claro que era el germen de lo que más adelante serían mis depresiones. Los siguientes tres años de mi ciclo de Secundaria fueron absolutamente dichosos, conocí grandes amigos y tuve mi primera novia. Nada parecido a aquella tristeza volvió a presentarse en aquellos años de adolescencia.

El siguiente tropezón ocurre en la universidad, a mis 21 años. No pude entrar en un primer intento a la facultad que deseaba, así que perdí un curso y tuve que intentarlo al año siguiente. En esta ocasión lo conseguí. Fueron pasando las semanas y aquello no acababa de

convencerme. Empecé a desmotivarme. Lo que yo pensaba que sería no lo era. Y entonces empecé, después de varios años, a sentirme de nuevo extraño. Faltaba a clase, y paulatinamente se apoderaban de mí sentimientos negativos, de fracaso, de culpa, de gran tristeza... una vez más de repente, sin avisar. Era una situación que provocaba gran zozobra. Anulaba tanto mi energía que no podía ni tan siquiera pensar que tenía una enfermedad y que se podía luchar contra ella. En aquel momento fue cuando me reconocí a mí mismo: "Estoy deprimido".

Pánico. Estando así no deseaba visitar a mis amigos. No deseaba que me vieran en ese estado, tan decaído. Tenía pánico a que me notaran que no era el mismo de antes. Y ahí comienza a nacer una conducta huidiza: "Me esconderé hasta que haya pasado todo", parecía pensar. Los amigos, claro, estaban desconcertados. ¿Cómo era posible que yo, normalmente tan ingenioso, tan creativo, tan locuaz, coleccionara ahora silencios y olvidara qué se hace para sonreír? Mis padres, por su parte, no entendían nada pero no pedían explicaciones de esos cam-

bios, excepto cuando la situación era tan evidente que originaba tensiones al comprobar, por ejemplo, que tenía una llamada y me negaba a atenderla, o que tenía un compromiso burocrático a las 11 de la mañana y a las 2 de la tarde aún estaba en la cama. En esos momentos uno piensa... "si pudiera desaparecer..." Es sólo un pensamiento, pero uno lo crea y existe. Y da miedo.

Con la excusa de una oferta de trabajo que no podía rechazar, dejé la universidad. El trabajo era dentro del mundo del arte, dentro de un equipo que lideraban personas que yo admiraba desde hacía muchos años. Mi ilusión era tremenda aunque el sueldo fuera pequeño.



«Recuerdo que empecé a notar una aguda melancolía, de repente, de forma inesperada. Fue de un día para otro.»

«El trabajo, que meses atrás era como un sueño y me hacía sentir realmente afortunado, ahora representaba una carga insoportable.»

No había pasado ni un año desde la última vez y el temido cuadro depresivo volvió a aparecer. El trabajo, que meses atrás era como un sueño y me hacía sentir realmente afortunado, ahora representaba una carga insoportable. Estaba decidido a dejar el mundo laboral. Las ocho horas de trabajo en aquellas condiciones eran una tortura. La ansiedad me devoraba y por las noches dormía muy mal. Todo aquello era un infierno.

Durante varios años la situación continuó repitiéndose de forma cíclica. Pasaba ocho o nueve meses bien, y tres o cuatro deprimido. Mientras me sentía en perfecto estado, no pensaba en absoluto que la depresión podía volver a presentarse. Curiosamente otros sí lo tenían en cuenta. Recuerdo que quería apuntarme a un cursillo que me interesaba mucho, pero como era caro pedí ayuda a mis padres. Me contestaron que meditara bien

lo que quería hacer, pensando que podía volver a desanimarme como ya había sucedido antes, y qué sería entonces del cursillo. Esa posibilidad era algo en lo que yo no pensaba nunca, hasta que de nuevo estaba en el ojo del huracán.

Vida desordenada. Esa repetición anual también comenzaba a cambiarme el carácter. Si tuviera que retratarme a grandes trazos, diría que yo era una persona con inquietudes creativas, realizaba trabajos en varias de las bellas artes, y en el mundo audiovisual. Me gustaba mucho la música, el cine, los cómics... y en todas mis opiniones era vital, apasionado, muy hablador, sensible... Ése era yo a los 23 años. Sin embargo con el paso de los años me estaba volviendo demasiado apasionado, demasiado hablador, excesivamente vital... Lo vivía todo a borbotones, y empecé a llevar una vida desordenada. En mi ignorancia yo desconocía lo que me estaba pasando, y muchos años después, sometiéndome a psicoanálisis, descubrí que yo tenía un principio de bipolaridad. Podría decir que vivía en una euforia moderada... Eso era algo terrible, porque quería decir que estaba mal también cuando estaba bien.

El trabajo se adaptó a mí. Empecé a aceptar encargos como 'free lance'. Ésa era la única manera de compaginar actividad laboral y la enfermedad que sufría. Visto todo desde el presente en 2012 me pregunto por qué

no fui al médico. La respuesta la he dado un poco más arriba: yo vivía la vida sin pensar en el sufrimiento que esporádicamente padecía. No hacía previsiones de que todo volvería a comenzar. No era consciente de ello. A cada ciclo yo pensaba que sería el último. Pero nunca era así. Y la vida fue avanzando. A los 29 años la caída fue más fuerte que nunca. Unos amigos con los que trabajaba me abandonaron y tuve que rechazar una inesperada oferta de trabajo al quedarme solo. Era una oferta de las que se presentan pocas veces en la vida y vi que se me iba a escapar de las manos. Me quedé sin energía alguna, y tuve incluso que abandonar mi actividad 'free lance', porque ahora el abismo era más profundo que nunca. Me sentía solo y fracasado. Durante días apenas salía de la cama. Estaba viviendo una baja autoimpuesta, y mi vida era la de un enfermo. Era una baja sin prescripción médica y sin tratamiento farmacológico. Yo veía el sufrimiento de mi familia al verme tan desvalido. En medio de todo esto mi padre desarrolló un mal incurable y falleció. Las cosas no podían ir peor.

Nuevas etapas. Mi hermana mayor empezó a preocuparse seriamente, viendo cómo periódicamente la depresión me visitaba. Conocía a un psicoanalista por temas de docencia y me puso en sus manos. Empezó así un período sometido a terapia. En un principio fue un proceso interesante en el que la inmersión en



mi propio yo me llevó, por ejemplo, a descubrir alguna depresión en la biografía de mi padre. A la larga el asunto no funcionó. No acababa de creerme ni el rol ni los recursos que se reservaba el terapeuta. No pude asumir que sus altos honorarios formasen parte de mi curación, argumentandome que mis esfuerzos económicos por ir a visitarle eran una pieza esencial para encontrar una solución. Una posición tan interesada no se sostenía.

Tras una mala etapa llegó una buena. Nuevas amistades me ofrecieron trabajo y nuevos proyectos, y en ellos me metí de cabeza. El nuevo trabajo era de gran responsabilidad y estaba bien pagado. Además me ofrecía una gran proyección hacia el futuro. Ahora tenía 30 años y la fortuna me sonreía. En el terreno sentimental todo funcionaba perfectamente, e incluso empecé a hablar de matrimonio. Viví una etapa de grandes experiencias, pero el tiempo como siempre, fue pasando en mi contra. En esta ocasión mi hermana me acompañó a un psiquiatra, hablamos y por primera vez empecé a medicarme. Quiero en este punto hacer una reflexión sobre la familia, sobre mi hermana. No sé cómo habría acabado yo sin su ayuda. Ella me rescató en situaciones muy difíciles y me buscó una salvación. Por nosotros mismos, inmersos en la depresión, no podemos hacer nada, estamos completamente desvalidos, sin recursos, sin un triste pensamiento positivo que llevarnos a la mente. Y nos de-

jamos caer, porque cuanto peor mejor. Pero estamos equivocados, afortunadamente.

Medicación. Como decía, llegué a la medicación. Un antidepresivo como Motivan y un ciclotímico como Plenur. Como todo enfermo, me hice un experto en la materia de mi dolencia. Todos los artículos me interesaban y lo leía todo. Llegué al tema de los neurotransmisores y me convencí de que sobre todo mis problemas eran una cuestión de la química de mi cuerpo. Diferentes alteraciones afectaban a los reguladores del ánimo, y el mío había estado muy afectado. Si a los 20 años hubiese sido consciente de esto, cuánto sufrimiento me hubiese ahorrado... Como bien sabemos, en la depresión hay un gran, un enorme sentimiento de culpa, empezamos a tener una conducta huidiza, nos escondemos y sentimos la culpa... Yo, con el tiempo me he liberado de ella, y creo que durante aquellos años no pude hacer más de lo que hice. Mi vida hubiera sido distinta sin la compañía de la depresión, pero mi voluntad no ha podido hacer absolutamente nada para que las cosas fueran de otro modo. Para resumir, no hemos de avergonzarnos de nada.

Ahora hace 20 años que empecé a medicarme. Desde entonces la normalidad ha sido la definición de mi ánimo. 20 años de estabilidad, sólo rota en dos ocasiones en que mi médico y yo decidimos bajar la



dosis de la medicación. En todos estos años he recuperado la estabilidad que siempre he deseado. He encontrado a muchas personas en diferentes circunstancias, que han pasado por lo mismo que yo, por lo que he podido comprobar que éste es un mal muy extendido, pero al mismo tiempo más controlado. He visto también que muchas de esas personas comparten su experiencia sin miedo, con la conciencia muy clara. A mí me costó mucho realizar ese tipo de confidencia a alguien, un amigo que a su vez me confesó que padecía de ansiedad. Compartir el dolor me ha ayudado enormemente.

En estos 20 años he encarrilado mi vida laboral con un trabajo que me llena. Conocí a mi mujer y tengo una hija preciosa. Volví a estudiar. Ahora cuento cada año que pasa como un triunfo al poder paladear la vida con toda su riqueza, y espero el futuro con la ilusión de un nuevo escenario en el que realizar algunos sueños queridos. ■

«En estos 20 años he encarrilado mi vida laboral con un trabajo que me llena. Conocí a mi mujer y tengo una hija preciosa. Volví a estudiar.»

Historia de Esteve

Cuando el Premio Nobel de Medicina Alexander Fleming visitó España en 1948, entre el grupo de personalidades que pidió conocer figuraba el Dr. Antoni Esteve. En 1944 aquel director de un pequeño laboratorio farmacéutico, en el contexto de un país hundido y sólo contando con un reducido equipamiento técnico, había sido capaz de fabricar penicilina.

