

Psiquiatría privada



asepp

Asociación Española de Psiquiatría Privada

www.asepp.es

Editorial

En la piel del paciente

Y sin embargo aún te quiero

Diez de oros / Diez de bastos

Sin perder la memoria

Instituto Pere Mata de Reus: una joya modernista

Artículo científico

Síndrome de Hikikomori

Viajes sin mi tía

Nueva Zelanda

Contrastes

Interactivos

Agenda

Decálogo de la ASEPP

6

Diciembre
2014

Psiquiatría privada

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA PRIVADA

JUNTA DIRECTIVA DE ASEPP

Presidente

Dr. Salvador Ros Montalbán

Vicepresidente

Dr. José Antonio López Rodríguez

Secretario

Dr. Antonio Arumí Vizmanos

Tesorero

Dr. Josep Ramon Domènech Bisén

Vocales

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

Consejo editorial

Director Dr. Josep Ramon Domènech Bisén

Dr. Antonio Arumí Vizmanos	Dr. José Antonio López Rodríguez
Dra. Laura Ferrando Bundio	Dr. Ángel Moríñigo Domínguez
Dr. Antonio Luis Galbis Olivares	Dr. Alfonso Sanz Cid
Dra. Elena Guimerà Querol	

Consejo asesor

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

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.

DECÁLOGO AVENTURERO



Estimados socios, permitidme la osadía de presentaros un nuevo decálogo (nada que ver con el estupendo y genial que tenemos en ASEPP como sociedad y que publicamos fielmente en cada número de nuestra revista), esta vez dedicado a la perspectiva evolutiva de la psiquiatría y salud mental en los próximos años.

Tener una imagen clara, o al menos premonitoria, de lo que nos espera no debería considerarse en este caso como un síntoma de anticipación aprensiva sino más bien de introspección serena. Si además somos capaces de poder prepararnos para actuar de la forma más adecuada, nos acercáramos a lo que podemos definir como decisión acertada. Quizás para ello se construyen los decálogos.

Con la finalización de un año y el inicio de uno de nuevo suele ser un momento apropiado para recapitular, hacer análisis y establecer perspectivas de actuación. Es por ello que me atrevo a realizar este ejercicio de prospección surgido de múltiples charlas entre colegas. Espero que este documento os pueda servir de utilidad para desconectar un poco de la presión absorbente del día a día y crearnos expectativas de futuro realmente atractivas. Aquí os lanzo mis diez intuiciones.

1. El número de pacientes diagnosticados de un trastorno mental se verá incrementado notoriamente. Todas las predicciones apuntan hacia esta evidencia que se puede producir por un incremento propio e intrínseco, por una mejora en las técnicas de detección o por aplicar una capacidad más amplia de solicitar ayuda por parte de los afectados.

2. Se producirán algunas variaciones significativas en los datos epidemiológicos estadísticos. Intuyo una tendencia a la paridad de incidencia entre sexos, aumentando paulatinamente el número de varones en nuestras listas de asistencia. Habrá un incremento de la incidencia en las edades extremas (infanto-juvenil y ancianos), en niños por una mejor detección y las influencias genéticas o comportamentales de sus allegados más cercanos, y en ancianos probablemente por la tendencia a la cronicidad de los trastornos mentales y la comorbilidad con otras patologías orgánicas.

3. Deberemos confirmar nosotros y asumir por su parte las autoridades sanitarias que muchas de las enfermedades mentales tienen y tendrán un curso evolutivo crónico, y se debiera advertir a los pacientes y familiares de esta circunstancia para aprender a convivir mejor con la enfermedad y no crear falsos mitos ni expectativas.

4. Las enfermedades troncales clásicas (neurosis, psicosis) continuarán manteniéndose como base sustentadora de las múltiples patologías, pero adoptando nuevas formas de expresión clínica. Los nuevos tiempos, las nuevas costumbres y formas de interrelación darán lugar a síndromes específicos no demasiado conocidos hasta la fecha.