Antoni Esteve i Subirana (1903-1979) provenía de una saga de farmacéuticos, cuyos orígenes se remontan a 1787, año en que Tomàs Esteve i Gabanyac abrió la primera farmacia en Manresa. Seis generaciones más tarde el Dr. Esteve y la empresa que creó son un buen ejemplo de la evolución de la profesión farmacéutica en Cataluña, de un talante abierto al progreso científico e inquieto en el terreno cultural.

Desde 1929, en el que se hizo cargo del establecimiento, su inquietud investigadora lo llevó a invertir muchas horas de estudio y dedicación para sintetizar y desarrollar productos que hasta aquel momento sólo estaban disponibles en nuestro país gracias a las importaciones. En 1931 consiguió las primeras especialidades vitamínicas modernas en España (vitaminas A y D, en los preparados Esterocal y Esterosol) y en 1937 realizó la síntesis y la producción industrial de la primera sulfamida Amido-Sulfol. Gracias a estos avances en 1944 los Laboratorios Dr. Esteve, registraban la nueva especialidad farmacéutica llamada Leuco-tiazol. En 1954, diez años después de la obtención de la mítica penicilina, fue capaz de exportar el primer medicamento íntegramente desarrollado en España, el Antihemorrágico 101, al que le seguiría el Hemo 141. En 1959 las investigaciones en la especialidad de los hemostáticos del Dr. Esteve alcanzaron proyección internacional. El Etamsilato (conocido

en todo el mundo bajo las marcas Dycinone, Dycinene y Altodor) se extendió por Europa, América latina y Japón.

El Dr. Antoni Esteve no sólo destacó como investigador sino también como promotor de la ciencia en nuestro país. Publicó un gran número de trabajos científicos, fruto de la profunda vocación investigadora que sintió a lo largo de toda su vida. Fue nombrado Vicepresidente de la Academia de Ciencias médicas de Cataluña y Baleares y presidente de la Asociación de Farmacología de la Real Academia de Farmacia de Barcelona.

También era un hombre con visión empresarial, como lo demuestran unos cuantos hitos significativos. En 1953 la creación de la división de Salud Animal y en 1966 la puesta en marcha de ESTEVE Química dedicada al desarrollo, la fabricación y la comercialización de principios activos farmacéuticos exportados a todo el mundo. En 1974 tomó la determinación de abarcar otro terreno altamente competitivo: el de la dermofarmacia. Junto con Antonio Puig, S.A. estableció la *joint venture* Laboratorios Isdin, constituida al 50% con este grupo. Actualmente Isdin es líder en su sector y cuenta, entre otros, con un abanico de productos, minoritarios en aquella época, pero imprescindibles en la actualidad: los protectores solares o fotoprotectores. La audacia, visión de futuro y valentía empresarial del Dr. Esteve fueron excepcionales en los tiempos de la fundación de la compañía Isdin.

En aquella misma época adquirió Laboratorios Pen, S.A, dedicados a la comercialización de diversas especialidades farmacéuticas publicitarias.

El año 1979 murió Antoni Esteve i Subirana dejando una empresa que en 1981 era la abanderada del sector farmacéutico español. Había llegado el momento del

relevo generacional. La sexta generación de farmacéuticos de la familia ESTEVE se disponía a continuar el proyecto empresarial. Josep Esteve i Soler sucedió a su padre en la Dirección de la compañía y ocupó la Presidencia del Grupo; acompañado por sus hermanos Joan y Montserrat.

Otros hechos y datos destacables en su evolución son la entrada en funcionamiento, en 1983, de la nueva planta de fabricación de principios activos de ESTEVE Química en Celrà (Girona). En esta planta de química fina de vanguardia se llevan a cabo las últimas fases del proceso de producción, con “salas limpias” que ofrecen una garantía total de calidad dentro de las normas internacionales más exigentes, a la vez que confieren a la actividad un importante valor añadido. En el 2004 se amplió esta planta con la inauguración de nuevas instalaciones productivas.

Consecuencia del impulso empresarial y la pasión por la investigación, el año 1986 ESTEVE fue incluida en el Primer Plan de Fomento de la Investigación en las Industrias farmacéuticas y le fue concedida la calificación de Empresa Excelente. En 1988 se puso en marcha la división dedicada a la comercialización de diversas especialidades farmacéuticas publicitarias u OTC (productos que no necesitan prescripción médica). En 1989 se puso en marcha la división dedicada a la comercialización de productos de uso hospitalario.

En 1992 fue un año decisivo en la internacionalización del Grupo. Se inauguró una planta industrial en México para la producción de principios activos. Este centro en México debía servir de plataforma para el abordaje del mercado único norteamericano (NAFTA) que en aquellos momentos se estaba gestando. Actualmente la compañía mexicana está suministrando producto a toda la zona norteamericana, Europa y al propio país, México.

El mismo año también se inauguró oficialmente la planta farmacéutica de productos acabados, situada en Martorelles (Barcelona), una de las más modernas de Europa y la joya de la corona de la compañía. Cuenta con los más sofisticados procesos de producción gracias a un equipamiento tecnológico de vanguardia.

Un hito importante en la internacionalización del Grupo se produjo el año 2000, cuando se estableció una *joint venture* con el *Huadong Medicine Group*, una de las empresas farmacéuticas líderes en China (*Zhejiang Huayi Pharmaceutical, Co. Ltd*). El éxito conseguido con esta primera iniciativa propició que en 2005, ESTEVE formalizara una nueva *joint venture* en China (*Esteve*

Huayi Pharmaceutical). Estas dos *joint-ventures* se dedican a la producción y comercialización de principios activos tanto para el mercado asiático como el internacional.

ESTEVE, como grupo empresarial, ha sido capaz de crear una sólida estructura comercial en el mercado español, portugués, italiano, y más recientemente turco y alemán y, todavía más, de llegar a todo el mundo, directamente o por medio de licenciarios y distribuidores.

También, además de su desarrollo interno y de la expansión natural en el entorno geográfico próximo, una gran habilidad y perspicacia en el establecimiento de alianzas estratégicas con compañías líderes en el mundo, especialmente en el área de la biotecnología, buscando el desarrollo conjunto de medicamentos adelantados y nuevas moléculas, ha sido el factor determinante en el crecimiento de la Compañía. ESTEVE, desde sus orígenes, ha considerado el desarrollo propio como la principal fuente de crecimiento y de valor añadido del Grupo.

El año 2004, el del 75º aniversario de la fundación de la Empresa, el Grupo obtuvo una serie de reconocimientos públicos que habían empezado en el 2002 con el “Premio Príncipe Felipe a la Competitividad Empresarial” en la categoría de gran empresa, otorgado por los Ministerios de Economía y de Ciencia y Tecnología. La Generalitat de Catalunya le concedió el Premio a la Calidad. ESTEVE recibía el reconocimiento como una de las mejores empresas para trabajar del *Best Place to Work Institute*. Basándose en variables como la credibilidad, el respeto, el trato justo, el orgullo de pertenencia y el compañerismo, se le ha concedido el premio especial de Innovación en Recursos Humanos a la “Mejor Práctica en la Gestión del Aprendizaje”, para el “Proyecto Oz”, que es el programa de formación permanente a todos los empleados de la compañía, situándola en la sexta posición de un ranking que registraba las 100 mejores empresas para trabajar en el Estado español.

El capital humano es parte esencial en esta industria. La investigación ha sido, desde los comienzos de la empresa, uno de los valores básicos al que siempre se han dirigido los mejores esfuer-



zos. El talento individual, del que Antoni Esteve era un ejemplo consumado, puede explicar algunos éxitos en la historia de la ciencia y la tecnología, pero hoy en día el trabajo en equipo se convierte en el factor determinante. El oro del conocimiento que el fundador podía extraer de probetas y alambiques, como los alquimistas que fueron los primeros farmacéuticos, en la actualidad sólo se puede conseguir con la cooperación entre científicos. También la solidaridad es un factor de progreso tan importante como lo puede ser la competencia en el campo de las industrias dedicadas a la salud. ESTEVE forma parte de una extensa red del conocimiento. La compañía colabora no sólo en la ampliación de la formación del conocimiento de su propio personal sino también en universidades e institutos de investigación públicos sin ánimo de lucro.

El compromiso con la ciencia se traduce también con la constitución de la Fundación Dr. Antonio Esteve en 1983 por los hijos del Dr. Antonio Esteve i Subirana para honrar la memoria de su padre. La Fundación opera con total independencia de las empresas de ESTEVE y contempla como objetivo prioritario el estímulo del progreso de la farmacoterapéutica, por medio de la comunicación y la discusión científica. A tal fin, organiza reuniones internacionales multidisciplinarias, donde grupos reducidos de investigadores discuten los resultados de sus trabajos, y que dan lugar a las publicaciones de la colección *ESTEVE Foundation Symposia*.

La apuesta decidida por la ciencia explica el éxito de la empresa. Pero su característica de empresa familiar no sólo no ha sido un obstáculo sino que casi se podría sostener que ha actuado como uno de los

motores de la compañía. Crecer quiere decir investigar en colaboración con otras empresas y centros de conocimiento especializado, para descubrir y comercializar nuevas moléculas y medicamentos de alta complejidad por todo el mundo. Pero todavía hay otro factor que es determinante en la lucha diaria por la supervivencia y la excelencia empresarial. Una de las claves del éxito también ha sido y es el gran equipo humano que, desde la dirección de la compañía, se ha sabido crear, mantener y estimular.

Las raíces de esta empresa son tan poderosas que la nueva savia garantiza un futuro de continuidad al proyecto empresarial iniciado por Antoni Esteve i Subirana, continuado por sus hijos, nietos y con un equipo de profesionales muy identificados con el proyecto. Los objetivos principales de la nueva organización son los mismos que impulsó el fundador y su espíritu sigue vivo en todas las acciones que se llevan a cabo en la compañía. Ellos garantizan que se continuará con la promoción del desarrollo de todo el potencial de ESTEVE, aplicando la innovación a todas las áreas de la organización, fomentando especialmente la I+D farmacéutica y la consolidación a nivel internacional de las actividades de química farmacéutica.

ESTEVE ha demostrado a lo largo de su trayectoria -y lo continúa manifestando en la labor diaria- que es una empresa que trabaja para las personas, poniendo día a día su granito de arena en el ámbito de la salud, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la sociedad en un mundo más saludable. ■



Santander

Dr. José Antonio López Rodríguez

shutterstock

Hola, amigos. Comenzamos esta serie de viajes que espero que sea interesante para todos vosotros y me divierta yo haciéndola. En sus *Ensayos*, Montaigne, uno de los consejos que nos da para vivir bien es viajar, conocer otros mundos, otras culturas, no encerrarnos en nuestras pequeñas miserias diarias y cotidianas. Vamos a intentar hacerle caso.

¿Por qué empiezo por Santander? Bueno, como ya sabéis la mayoría, yo soy de Madrid, pero he elegido Santander porque tengo una gran relación y enganche afectivo con esta ciudad. Aquí tengo una casa y un grupo de buenos amigos.

Vine por primera vez de una manera regular hace 32 años, con motivo del traslado de unos amigos a vivir en esta ciudad. A partir de ahí, estuve viniendo regularmente, hasta que, por fin, compré una casa para vivir en Mogro, un pueblo a 12 km de la capital, y donde se encuentra la desembocadura del río Pas.

La razón fundamental es que pienso que tienen mucho de lo que yo le pediría a mi ciudad ideal: tamaño medio (180.000 habitantes), mar y montaña al alcance de la mano.

Santander no es una ciudad monumental. Su atractivo reside fundamentalmente en su relación con la naturaleza, especialmente en su íntimo contacto con el mar. Se encuentra situada en un enclave majestuoso, con una bahía hermosísima, muy abierta y de amplias perspectivas. La ciudad ha tenido el buen gusto de

facilitar a sus habitantes la interacción con la misma, habilitando un paseo de varios kilómetros en el que se pueden admirar las diferentes capas paisajísticas que se suceden al contemplarla: mar, playa y monte, a las que se añade, con frecuencia, en los meses de invierno, la nieve que corona los montes frente a la ciudad. Este privilegio no es frecuente encontrarlo en una capital y es una verdadera delicia para los ojos. Los últimos kilómetros del paseo, a medida que nos vamos adentrando en la zona del Sardinero, nos presentan una sucesión ininterrumpida de playas: Los Peligros, La Magdalena, Biquini, El Camello, La Concha, El Sardinero I y II, Molinucos y Mataleñas. Pocas ciudades de España pueden presentar semejante desfile de arenas, lo que refuerza la idea de intimidad de Santander con el mar.

En el centro de la ciudad presentan más interés los detalles del quehacer humano que las bellezas urbanísticas: el tráfigo laborioso del mercado de la Esperanza, detrás del Ayuntamiento, más relevante en las mañanas de viernes o sábado, con el bullicio de viandantes, el olor de los frutos del mar, frescos y allí expuestos, y los puestos con productos del interior cántabro (lácteos, carnes, dulces típicos) constituye un espectáculo donde el movimiento humano se presenta de una forma cada vez más cara de ver en nuestras ciudades.

Suele ser costumbre de los habitantes de Santander en horas de aperitivo o antes de la cena salir a tomar



“ Santander no es una ciudad monumental. Su atractivo reside fundamentalmente en su relación con la naturaleza, especialmente en su íntimo contacto con el mar.”

vinos y tapear por el centro, en la Plaza de Pombo y Cañadío (hablaremos después de esto en la sección gastronómica).

La ciudad. Fundada en tiempos romanos, su urbanismo se extiende frente a la Bahía del mismo nombre y la ciudad, en algunos parajes, se convierte en un auténtico mirador hacia el mar. Si ya los romanos utilizaron su bahía para actividades comerciales, en el S. XIV, después de la victoria de Castilla sobre los ingleses, Santander se convierte en la base naval de Castilla en el Atlántico, dotándola de importantes Atarazanas. El siguiente momento de apogeo de la ciudad surge en el S. XVIII, cuando, por orden Real, se constituye el camino de las lanas, que unía a Burgos con Santander, que, de nuevo, vuelve a convertirse en centro comercial marítimo con el norte de Europa y, desde principios del S. XIX, también con los principales puertos americanos. Esta pujanza

económica favoreció el desarrollo de una burguesía acomodada, y también de un urbanismo cuajado de palacetes y villas en algunas zonas. Además, a principios del S. XIX, comenzaron a aprovecharse sus aguas y sus playas, (los llamados “baños de ola”, cuya primera temporada se inauguró en 1856), por lo que la ciudad se convirtió en un selecto lugar de veraneo, llegando a ser, en épocas de Alfonso XIII, el lugar favorito para el descanso estival de la Casa Real. Por ello, no es de extrañar que la ciudad regalara al monarca el edificio del palacio de la Magdalena, como homenaje a quien decidió elegirla como lugar de descanso. A pesar del incendio que sufrió la ciudad en 1941 y que arrasó gran parte de su barrio medieval, ese ambiente de tranquilidad apacible que hizo de Santander un lugar de ocio estival elegante y relajado aún es muy evidente para el viajero del S. XXI.

Lo primero que os aconsejo que hagáis es pasear por el largo paseo marítimo, que se extiende desde la zona más antigua de la ciudad –Paseo Calvo Sotelo, cerca del Ayuntamiento y la Catedral; Puerto Chichosta hasta las playas del Sardinero, frente a las cuales se extienden las antiguas villas de veraneo, rodeadas de jardines, y donde destaca la península de la Magdalena y su original palacio de estilo inglés.

Santander no es una ciudad de grandes monumentos, pero sí tiene algunas arquitecturas interesantes, y



GASTRONOMÍA. Aquí os ofrezco tres posibilidades distintas. En primer lugar, para los aficionados a la nueva cocina, os recomiendo **El Cenador de Amós**, que se encuentra en Villanueva de Pontones, a unos 20 minutos de Santander. Aquí, Jesús Sánchez, en un caserón precioso, hace una fusión perfecta entre la cocina actual y la montañesa.

A los que os guste más la cuestión clásica, os sugiero la **Bodega La Cigaleña**, un clásico donde Andrés Conde, de una forma modesta, amable y cercana, nos da un magisterio continuo en el conocimiento del vino. Conozco pocas personas (y creo que conozco muchas) que sepan tanto de vinos como Andrés. ¡Ah! No olvidéis decir que vais de mi parte: es un buen amigo.

Por último, a los que os guste el tapeo, estáis en vuestra ciudad: vais a encontrar de todo en las calles aledañas a la Plaza de Pombo y Cañadío, con bares que ofrecen barras llenas de pinchos y tapas. Mi favorito: **El Diluvio**.



casi siempre discretas, que encontraréis al paso. Quizás, el primero a destacar sería la Catedral de Nuestra Señora de la Asunción, de estilo gótico y con cierto aspecto de fortaleza, por hallarse muy cercana al mar. Continuando el paseo, el antiguo edificio de Correos, es una muestra del apogeo de la ciudad a principios del S. XX. En la zona de Puerto Chico, además del palacete del Embarcadero, llaman la atención dos edificios realizados en la década de los 30 y que son ejemplo de la mejor arquitectura racionalista: el Club Náutico y el edificio Siboney. Más allá, en dirección al Sardinero, el nuevo Palacio de Festivales, proyectado por Sáenz de Oíza, es un hito de la arquitectura contemporánea.

Si, por el contrario, preferís adentraros por las calles interiores, os llamará la atención el imponente edificio del Banco de Santander, inspirado en las construcciones parisinas del S. XIX, la Plaza Porticada y, con una arquitectura más modesta, pero de mayor sabor, la Plaza de Pombo, donde el Café del mismo nombre, confiere al entorno un ambiente apacible y acogedor. Cercano a la plaza del Ayuntamiento, el Mercado de la Esperanza, del que ya hemos hablado, es un edificio modernista de 1904 que mantiene aún su uso original, por lo que es un espectáculo pasear por sus puestos y disfrutar de su animación. Si, por el contrario, deseáis un rato de recogimiento intelectual, es delicioso visitar la Casa-Museo de Menéndez Pelayo, un lugar tan discreto como interesante y tranquilo. Aún en el centro, junto a la Plaza de Pombo, la Fundación Botín suele ofrecer en sus salas de exposiciones proyectos artísticos interesantes.

A la salida de contemplar la exposición, puede visitarse el edificio contiguo, el Antiguo Mercado del Este, un proyecto pionero de recuperación y modernización de uso de un antiguo mercado en el que hoy abundan los pequeños bares de pinchos y las tiendas gourmet.

Dejando el centro histórico y comercial, merece una visita y un largo paseo el Barrio del Sardinero, una antigua ciudad-balneario fundada a mediados del S. XIX que adquirió su prestigio gracias a los sucesivos veraneos de Isabel II, Amadeo de Saboya y Alfonso XIII. Vale la pena un paseo, aunque sea por el exterior, al Palacio de la Magdalena, construido por suscripción popular como regalo al rey Alfonso XIII y que recuerda, en su estilo inglés, las relaciones especiales que la ciudad ha tenido con las Islas Británicas desde el S. XIX. De hecho, aún hoy, desde el Puerto de Santander zarpa una línea regular de ferries que une esta ciudad con la británica de Portsmouth. El Palacio de la Magdalena es la sede principal de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo que, sobre todo en verano, organiza cursos y foros culturales que animan extraordinariamente el ambiente

“ Altamira tiene el honor de ser el primer lugar en el mundo en el que identificó la existencia de Arte Rupestre del Paleolítico Superior. ”



El río Pas en su desembocadura en Mogro.

de la ciudad. El paseo por el Sardinero debe continuar hacia la Plaza de Italia, con el bello edificio del Casino, en cuyos bajos se encuentra la **Heladería Italiana**, donde degustar un helado y, si os encontráis por la zona a una hora prudente, os recomiendo preguntar por el **Bar Caribe**, donde llevan décadas sirviendo gin tonics espléndidamente preparados, antes de que la bebida se pusiera tan de moda. Visita merece también el Hotel Real, edificio tardomodernista inaugurado en 1917. La caminata por el paseo marítimo, hacia el final de la bahía, finalizará a la altura del Faro de Cabo Mayor.