5. Continuaremos apostando por la teoría biopsicosocial como mejor forma de explicación de la patología mental, y en consecuencia nos plantearemos un abordaje multidisciplinar y completo para lograr unas mejores tasas de remisión y respuesta. Volverá la psicoterapia a nuestros despachos y deberemos conocer las mejores alternativas sociales para ayudar a nuestros pacientes.

6. Contaremos con profesionales con una formación excelente, pero con unas estructuras de atención totalmente colapsadas. Nuestros nuevos discípulos conocerán mejor que nadie los aspectos teóricos y pragmáticos de nuestra profesión, pero deberán ofrecérseles espacios de investigación y trabajo adecuados.

7. Aparecerán datos contrastados sobre aspectos genéticos e inmunológicos que nos ayudarán a comprender mejor los entresijos de las enfermedades mentales y podremos aplicar de forma más apropiada actuaciones preventivas.

8. Continuaremos teniendo como un reto primordial en nuestro quehacer cotidiano la prevención de la conducta suicida. Muchos gobiernos siguen teniendo su punto débil en esta línea de actuación. Quizá tendremos claro si son temas que hay que comentar y poner en debate, pero sobre todo sabiendo a quién se debe dejar opinar y en la forma en cómo llevarlo a cabo.

9. Deberemos persistir en el esfuerzo para poder desestigmatizar la enfermedad mental. Dar la voz a quien afirma que prefiere cualquier enfermedad incurable a sufrir un trastorno depresivo y cargarnos de razones para acallar a quien continuará afirmando que las enfermedades mentales son una moda para los más débiles.

10. La promoción continuada de la salud mental tendrá que continuar siendo el objetivo prioritario de cualquier psiquiatra en particular, y de ASEPP como asociación comprometida en el día a día de nuestra sociedad.

Aprovecho la ocasión, en nombre propio y de todos los colegas del consejo editorial, para desearos un feliz y próspero 2015.

Dr. Josep Ramon Domènech
Director de Psiquiatría privada



Y SIN EMBARGO AÚN TE QUIERO

El relato escogido para este número nos ofrece una perspectiva distinta sobre la enfermedad mental, y que también tenemos que contemplar y por supuesto darle voz. Casi siempre comentamos en nuestras consultas, sobre todo cuando el paciente viene acompañado de algún familiar, que en las enfermedades mentales no solo hay que valorar la repercusión sobre el propio paciente sino las consecuencias que la enfermedad provoca en su entorno más cercano (familia y amigos). Cuántas veces nos han formulado la típica pregunta de ¿qué podemos hacer para ayudarlo?, buscando una solución, una descarga de su malestar o un sentimiento inconsciente de culpabilidad.

En esta narración, realmente dramática, visualizamos los comentarios de la pareja de un paciente que estaba afectado de ideación delirante de tipo paranoide, y cómo ella va descubriendo los síntomas y el infierno que está sufriendo su ser más querido en estos momentos.

Estimado Doctor,

Soy Sofía, la novia de Carlos G. Nos conocimos el jueves pasado en su consulta cuando le explicaba que Carlos sufre paranoia. Después de sus excelentes explicaciones y aclaraciones, nos pidió que Carlos y yo misma le completáramos el inventario clínico sobre lo que ha pasado y fuera pasando con esta crisis que afecta de manera tan importante a Carlos, y por supuesto a mí misma y a nuestra relación.

Carlos no ha podido escribir nada, es por ello que le escribo yo misma para comentarle que las cosas van muy mal. Carlos está convencido al cien por cien que me he acostado con otro/otros hombre/s desde hace mucho tiempo y que en estos últimos días aún más. Que estoy escondiendo cosas, pruebas y detalles que demostrarían la certeza de sus afirmaciones. Que tengo innumerables secretos que oculto cautelosamente, que parezco una cosa y en realidad soy otra completamente diferente, y que finalmente ha podido descubrir, etc.

Está haciendo muchas locuras, como grabaciones de todo tipo con su teléfono e incluso con una grabadora microscópica que se ha ido a comprar en una tienda espe-

cializada. Todo el día escondido y esperando en mi terraza y el pasillo, analizando cualquier tipo de movimiento que yo pudiera hacer.