Excursiones cercanas. Si tenéis interés por conocer los alrededores, probablemente el Museo de Altamira sea uno de los lugares que más vale la pena conocer. Altamira tiene el honor de ser el primer lugar en el mundo en el que identificó la existencia de Arte Rupestre del Paleolítico Superior. Su descubrimiento se debió al cazador Modesto Cubillas, en 1875, quien lo comunicó al paleontólogo Marcelino Sanz de Sautuola, quien visitó la cueva en ese mismo año y comenzó a estudiarla, poniéndola en relación con los hallazgos del Paleolítico en el sur de Francia. La zona más conocida de las cuevas es la zona de los polícromos, donde se hallan los restos de pinturas rupestres de mayor calidad de cuantas conservamos en España. Fue su hija, de ocho años, quien, acompañando a su padre durante una de las visitas de estudio, descubrió esta zona, exclamando la famosa frase “¡Mira, papá: bueyes!”. Las pinturas y grabados que en ella se exhiben han sido datados en el Magdaleniense y el Solutrense y ha sido calificada como “la Capilla Sixtina del Arte Cuaternario”. Los artistas que realizaron estas figuras, aprovecharon las formas de la cueva para dibujar en sus volúmenes las figuras a representar, silueteando en negro las formas para, más adelante, aplicar el color. Parece claro que se sirvieron de la iluminación artificial, es decir, del fuego, utilizando el tuétano como combustible para las lámparas. Los

colores utilizados fueron pigmentos vegetales y carbón aplicados en húmedo. La gran humedad de la cueva ha permitido conservar las pinturas hasta hoy. La teoría más reciente considera que fue un único autor quien ejecutó todas las figuras de la sala central. Aún existen muchas teorías que intentan explicar el significado de estas pinturas: la mayoría de estudiosos les confiere un contenido simbólico, mágico o ceremonial, pero hay quien considera que estamos ante el primer ejemplo de arte puramente estético. La fuerza y belleza de estas pinturas ha inspirado a grandes artistas contemporáneos, desde Picasso, Miró y Tàpies hasta Miquel Barceló. Por motivos de conservación, recientemente se ha construido una réplica de la cueva, que es cuanto se puede visitar. La reproducción ha sido realizada ayudándose de las técnicas de mayor precisión, por lo que la impresión que tiene el visitante es extraordinariamente similar a la sufrida en la cueva original. El edificio que alberga el Museo, realizado por el arquitecto Juan Navarro Baldeweg, surge de manera natural de la colina en cuyo subsuelo se extiende la cueva, creando un entorno especialmente bello de arte y naturaleza. Si el viajero viaja a Cantabria en verano, se recomienda reservar la entrada por Internet. La visita a Altamira debe completarse con un paseo por Santillana del Mar, con su Colegiata del S. XIII y sus calles medievales, de extraordinario tipismo.

Otra sugerencia es recorrer el río Pas desde su desembocadura en Mogro hasta las montañas cercanas. Os recomiendo el paseo, bordeándolo, por su parte oeste, donde además de la belleza os encontraréis uno de mis sitios favoritos, que es el restaurante **Nuevo Paraíso del Pas**, donde en un antiguo molino de agua podéis comer viendo el río pasar por debajo (no os olvidéis pedir la ensalada de tomate de su huerta: única).

Finalmente, os recomendaría la visita al valle de Cabuérniga. Aquí los bosques autóctonos caducifolios presentan una variada paleta de colores, que se despliegan más en otoño con verdes, ocre, marrones y rojizos; el poder observarlo sosegadamente desde una solitaria atalaya, con el hondo silencio salpicado por bramidos de ciervos, nos recuerda que algún tipo de comunicación con la naturaleza todavía es capaz de tocar fibras empolvadas y despertar sensaciones intensas en el urbanícola del S. XXI.

Bueno, colegas, espero que se os haya metido en el cuerpo el deseo de visitar Santander. ■

Introducción a contrastes

Escuchar atentamente e intentar encontrar una buena solución para el malestar son objetivos prioritarios en la labor del Psiquiatra. Aprender de cualquier otro y rechazar la confrontación confiere al ser humano inteligencia y libertad. **Contrastes** pretende preguntar y aprender desde posiciones diversas. En este primer número contamos con la presencia del Profesor Bulbena, veterano insigne, pero con mil proyectos en perspectiva, y la Dra. Patrizi, novel y trabajando al “límite”.

■ BLOQUE PERSONAL

Nombre: Antonio Bulbena Vilarrasa

Edad: 59

Actividad profesional y cargo: Director del Institut de Neuropsiquiatria y Adicciones. Catedrático de Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría. Universitat Autònoma Barcelona.

El mejor año de su vida: Los que pasamos en Cambridge, período en que nacieron mis dos hijos: Alex y Andrea.

De pequeño quería ser: Desde investigador curioso hasta veterinario intenso.

Pasional o racional: 60/40

Comida o cena: 30/70

Su plato más íntimo: Tortilla (casi cruda) de patatas (muy fritas).

Su color preferido: Azul.

Un defecto: Por lo menos la mitad de los pecados capitales.

Planes de Futuro: 1) Consolidar el gran proyecto de mi vida profesional de articular la psiquiatría (y la atención de la salud mental) con la medicina, incluyendo la docencia (universitaria o no) y la investigación. 2) Seguir clínicamente presente para aliviar sufrimientos y estar con las personas: pacientes, familias y profesionales. 3) Vivir el privilegio de mi extraordinaria familia. 4) Investigar más y difundir mi “invento” (con perdón) por casualidad, de la asociación entre trastornos hereditarios del colágeno y ansiedad.

Salud Trabajo y Amor: 30/30/40

Un lugar para perderse: Portbou.

Un viaje pendiente: Australia y Argentina. ▼

■ BLOQUE PERSONAL

Nombre: Barbara Patrizi

Edad: (aproximada al menos) 32

Actividad profesional y cargo: Psiquiatra en la sala de agudos y de la Unidad de trastorno límite de la personalidad del Hospital General de Catalunya.

El mejor año de su vida: No creo que haya un año mejor de mi vida, sino muchos capítulos cada uno con sus momentos importantes. Pero seguramente el hecho de venir a vivir a Barcelona hace dos años, ha sido uno de los más significativos.

De pequeño quería ser: Bailarina o astronauta.

Pasional o Racional: Ambas, pero quizás más pasional.

Comida o cena: La comida el fin de semana y la cena durante la semana.

Su plato más íntimo: Lasagna cocinada por mi madre.

Su color preferido: Verde.

Un defecto: No sé si puedo llamarlo defecto, pero una cosa que no me gusta es mi impulsividad.

Planes de Futuro: Seguir creciendo como persona y profesional.

Salud, Trabajo y Amor: 40 % 30 % 30 %

Un lugar para perderse: El laberinto más grande del mundo.

Un viaje pendiente: Muchos, seguro Japón.

Qué libro regalaría: La sombra del viento.

Canción de la que siempre solicitaría dos besos: Summer 68 Pink Floyd.

Su último concierto: Vetusta Morla en la Mercé.

Diurno o Nocturno: Nocturno.

¿A qué edad se jubilaría? No pienso en ello. ▼

Qué libro regalaría: Miedo a la libertad.

Canción de la que siempre solicitaría dos bises:

Blackbird (Beatles).

Su último concierto: El micro-concierto que di yo de guitarra clásica (Granados, Luys de Narváez y R. Sáinz de la Maza).

Diurno o Nocturno: Nocturno.

¿A qué edad se jubilaría? Ya! (pero no del todo).

■ BLOQUE PROFESIONAL

¿Cuánto tiempo lleva dedicándose a la psiquiatría? 35 años.

Profesional que más le ha influido: Tantos... Pero diré cuatro fundamentales para mí: Julio Vallejo, Ricardo Pons, José Guimón y Germán Berríos.

Pelota, Caballo o Manzana: Pelota... pero admirando al caballo (que se come la manzana).

Rorschach o MMPI: la música del primero y la letra del segundo.

Amar es... Hallar activamente en la felicidad del "otro", tu propia felicidad.

El pecado capital más extendido: La avaricia (pero son más...).

Un diván sirve para... Practicar intimidades varias

Fármaco más importante en la Hhistoria de la Psiquiatría: Clorpromazina.

Una teoría que explique el comportamiento humano: La teoría evolutiva con mayor aportación psicológica, que aún es escasa en ese modelo.

¿Qué tipo de trastorno mental cree que incrementará más su prevalencia en los próximos años?: La nueva nosología de los trastornos de ansiedad.

La última vez que... Soñé, aún vi futuro.

Característica psíquica que define mejor los tiempos actuales: Miedo disfrazado, pero miedo.

Proverbio o frase/ejemplo ilustrativo que suele utilizar en su consulta: La del borracho que busca su llave donde hay farola de luz y no donde realmente la perdió.

Un psiquiatra no debería ser... Ignorante y/o malo. ■

■ BLOQUE PROFESIONAL

Cuánto tiempo lleva dedicándose a la Psiquiatría:

Desde los 22 años.

Profesional que más le ha influido: Uno de mis profesores de especialidad, Paolo Giratdi.

Pelota, Caballo o Manzana: Caballo.

Rorschach o MMPI: Rorschach.

Amar es... Aceptar de manera incondicionada el otro y respetarlo.

El pecado capital más extendido: Pereza, que se manifiesta a través de aburrimiento, indiferencia, tristeza y desaliento.

Un diván sirve para... Ver una buena peli y descansar.

Fármaco más importante en la Historia de la Psiquiatría: Los antidepresivos.

Una teoría que explique el comportamiento humano: Creo que una contribución importante ha sido el punto de vista del psicoanálisis que principalmente aporta Sigmund Freud. "El comportamiento humano entonces es un resultado de la dinámica entre lo inconsciente, el yo consciente y el superyó, que son las normas de la civilización o la sociedad que reprimen los comportamientos humanos instintivos en los espacios sociales, en los cuales esos comportamientos humanos no pueden ser tolerados".

Qué tipo de trastorno mental cree que incrementará más su prevalencia en los próximos años. La depresión.

La última vez que... Un paciente me preguntó si estaba cansada y me encontraba bien pensé que tengo que aprender a disimular más.

Característica psíquica que mejor define los tiempos actuales: Preocupación.

Proverbio o frase/ejemplo ilustrativo que suele utilizar en su consulta: Cuando la gente se culpabiliza por su enfermedad lo comparo a otras enfermedades no psiquiátricas y le digo que la gente "no elige su enfermedad".

Un psiquiatra no debería ser... Frío y distante. ■

ASEPP es noticia

Uno de los objetivos de ASEPP es entablar relaciones con las instituciones públicas para dar a conocer nuestras inquietudes y posicionamientos, así como promover la representación en foros sanitarios y fomentar las actividades de debate entre nuestros asociados. En esta sección recogemos las principales actuaciones llevadas a cabo, en los últimos meses de 2012, por ASEPP como entidad o bien con su patrocinio o colaboración.

Relaciones institucionales

Reunión de ASEPP con el Presidente de la Comisión de Sanidad en el Congreso de los Diputados (Sr. Mario Mingo Zapatero), con la asistencia de Dr. Salvador Ros, Dr. José Antonio López, Dra. Laura Ferrando y Dr. Josep Ramon Domènech. El día 19-09-2012. Las propuestas planteadas fueron:

1. Valorar la posibilidad de mejorar la detección y diagnóstico de las enfermedades psíquicas. Sólo se detecta un 50 % de las mismas y de las que se detectan sólo se diagnostican y tratan correctamente la mitad. Supone costos sociales y económicos altísimos (bajas laborales, derivaciones y tratamientos inadecuados, etc). La OMS ha alertado de esta situación en numerosas ocasiones. La ASEPP está dispuesta a contribuir para paliar este problema.
2. Valorar la posibilidad de elaborar un baremo mínimo para la práctica de la Psiquiatra Privada y de obligado cumplimiento para las Compañías Aseguradoras.
3. Valorar la posibilidad de regular la Asistencia Psiquiátrica Telemática. Posibilidad de que una vez diagnosticado el paciente, las consultas de control puedan realizarse por este procedimiento, si el clínico lo considera factible.
4. Valorar la posibilidad de tener acceso a las pruebas complementarias que se le hagan al paciente en el Sistema Público. También, que nuestras recetas

sean válidas dentro de dicho Sistema, si nos atenemos a sus normativas.

Estas propuestas fueron amablemente recibidas con el compromiso de estudiar cada una de ellas y la posibilidad de poder desarrollarlas.

Reuniones con asociados. Reuniones mensuales en Madrid con distintos asociados y bajo el lema “Cenas con fundamento” llevadas a cabo por el Dr. López Rodríguez y la Dra. Ferrando.

Inicio del ciclo de Reuniones en Barcelona, con la participación de los Doctores Arumí, Ros y Sanz, para dar a conocer a nuestros asociados temas clínicos y legales de nuestra profesión.

Reuniones en Sevilla con los doctores Moríñigo y Masegoza para exponer temas de interés entre los asociados.

Reuniones en Valencia durante el mes de octubre bajo la dirección del Dr. Galbis, para presentar entre nuestros asociados la pagina web de “Venciendo la ansiedad” propiciada por laboratorios Pfizer

Participación de ASEPP a través de la Dra. Laura Ferrando en tertulia organizada por editorial Sanitaria 2000 en televisión sobre “La cronicidad a debate” el 19 de julio.

Durante el mes de Noviembre actos de presentación y difusión de ASEPP en Pamplona, San Sebastián y Bilbao con la participación de Dr. Arumí, Dra. Morera y Dr. Ros.

Intervenciones en Congresos

En la XII Reunión anual del Colegio Internacional de Psiconeurofarmacología Geriátrica realizado en Sevilla del 24-27 de octubre hubo una notable participación de miembros de ASEPP tanto en el aspecto organizativo como en ponencias y simposiums. El Dr. Ángel Moríñigo actuó como Presidente del Comité del Programa y



Pie de foto: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Copresidente del Comité de Organización: por su parte el Dr. Manuel Masegoza fue miembro del Comité de Organización.

En el aspecto de su participación científica cabe destacar entre otras:

Por parte del Dr. Angel Moríñigo: Simposio de Trastornos Depresivos y Psicogeriatría; Estimulación cerebral profunda: de la Neurología a la Psiquiatría; Un nuevo enfoque terapéutico de la Enfermedad de Alzheimer: altas dosis de Rivastigmina; La neurociencia de la Psiquiatría positiva; Debate sobre Esquizofrenia tardía; Síntomas conductuales y psicológicos en demencia: cambios de personalidad, apatía y su neuroimagen.

El Dr. Manuel Masegoza presidió el Simposio “Respetar a la persona capaz, proteger a quien no lo es” en el que participaba también el Dr. Salvador Ros.

En las XIV Jornadas Nacionales de Patología Dual celebradas en Madrid del 25-27 de octubre tuvo lugar un Simposio de ASEPP sobre “Impulsividad y Patología dual”. El Dr. López Rodríguez disertó sobre “Las bases neuroanatómicas y el tratamiento de la impulsividad” y el Dr. Domènech sobre “Impulsividad y abuso de sustancias. Correlaciones neurobiológicas”.

Entre las diversas noticias de ASEPP publicadas en prensa escrita y digital cabe destacar:

En el Diario ABC (edición de Sevilla) el Dr. Moríñigo comentó que la situación socio-económica está favoreciendo en un 30% el aumento de las consultas por depresión y ansiedad.

El Dr. Alfonso Sanz, en una entrevista en exclusiva en El Diario del Juego, de Argentina, analizó la problemática de la ludopatía en España, y la influencia de los avances tecnológicos en este tipo de patologías.

Sobre impulsividad, ludopatía y problemas cognitivos, los Dres. Domènech, López-Rodríguez, Moríñigo, Ros y Sanz contestaron a diversas entrevistas efectuadas por medios escritos y digitales.

COMISIONES ASEPP

Comisión de Legal

Nota sobre el I.V.A. en los informes periciales. A partir del 01-09 se aplicará el 21 % en los informes periciales de valoración del daño corporal, y en la expedición de certificados médicos dirigidos a valorar la salud de una persona con el objeto de hacer un seguro de vida para las compañías o para ser presentados en el curso de un procedimiento judicial.

Nota sobre nueva receta médica privada de obligado cumplimiento a partir del 21 de enero de 2013. Medidas de seguridad antifraude. Prescripción de un solo medicamento y un solo envase. Código de validación electrónica. Validez en todo el territorio español. Dispensación por el Colegio de Médicos.

Comisión de Investigación y Docencia

Tras gestión realizada por el Dr. Angel Moríñigo, con laboratorios Lilly, realización de un Ensayo clínico en fase IV entre nuestros asociados.

Presentación en el próximo Congreso de Sitges de los datos definitivos de la Encuesta sobre la Consulta Privada Psiquiátrica en España. (Dr. Domènech).

Comisión de Prensa y Relaciones Institucionales

Entrevista en Madrid con el Presidente de la Comisión de sanidad en el Congreso (Dra. Ferrando).

Puesta en marcha del nuevo portal interactivo que ofrezca a los asociados una participación interactiva ágil y eficiente (Dra. Morera).

Valoración sobre Gabinete de Prensa (Dr. López Rodríguez)

Preparación Congreso de Sitges (Dr. Arumí y Dr. Ros).

Interactivos

Este apartado de la revista pretende promover la comunicación entre los diferentes asociados, tanto a través de cartas, opiniones o mensajes dirigidos a asepp.revista@gmail.com o mediante nuestra página web. En la sección “**Webs de utilidad**” daremos información de diferentes páginas web relacionadas con el mundo de la Psiquiatría, con una referencia breve a su contenido, para que puedan ser utilizadas por el propio psiquiatra o referenciadas a sus pacientes. En la sección “**La mejor respuesta**” intentaremos buscar una respuesta de consenso ante cuestiones habituales en nuestra consulta y descubriremos qué hacen nuestros pacientes en situaciones especiales.

Excepcionalmente en este primer número, lógicamente, no tendrán cabida las cartas y mensajes, por lo que sustituimos esta sección por la información inicial sobre nuestro próximo Congreso de ASEPP en Sitges.



Webs de utilidad

Detallamos algunas páginas web que pueden ser de interés para vosotros o para vuestros pacientes.

www.problemasmemoria.com

Es un proyecto promovido por la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias (CEAFA) avalado por distintas sociedades científicas médicas. Cuenta con el patrocinio de Laboratorios Novartis.

Tiene como objetivo fundamental la detección de demencias que pueda permitir un acceso temprano a los sistemas de salud. Sirve para familiares y allegados que sospechen problemas de memoria, y a través de los cuestionarios IQCODE (Cuestionario Informativo sobre la Declinación Cognitiva en ancianos, por detección sintomática de un informante), y el *Alzheimer Disease 8*, se obtiene un informe orientativo que puede servir de punto de partida de cualquier actuación médica.

<http://www.hiperactividadinfantil.com>

Página sustentada por laboratorios Lilly.

Ofrece una información clara y avalada científicamente sobre el TDAH. Sus manifestaciones clínicas, su diagnóstico, una estrategia terapéutica completa (tanto farmacológica como conductual para la modificación de la conducta y el control evolutivo de los síntomas). También ofrece guías de actuación en la escuela ante el alumno

con TDAH y otra guía práctica para padres. Un apartado interesante da respuestas a las preguntas frecuentes que se pueden hacer sobre el trastorno.

<https://www.venciendolaansiedad.com>

Con el patrocinio de Laboratorios Pfizer. Programa desarrollado por un equipo de psicólogos y psiquiatras con el fin de facilitar el acceso a un apoyo psicológico profesional para los pacientes diagnosticados de Trastorno de Ansiedad Generalizada de intensidad leve o moderada y en el que las diversas sesiones se realizan online. Consta de 7 sesiones en técnicas de psicoterapia (relajación, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, activación física, etc.) de frecuencia semanal. De interés también para el propio psiquiatra, que tiene acceso directo a todo el contenido, para recordar puntos clásicos de la psicoterapia, y poder aplicarla en aquellos pacientes que prefieran la psicoterapia en vivo.

<http://www.esquizofrenia24x7.com/>

Patrocinada por laboratorios Janssen, página ya clásica que aporta información y recursos para entender mejor la esquizofrenia (síntomas, causas, diagnóstico, tratamiento, medicación). Consejos para una recuperación global (función social y personal, estado físico, sexualidad) Consejos para los cuidadores. Busca la participación de pacientes y familiares de forma interactiva.

La mejor respuesta

En esta sección propondremos algunas cuestiones habituales con las que nos topamos en nuestra práctica clínica habitual. Esperamos respuestas de todos vosotros para en el próximo número mostrar las más interesantes y realizar un consenso.

1. ¿Para qué sirve solicitar un análisis sanguíneo buscando los niveles de serotonina?
2. Doctor, yo sólo quiero tomar productos naturales. ¿Qué me va a recetar?
3. Muchos pacientes cuando van de vacaciones olvidan su medicación en casa. Una paciente tomando Ciprex 10 mg, de viaje en la India se da cuenta que no lleva suficiente medicación y se dirige a una farmacia en Nueva Delhi. ¿Encontrará Ciprex como tal? ¿Se lo dispensarán? ¿Dónde estará fabricado? ¿Cuál será su precio?



asepp
Asociación Española de Psiquiatría Privada



Congreso Nacional de
la Asociación Española
de Psiquiatría Privada

Del 9 al 11 de Mayo de 2013 – Sitges, Barcelona

Congreso nacional asepp. Sitges

Apreciados compañeros.