El viernes estaba totalmente convencido de que yo estaba haciendo sexo mientras estaba hablando con él por teléfono. Estaba sobreexcitado, las preguntas que me hacía me descontrolaban absolutamente. Suerte que en aquellos momentos me acordaba de las palabras que usted nos había comentado en su consulta, así como los consejos de cómo debería actuar, ya que se trataba de un proceso que tardaría en desaparecer. Vino a mi casa buscando gente debajo de mi cama, por los armarios, detrás de mi puerta, etc. Parecía otra persona totalmente diferente de la que yo me había y aún estoy enamorada. Está seguro además de que tengo una manera de comunicarme con mi/mis amante/s, como por ejemplo por la forma de abrir y cerrar la ventana, o encender o apagar las luces de las diferentes estancias de mi piso.

Lee y escucha mis mensajes, mira y repasa todas mis facturas telefónicas, mis correos electrónicos, mi facebook, las páginas que he visitado por internet... Y cada

vez más, y nunca tiene suficiente ni queda convencido de nada, si fuera que sí porque sí, y si es que no porque lo he hecho desaparecer. Es inútil hablar con él sobre este tema, siempre tiene una respuesta explicativa de mi infidelidad sea cual sea mi comentario. He notado que también ha estado removiendo en mi habitación los cajones que guardan mi ropa interior, incluso ha removido la ropa que tengo almacenada para lavar o la que ya está lista para doblar y guardar.

Le he dicho miles de veces que yo no he hecho nada y que no le estoy escondiendo nada, pero él no me cree ni me escucha. Sus interrogatorios son incesantes. Presiento además que pueda perder su trabajo, y esto sí que me aterroriza. Él

está solo aquí en Barcelona, y hasta la fecha su trabajo como chófer privado le ha servido para mejorar su autoestima.

El viernes le sorprendí con un fin de semana en París. Pensaba que nos iría bien escaparnos de Barcelona un par de días. Tuvimos algunos momentos buenos, exploramos la ciudad juntos y reconocí de nuevo al Carlos de verdad, que es tan simpático, amable, gracioso e inteligente. Hicimos el amor varias veces.

Sin embargo, cada comida y cada cena acabó con él insistiendo en que yo le engañaba, que era una mentirosa, etc. Como puede usted imaginar todo eso me hace mucho daño y es muy frustrante para mí... Lo peor de todo es que yo llevo a imaginar cómo debe estar sufrien-

do en su interior. Cuando le llega un ataque de paranoia se nota que su cabeza le duele y se pone a sudar muchísimo. Está enfermo y necesita ayuda.

El quiere dejarme, me dice que no me puede perdonar ni olvidar lo que yo le he hecho. Yo le digo que es ridículo destrozar nuestra relación por algo que nunca ha pasado y le pido constantemente que me deje quererle y ayudarlo.

Le quiero muchísimo, quiero ayudarlo, apoyarlo y pasar la vida juntos.

Me dice que se siente muy solo, pero no está solo... me tiene a mí.

Por favor, ayúdele y avíseme sobre lo que pueda hacer yo para ayudarlo.

Muchísimas gracias. ■



Diez de oros Diez de bastos

En esta sección aportamos 10 noticias aparecidas en la prensa general sobre temas de interés en psiquiatría. Algunas aportan luz (oros) y otras sombras (bastos), unas hacen referencia 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.

En Cantabria, los psiquiatras infantiles desbordados al atender a 2.000 nuevos pacientes cada año.

El Diario Montañés (31/08/2014). BASTOS

✗ Este incremento espectacular en las cifras de nuevos pacientes, junto al control de casos previos, provoca no poder atender adecuadamente a los niños y alargar y agravar una situación de tensión familiar importante. Los casos que más han aumentado son los trastornos de ansiedad y adaptativos familiares, también los problemas de adaptación escolar, el TDAH, cuadros de fracaso escolar con una base emocional. En la patología grave (espectro autista, psicosis, esquizofrenia, etc.) no se ha apreciado un incremento significativo.