Es para nosotros una satisfacción el poder presentaros el próximo congreso de la ASEPP a celebrarse del 9 al 11 de mayo en Sitges. Se trata, como ya sabéis, de la VI edición de nuestro congreso nacional. Dada la experiencia de estos años anteriores hemos intentado mantener lo mucho bueno realizado e introducir alguna pequeña modificación con el fin de satisfacer aún más vuestras expectativas.

El congreso dispondrá de sesiones plenarias, simposiums y talleres en pequeños grupos con inscripción previa. Como en otras ediciones el temario será diverso: temas de interés claramente científico, novedades en el mundo de la psiquiatría, temas profesio-

nales específicos del mundo de la psiquiatría privada y otros de interés cultural. También dispondremos de espacios propios como las tertulias o las mesas de debate ASEPP. Una parte del temario y de los talleres se hallan dentro de un nuevo programa de formación que estamos iniciando en el ámbito de los intereses de la actividad privada.

Sin más, esperamos poder contar con vuestra presencia en Sitges la próxima primavera.

Comité organizador
VI Congreso Nacional ASEPP 2013.

Agenda de Congresos Psiquiatría 2013

Febrero

I Jornada de Avances en Paidopsiquiatría.

Lugar: Barcelona, 7-8 febrero

XVIII Symposium Internacional Avances en Psiquiatría.

Lugar: Madrid, 12-13 febrero

V Simposio sobre Trastorno Límite de la Personalidad.

Lugar: Sant Cugat, 15-16 febrero

III Reunión Anual de Terapéutica en Psiquiatría.

Lugar: Barcelona, 21-22 febrero

Marzo

5º Congreso Mundial de Salud Mental de la Mujer.

Lugar: Lima, 4-7 marzo

XIII Revisión Internacional de Trastornos Bipolares.

Lugar: Sevilla, 18-20 marzo

Abril

21th European Congress of Psychiatry.

Lugar: Niza, 6-9 abril

4º Encuentros en Psiquiatría "Conducta suicida".

Lugar: Sevilla, 12-13 abril

8ª Reunión Nacional de Medicina de la Adicción.

Lugar: Barcelona, 18 abril

XX Symposium Internacional sobre actualizaciones y controversias en Psiquiatría.

Lugar: Barcelona, 18-19 abril

XL Jornadas Nacionales Socidrogalcohol.

Lugar: Murcia, 18-20 abril

Reunión sobre Farmacogenómica y Medicina personalizada en Psiquiatría.

Lugar: Jerusalén, 21-23 abril

XIV International Congress on Schizophrenia Research.

Lugar: Orlando, 21-25 abril

ECNP School for Education in Geriatric Neuropsychopharmacology.

Lugar: Venecia, 28 de abril-3 de mayo



Formulario de Solicitud de Inscripción en la Asociación Española de Psiquiatría Privada

Av. Príncipe de Asturias, 4 08012 – Barcelona • Tel. 93 218 63 79 • www.asepp.es • asepp.psiquiatria@gmail.com

Quien suscribe este documento expresa conocer y aceptar los Estatutos de la asociación, al mismo tiempo que declara la exactitud y veracidad de los datos aportados.

Fecha

DATOS PERSONALES*

Nombre*			
Primer apellido*			
Segundo apellido*			
NIF*		Nº colegiado*	
Calle*			
Población*			
Provincia*		C.P.*	
Teléfono*		Móvil	
Correo electrónico			

(*) los datos personales son obligatorios para tramitar la inscripción

DATOS PROFESIONALES

Consulta / Institución			
Calle			
Población			
Provincia		C.P.	
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			

Mayo

II Conferencia Mundial de Adicción.

Lugar: Pisa, 7-10 mayo

VI Congreso Nacional Asepp.

Lugar: Sitges 9-11 Mayo

166th Annual Meeting APA.

Lugar: San Francisco, 18-22 mayo

Junio

X Curso Fases iniciales de los Trastornos psicóticos.

Lugar: Oviedo, 6 de junio

13º Debates en Psiquiatría.

Lugar: Oviedo, 7-8 junio

XXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal.

Lugar: Cádiz, 11-13 junio.

11ª Reunión Internacional sobre las Fases Tempranas de las Enfermedades Mentales.

Lugar: Santander, 20-22 de junio.

11th World Congress of Biological Psychiatry.

Lugar: Kyoto, 23-27 junio.

21º Congreso Mundial de Psiquiatría Social.

Lugar: Lisboa, 29 junio a 3 de julio

Septiembre

XVII Congreso Nacional de Psiquiatría.

Lugar: Sevilla, 24-27 de septiembre.

Octubre

26º ECNP Congress.

Lugar: Barcelona, 5-9 de octubre.

III Congreso Internacional de Patología Dual.

Lugar: Barcelona, 23-26 octubre

WPA 2013. Congreso Mundial de la Asociación Internacional de Psiquiatría.

Lugar: Viena, 27-30 octubre

Noviembre

XX Reunión Anual de la Sociedad Española de Psicogeriatría.

Lugar: Zamora, 7-9 noviembre.

13th International Forum on Mood and Anxiety disorders.

Lugar: Mónaco 13-15 noviembre.

El importe de la cuota anual vigente es de 100€ (cuota exenta de IVA)

Si desea domiciliar el recibo, indique su número de cuenta.

Entidad	Oficina	DC	Cuenta
También puede realizar transferencia bancaria en la cuenta: La Caixa 2100 – 0788 – 69 - 0200209527 Indicando nombre y apellidos del profesional que se inscribe			

¿Dónde desea recibir las comunicaciones que le envíe la ASEPP?

Domicilio particular			Consulta privada o Institución	
----------------------	--	--	--------------------------------	--

Rogamos devuelva esta solicitud de inscripción una vez cumplimentada, por correo postal o correo electrónico. Todas las comunicaciones le serán enviadas a la dirección que Vd. señale como de su preferencia, utilizando el correo electrónico como medio de comunicación habitual.

ASEPP le informa que sus datos serán incorporados en un fichero automatizado, que el uso de los mismos tendrá carácter confidencial y que los datos se utilizarán exclusivamente para poder prestar nuestros servicios. Puede ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición poniéndose en contacto con ASEPP.

Formulario inscripción
V101112

Decálogo de la ASEPP

Los miembros de la ASEPP están comprometidos a:

1. Mantener en su ejercicio profesional los principios de la correcta praxis médica (lex artis), fundamentada en el humanismo, haciendo prevalecer la atención integral del paciente sobre cualquier otro tipo de interés.
2. Aspirar permanentemente a la excelencia profesional, mediante la actualización continuada de sus conocimientos y habilidades, y desarrollando una actitud acorde a la misma.
3. Garantizar para sus pacientes el mejor tratamiento disponible, aplicándolo él mismo cuando posea los conocimientos y habilidades necesarios, o colaborando lealmente con otros profesionales en caso necesario, o derivándolo a otros dispositivos asistenciales, cuando así lo requiera el diagnóstico o el estado del paciente.
4. Reservar y mantener la confidencialidad de todo cuanto el paciente le haya confiado en el ejercicio de la profesión, sin otros límites que los exigidos legalmente.
5. Ejercer su actividad profesional respetando en todo momento las convicciones y creencias del paciente.
6. Establecer con los pacientes a los que atiende un contrato terapéutico, explícito o implícito, en el que se determinen con claridad los servicios que se van a prestar y las contraprestaciones económicas que suponen para el paciente.
7. Facilitar en todo momento la información adecuada y necesaria, adaptada a las condiciones específicas de cada paciente, de forma que éste pueda decidir libremente sobre la atención que se le presta.
8. Incentivar el interés, mantenimiento y avance de la especialidad entre otros profesionales sanitarios, en las universidades, hospitales generales y psiquiátricos, y en cualquier otra institución pública o privada relacionada con los aspectos médicos, sociales y legales de los trastornos emocionales y mentales.
9. Apoyar la investigación, prevención y tratamiento de los trastornos psiquiátricos, así como la promoción de la salud mental.
10. Intervenir en los medios sanitarios y en la sociedad para mejorar el conocimiento y comprensión de estas enfermedades, a fin de eliminar el estigma de la enfermedad mental y trabajar para la mejor integración del paciente.

FUNDAMENTOS DEL DECÁLOGO

La Asociación Española de **Psiquiatría Privada** elaboró un decálogo, aprobado en la junta ordinaria celebrada con motivo del Congreso Nacional en Valencia en mayo de 2012. Dicho decálogo tiene el objetivo de exponer los valores que se consideran consustanciales a la práctica de la actividad psiquiátrica en el seno de nuestra sociedad. Expresan, de forma resumida, la aspiración a la excelencia profesional –que se considera irrenunciable, en todos los campos de actuación del psiquiatra–, en especial en la atención a los pacientes, pero también mediante el desarrollo de actividades docentes e investigadoras, y en el marco de la sociedad en general, donde cabe nuestra actuación individual y colectiva. Elementos como la confidencialidad, la formación continuada, el respeto a los valores del paciente, el consentimiento informado y, en general, la buena praxis, se consideran la base de nuestro quehacer. El decálogo supone un compromiso personal y colectivo con todos ellos.

Tabla 1. Reacciones adversas

	Muy frecuentes	Frecuentes	Poco frecuentes	Raras	Muy raras
<i>Infecciones e Infestaciones</i>			Laringitis.		
<i>Trastornos del Sistema Inmunológico</i>				Reacción anafiláctica. Trastorno de hipersensibilidad.	
<i>Trastornos Endocrinos</i>				Hipotiroidismo.	
<i>Trastornos del Metabolismo y de la Nutrición</i>		Disminución del apetito.	Hiper glucemia (notificada especialmente en pacientes diabéticos).	Deshidratación. Hiperonatremia SIADH ¹ .	
<i>Trastornos Psiquiátricos</i>		Insomnio. Agitación. Disminución de la libido. Ansiedad. Orgasmos anormales. Sueños anormales.	Ideación suicida ^{5,7} . Trastornos del sueño. Bruxismo. Desorientación. Apatía.	Comportamiento suicida ^{5,7} . Manía. Alucinaciones. Agresividad e ira ⁴ .	
<i>Trastornos del Sistema Nervioso</i>	Cefalea (14,4 %). Somnolencia (10,4 %).	Mareos. Letargo. Temblores. Parestesia.	Miclonía. Acatisia ⁷ . Nerviosismo. Alteraciones de la atención. Disgeusia. Discinesia. Síndrome de piernas inquietas. Sueño de baja calidad.	Síndrome serotoninérgico ⁶ . Convulsiones ¹ . Inquietud psicomotora ⁸ . Síntomas extrapiramidales ⁸ .	
<i>Trastornos Oculares</i>		Visión borrosa.	Midriasis. Trastornos visuales.	Glaucoma.	
<i>Trastornos del Oído y del Laberinto</i>		Acúfenos ¹ .	Vértigo. Dolor de oído.		
<i>Trastornos Cardíacos</i>		Palpitaciones.	Taquicardia. Arritmia supraventricular, principalmente fibrilación auricular.		
<i>Trastornos Vasculares</i>		Aumento de la tensión arterial ⁸ . Rubor.	Síncope ² . Hipertensión ^{3,7} . Hipotensión ortostática ² . Sensación de frío periférico.	Crisis hipertensivas ^{1,6} .	
<i>Trastornos Respiratorios, Torácicos y Mediastínicos</i>		Bostezos.	Espasmos laringeos. Epistaxis.		
<i>Trastornos Gastrointestinales</i>	Náuseas (24,1 %). Sequedad de boca (13,1 %).	Estreñimiento. Diarrea. Dolor abdominal. Vómitos. Dispepsia. Flatulencia.	Hemorragia gastrointestinal ⁷ . Gastroenteritis. Eructos. Gastritis.	Estomatitis. Hematoquecia. Halitosis.	
<i>Trastornos Hepatobiliares</i>			Hepatitis ³ . Aumento de las enzimas hepáticas (ALT, AST, fosfatasa alcalina). Daño hepático agudo.	Fallo hepático ⁶ . Ictericia ⁴ .	
<i>Trastornos de la Piel y del Tejido Subcutáneo</i>		Aumento de la sudoración. Erupción.	Sudores nocturnos. Urticaria. Dermatitis de contacto. Sudores fríos. Reacciones de fotosensibilidad. Aumento de la tendencia a que se produzcan hematomas.	Síndrome de Stevens-Johnson ⁶ . Edema angioneurótico ⁶ .	
<i>Trastornos Musculoesqueléticos y del Tejido Conjuntivo</i>		Dolor musculoesquelético. Espasmo muscular.	Tensión muscular. Fasciculaciones musculares.	Trismo.	
<i>Trastornos Renales y Urinarios</i>		Disuria.	Retención urinaria. Dificultad para comenzar a orinar. Nicturia. Poliuria. Disminución del flujo urinario.	Olor anormal de la orina.	
<i>Trastornos del Aparato Reproductor y de la Mama</i>		Disfunción eréctil. Trastorno de la eyaculación. Eyaculación retardada.	Hemorragia ginecológica. Trastornos menstruales. Disfunción sexual.	Síntomas menopáusicos. Galactorrea. Hiperprolactinemia.	
<i>Trastornos Generales y Alteraciones en el Lugar de Administración</i>		Fatiga.	Dolor torácico ⁷ . Caídas ⁸ . Sensación anómala. Sensación de frío. Sed. Escalofríos. Malestar. Sensación de calor. Trastorno de la marcha.		
<i>Exploraciones Complementarias</i>		Pérdida de peso.	Aumento de peso. Aumento de la creatinofosfoquinasa en sangre. Hipopotasemia.	Aumento del colesterol plasmático.	

¹ Los casos de convulsiones y casos de acúfenos se notificaron también después de la interrupción del tratamiento. ² Los casos de hipotensión ortostática y síncope se notificaron particularmente al comienzo del tratamiento. ³ Ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo". ⁴ Los casos de agresividad e ira se han notificado principalmente al principio del tratamiento o después de la interrupción del mismo. ⁵ Los casos de ideación suicida y comportamiento suicida se notificaron durante el tratamiento con duloxetina o poco después de la interrupción del mismo (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). ⁶ Frecuencia estimada de las notificaciones de reacciones adversas de la vigilancia post-comercialización; no se observaron en ensayos clínicos controlados con placebo. ⁷ Sin diferencias estadísticamente significativas respecto al placebo. ⁸ Las caídas fueron más comunes en pacientes de edad avanzada (≥65 años).

27 % de los pacientes tratados con placebo. Las tasas de respuesta clínica en pacientes que presentaron somnolencia fueron del 60 % en los tratados con duloxetina y del 30 % en los tratados con placebo. Era improbable que los pacientes que no hubieran mostrado una reducción del dolor del 30% dentro de los 60 primeros días de tratamiento, alcanzaran estos niveles más tarde. En un ensayo abierto no controlado a largo plazo, la disminución del dolor en pacientes que respondieron a un tratamiento agudo de 8 semanas de duración con una dosis de 60 mg de Xeristar administrada una vez al día, se mantuvo durante otros 6 meses. Esta disminución del dolor fue medida por el cambio medio en 24 horas en la puntuación del ítem de dolor del "Brief Pain Inventory" (BPI). *Población pediátrica.* La Agencia Europea de Medicamentos ha eximido al titular de la obligación de presentar los resultados de los ensayos realizados con Xeristar en los diferentes grupos de la población pediátrica en trastorno depresivo mayor, dolor neuropático diabético y trastorno de ansiedad generalizada (ver sección "Posología y forma de administración" para consultar la información sobre el uso en población pediátrica). **Propiedades farmacocinéticas.** La duloxetina se administra como un único enantiómero. Se metaboliza de forma extensiva por enzimas oxidativas (CYP1A2) y el polimorfismo CYP2D6, y posteriormente experimenta conjugación. La farmacocinética de duloxetina muestra una gran variabilidad interindividual (generalmente 50-60 %), en parte debida al sexo, edad, consumo de tabaco y estado metabólico del CYP2D6. **Absorción:** La duloxetina se absorbe bien tras la administración oral, alcanzando el valor de C_{max} a las 6 horas de la administración de la dosis. La biodisponibilidad oral absoluta de duloxetina va de 32 % a 80 % (media de 50 %). Los alimentos retrasan el tiempo hasta alcanzar la concentración máxima, de 6 a 10 horas y disminuyen ligeramente el grado de absorción (aproximadamente un 11 %). Estos cambios no tienen ninguna significancia clínica. **Distribución:** La duloxetina se une aproximadamente en un 96 % a las proteínas plasmáticas. Duloxetina se une tanto a la albúmina como a la alfa-1 glicoproteína ácida. La unión a proteínas no se ve afectada por la insuficiencia hepática o renal. **Biotransformación:** La duloxetina se metaboliza de forma extensiva y los metabolitos se excretan principalmente en la orina. Tanto el citocromo P450-2D6 como el 1A2 catalizan la formación de los dos principales metabolitos, el conjugado glucuronido de la 4-hidroxi duloxetina y el conjugado sulfato de la 5-hidroxi 6-metoxiduloxetina. Basándose en estudios *in vitro*, se considera que los metabolitos circulantes de duloxetina son farmacológicamente inactivos. No se ha investigado específicamente la farmacocinética de duloxetina en pacientes con un metabolismo lento en relación con el CYP2D6. Hay un reducido número de datos que sugieren que los niveles plasmáticos de duloxetina son más altos en estos pacientes. **Eliminación:** La vida media de eliminación de la duloxetina después de una dosis oral oscila entre 8 a 17 horas (media de 12 horas). Después de una dosis intravenosa el aclaramiento plasmático de duloxetina varía de 22 l/hora a 46 l/hora (media de 36 l/hora). Después de una dosis oral el aclaramiento plasmático aparente de duloxetina oscila entre 33 y 261 l/hora (media de 101 l/hora). Poblaciones especiales. **Sexo:** Se han identificado diferencias farmacocinéticas entre hombres y mujeres (el aclaramiento plasmático aparente es aproximadamente un 50 % menor en mujeres). Basándose en la superposición del rango de aclaramiento, las diferencias farmacocinéticas debidas al sexo no justifican la recomendación de utilizar una dosis menor para mujeres. **Edad:** Se han identificado diferencias farmacocinéticas entre mujeres jóvenes y de edad avanzada (≥ 65 años de edad) (el AUC es aproximadamente un 25 % mayor y la vida media es aproximadamente un 25 % más prolongada en los pacientes de edad avanzada), aunque la magnitud de estos cambios no es suficiente para justificar ajustes en la dosis. Como recomendación general, se debe tener precaución al tratar a los pacientes de edad avanzada (ver secciones "Posología y forma de administración" y "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Insuficiencia renal:** Los pacientes con insuficiencia renal en fase terminal (ERF) sometidos a diálisis tuvieron valores de C_{max} y AUC de duloxetina dos veces más altos que los presentados por los sanos. Los datos farmacocinéticos de duloxetina son escasos en pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. **Insuficiencia hepática:** La insuficiencia hepática moderada (Child Pugh clase B) afectó a la farmacocinética de duloxetina. En comparación con sujetos sanos, el aclaramiento plasmático aparente de duloxetina fue un 79 % más bajo, la vida media terminal aparente fue 2,3 veces mayor y el AUC fue 3,7 veces más alto en pacientes con insuficiencia hepática moderada. La farmacocinética de duloxetina y sus metabolitos no ha sido estudiada en pacientes con insuficiencia hepática leve o grave. **Mujeres en periodo de lactancia:** Se estudió la disposición de duloxetina en 6 madres en periodo de lactancia que se encontraban como mínimo a 12 semanas *post partum*. Se detectó duloxetina en la leche materna y las concentraciones en el estado de equilibrio en leche materna fueron aproximadamente un cuarto de las plasmáticas. La cantidad de duloxetina en leche materna es de aproximadamente 7 microgramos/día para dosis de 40 mg dos veces al día. La lactancia no afecta a la farmacocinética de duloxetina. **Datos preclínicos sobre seguridad.** La duloxetina no mostró genotoxicidad en una batería estándar de pruebas y tampoco tuvo efectos carcinogénicos en ratas. En el estudio carcinogénico en ratas se observaron células multinucleadas en el hígado sin otros cambios histopatológicos. Se desconocen el mecanismo subyacente y la relevancia clínica. Los ratones hembra que recibieron duloxetina durante 2 años presentaron una mayor incidencia de adenomas y carcinomas hepatocelulares únicamente a la dosis más alta (144 mg/kg/día), pero se consideraron secundarios a la inducción de enzimas microsomas hepáticas. Se desconoce la relevancia que estos resultados obtenidos en ratones pueda tener en los humanos. Ratos hembra que estaban recibiendo duloxetina (45 mg/kg/día) antes y durante el apareamiento y en la primera etapa de la gestación presentaron un descenso en el consumo de comida y en el peso corporal de las madres, interrupción del ciclo estral, disminución en el índice de nacidos vivos, disminución de la supervivencia de la prole y retraso del crecimiento de la prole a niveles de exposición sistémica que se estimó que eran, como mucho, la exposición clínica máxima (AUC). En un estudio de embriotoxicidad en el conejo, se observó una mayor incidencia de malformaciones cardiovascular y esqueléticas a niveles de exposición sistémica por debajo de la exposición clínica máxima (AUC). En otro estudio en el que se analizó una sal de duloxetina diferente a dosis más altas no se observaron malformaciones. En estudios de toxicidad pre y post natal en rata, la duloxetina tuvo efectos adversos sobre el comportamiento en las crías a niveles de exposición sistémica por debajo de la exposición clínica máxima (AUC). **DATOS FARMACOCINÉTICOS. Lista de excipientes. Contenido de la cápsula:** Hipromelosa, Succinato acetato de hipromelosa, Sacarosa, Esferas de azúcar. Talco, Dióxido de titanio (E171), Citrato de trietilo. **Cubierta de la cápsula.** 30 mg: Gelatina. Laurilsulfato de sodio. Dióxido de titanio (E171), Indigo carmín (E132), Tinta verde comestible. La tinta verde comestible contiene: Óxido de hierro negro - sintético (E172), Óxido de hierro amarillo (E172), Propilenglicol. Shellac. **Cubierta de la cápsula.** 60 mg: Gelatina. Laurilsulfato de sodio. Dióxido de titanio (E171), Indigo carmín (E132), Óxido de hierro amarillo (E172), Tinta blanca comestible. La tinta blanca comestible contiene: Dióxido de titanio (E171), Propilenglicol, Shellac. **Povidona. Incompatibilidades.** No procede. **Periodo de validez.** 3 años. **Precauciones especiales de conservación.** Conservar en el envase original para protegerlo de la humedad. No conservar a temperatura superior a 30°C. **Naturaleza y contenido del envase.** Blisters de policloruro de vinilo (PVC), polietileno (PE) y polímero de trifluoroetileno (PCTFE) sellados con una lámina de aluminio. Xeristar 30 mg está disponible en envases de 7 y 28 cápsulas. Xeristar 60 mg está disponible en envases de 28, 56, 84, 98, 100 (cada envase contiene 5 estuches de 20 cápsulas) y 500 cápsulas (cada envase contiene 25 estuches de 20 cápsulas). Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones.** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Eli Lilly Nederland BV, Groostig 1-5, NL-3991 RA Houten, Holanda. **NÚMERO(S) DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Xeristar 30 mg: EU/1/04/297/001; EU/1/04/297/006; Xeristar 60 mg: EU/1/04/297/002; EU/1/04/297/003; EU/1/04/297/004; EU/1/04/297/005; EU/1/04/297/007; EU/1/04/297/008. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN / RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Fecha de la primera autorización: 17 de diciembre de 2004. Fecha de la última renovación: 24 de junio de 2009. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Julio 2011. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) <http://www.ema.europa.eu>. **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.** Financiado. Aportación reducida. **PRESENTACIÓN Y PRECIOS.** Xeristar 30 mg cápsulas duras gastroresistentes 28 cápsulas duras: P.V.P. 29,80 €; P.V.P. IVA 30,99 €. Xeristar 60 mg cápsulas duras gastroresistentes 28 cápsulas duras: P.V.P. 47,67 €; P.V.P. IVA 49,58 €. Comercializado por ESTEVE.

trastoc descendentes inhibitorios del dolor en el sistema nervioso central. **Eficacia clínica y seguridad.** **Trastorno Depresivo Mayor:** Xeristar se estudió en un plan de investigación que incluyó 3.158 pacientes (exposición de 1.285 pacientes al año) que cumplían los criterios de DSM-IV de depresión mayor. La eficacia de Xeristar, a la dosis recomendada de 60 mg una vez al día, se demostró en tres de tres ensayos aleatorizados, doble ciego, controlados con placebo a dosis única en pacientes adultos ambulatorios con trastorno depresivo mayor. En conjunto, la eficacia de Xeristar ha sido demostrada a dosis diarias entre 60 y 120 mg en un total de cinco de los siete estudios aleatorizados, doble ciego, controlados con placebo, a dosis únicas en pacientes adultos ambulatorios con trastorno depresivo mayor. Xeristar demostró superioridad estadística sobre placebo medido mediante la mejoría en la puntuación total en la escala de Hamilton para la depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HAM-D) de 17 ítems (incluyendo tanto síntomas emocionales como somáticos de la depresión). Las tasas de respuesta y remisión fueron también más altas, de forma estadísticamente significativas, con Xeristar comparadas frente a placebo. Sólo una pequeña proporción de los pacientes incluidos en el ensayo clínico pivotal tuvo depresión grave (valores iniciales HAM-D >25). En un ensayo de prevención de recaídas, los pacientes que respondieron a un tratamiento agudo abierto de 60 mg de Xeristar una vez al día durante 12 semanas fueron aleatorizados a tomar Xeristar 60 mg una vez al día o placebo durante 6 meses más. Xeristar 60 mg una vez al día demostró superioridad estadísticamente significativa frente a placebo (p=0,004) en la variable principal de eficacia, la prevención de la recaída depresiva, medida mediante el tiempo hasta la recaída. La incidencia de recaídas durante el periodo de seguimiento de 6 meses doble ciego fue de 17 % para duloxetina y 29 % para placebo. Durante el tratamiento doble ciego controlado con placebo de 52 semanas de duración, los pacientes tratados con duloxetina con TDM recurrente tuvieron un periodo significativamente más largo libre de síntomas (p <0.001) comparado con pacientes aleatorizados a placebo. Todos los pacientes habían respondido previamente a la duloxetina durante el tratamiento abierto con duloxetina (28 a 34 semanas de duración) con una dosis de 60 a 120 mg/día. Durante la fase de tratamiento doble ciego controlado con placebo de 52 semanas de duración, el 14,4 % de los pacientes tratados con duloxetina y el 33,1 % de los pacientes tratados con placebo experimentaron una reaparición de sus síntomas depresivos (p <0.001). El efecto de Xeristar 60 mg una vez al día en pacientes de edad avanzada (≥ 65 años) con depresión se examinó específicamente en un estudio, el cual mostró una diferencia estadísticamente significativa en la reducción de la puntuación en la escala HAM-D 17 para pacientes tratados con duloxetina, en comparación con los tratados con placebo. La tolerabilidad de Xeristar 60 mg una vez al día en pacientes de edad avanzada fue comparable a la observada en los pacientes adultos más jóvenes. Sin embargo, los datos sobre pacientes de edad avanzada expuestos a la dosis máxima (120 mg una vez al día) son limitados, por lo que se recomienda tener precaución al tratar a este grupo de población. **Trastorno de Ansiedad Generalizada:** Xeristar demostró una superioridad estadísticamente significativa sobre placebo en 5 de 5 ensayos, de los cuales 4 fueron ensayos aleatorizados, doble ciego, controlados con placebo y uno fue un ensayo de prevención de recaídas en pacientes adultos con trastorno de ansiedad generalizada. Xeristar demostró una superioridad estadísticamente significativa sobre placebo medido mediante la mejoría en la puntuación total en la Escala de Hamilton para la Ansiedad (HAM-A) y mediante la puntuación global de la alteración de la funcionalidad de la Escala de Discapacidad de Sheehan (SDS). Las tasas de respuesta y remisión fueron también más altas con Xeristar comparado con placebo. Xeristar mostró resultados de eficacia comparables a venlafaxina en términos de mejoría en la puntuación total según la HAM-A. En un ensayo de prevención de recaídas, los pacientes que respondieron a 6 meses de tratamiento agudo y abierto con Xeristar, fueron aleatorizados tanto a Xeristar como a placebo durante otros 6 meses adicionales. Xeristar de 60 mg a 120 mg una vez al día, demostró una superioridad estadísticamente significativa comparada con placebo (p<0,001) en la prevención de recaídas, medida por el tiempo transcurrido hasta la recaída. La incidencia de recaída durante el periodo de seguimiento doble ciego de 6 meses de duración fue del 14 % para Xeristar y del 42 % para placebo. **Dolor Neuropático Periférico Diabético:** La eficacia de Xeristar como tratamiento para el dolor neuropático diabético se estableció en dos ensayos clínicos aleatorizados de 12 semanas de duración, doble ciego, controlados con placebo, a dosis fijas, en pacientes adultos (de 22 a 88 años) con dolor neuropático diabético durante al menos 6 meses. Aquellos pacientes que cumplieran criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor fueron excluidos de estos ensayos. La variable primaria de eficacia fue la media semanal del dolor medio determinado cada 24 horas, recogido por los pacientes en su cuaderno de seguimiento diario, utilizando una escala Likert de 11 puntos. En ambos estudios, Xeristar 60 mg administrado una y dos veces al día disminuyó significativamente el dolor, comparado con placebo. El efecto en algunos pacientes fue evidente en la primera semana de tratamiento. La diferencia en la mejoría media entre los dos brazos de tratamiento activo no fue significativa. Se registró una reducción declarada del dolor de al menos 30 % en aproximadamente el 65 % de los pacientes tratados con duloxetina, frente a un 40 % de los tratados con placebo. Las cifras correspondientes a una reducción del dolor de al menos 50 % fueron 50 % y 26 %, respectivamente. Las tasas de respuesta clínica (mejora en el dolor del 50 % o superior) fueron analizadas según los pacientes experimentaron o no somnolencia durante el tratamiento. Para aquellos pacientes que no experimentaron somnolencia, la respuesta clínica se observó en un 47 % de los pacientes que recibieron duloxetina, frente a

BIBLIOGRAFÍA: 1. Greco T et al. The outcome of physical symptoms with treatment of depression. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 813-818. 2. Wong DT et al. Dual serotonin and Noradrenaline uptake inhibitor class of antidepressants potential for greater efficacy or just hype? *Progress in Drug Research* 2002; 59:169-222. 3. Nemeroff CB et al. Duloxetine for the treatment of major depressive disorder. *Psychopharmacol Bull* 2002; 36(4): 106-132.

En la depresión
con síntomas
somáticos dolorosos
la remisión
es más difícil¹



Xeristar[®] 60mg
duloxetina HCl

MEJORÍA INTEGRAL
DE LA DEPRESIÓN^{2,3}