Como siempre constatamos que los recursos en psiquiatría infantil no evolucionan en paralelo a la creciente lista de espera propia de cualquier centro de salud mental.

Distintas universidades españolas participan en un estudio internacional para evaluar la salud mental de 25.000 universitarios españoles.

Diario de Guipuzkoa (09/11/2014). OROS

✓ El Institut Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM) de Barcelona ha iniciado, junto con cinco universidades españolas (Universidad del País Vasco, Universidad de Cádiz, Universidad de Baleares, Universitat Pompeu Fabra y Universidad Miguel Hernández), el proyecto UniverSal, que estudiará la salud mental de 25.000 jóvenes universitarios de toda España. Se pretende identificar factores asociados al bienestar psicológico y a la salud mental en los jóvenes que han iniciado este año los estudios universitarios, además de aquellos otros factores que la ponen en riesgo.

El inicio de la etapa universitaria es un momento clave en el desarrollo personal y emocional, con un riesgo importante de desencadenar trastornos mentales.

La OMS denuncia el abandono que sufren los pacientes con esquizofrenia.

Diario de Cádiz (20/10/2014). BASTOS

✗ Muchas personas con esquizofrenia sufren maltrato, falta de respeto, abandono o discriminación, denuncia la OMS en Europa. Según aseguran, la realidad es que las personas con esquizofrenia pueden llevar una vida normal con el tratamiento adecuado y un estilo de vida saludable. Sin embargo, aproximadamente la mitad de estos pacientes no puede acceder a un tratamiento adecuado, una proporción que además es mayor en los países más pobres.

ASEPP continuará asumiendo su compromiso de dar a conocer estas situaciones, estando convencidos que más pronto que tarde se modificarán.

Un laboratorio nacional al frente de Farmaindustria.

El Economista (28/10/2014). OROS

✓ Antoni Esteve (Laboratorios Esteve) ha sido nombrado presidente de Farmaindustria hasta 2016. Afirma que su principal desafío será garantizar el acceso de los pacientes a los fármacos innovadores de calidad y a los tratamientos que en cada momento y en cada caso necesitan.

Continuará defendiendo (y a ello ASEPP se suma de forma incondicional) una competencia en igualdad de condiciones entre los medicamentos de marca y los genéricos, tratando de acabar con la actual discriminación que establece la legislación vigente, incluso en igualdad de precio.

Aumentan en España los casos de aislamiento social o síndrome de Hikikomori.

Europa Press (11/11/2014). BASTOS

X Expertos del Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones del Hospital del Mar de Barcelona han advertido del aumento de españoles que sufren el síndrome de Hikikomori de aislamiento social. Esta patología se ha subestimado hasta ahora en España por la dificultad para acceder a estas personas y por la falta de equipos de atención especializada a domicilio. Se ha asociado este trastorno a la existencia de patologías psiquiátricas graves: trastornos psicóticos, ansiedad o trastornos afectivos.

Qué importantes son los servicios de atención especializada a domicilio para la psiquiatría, tanto para los momentos agudos de crisis como para poder actuar en casos de cronicidad que llegan a asumirse como normales o inmodificables.

El ejercicio físico puede actuar como protector en la depresión inducida por estrés.

Europa Press (26/09/2014). OROS

✓ Se conocía que la proteína PGC-1 alfa1 aumenta en el músculo esquelético con el ejercicio e interviene en el acondicionamiento muscular beneficioso en relación con la actividad física. Los investigadores descubrieron que los ratones con mayores niveles de PGC-1 alfa1 en el músculo también tenían concentraciones más altas de unas enzimas llamadas KAT, que convierten una sustancia formada durante el estrés (quinurenina) en ácido quinurénico, sustancia que no es capaz de pasar de la sangre al cerebro. No se conoce la función exacta de quinurenina, pero se pueden encontrar altos niveles de esta en pacientes con enfermedad mental. En el estudio, cuando se administra quinurenina a ratones normales estos muestran un comportamiento depresivo, mientras que los roedores con aumento de los niveles de PGC-1 alfa1 en el músculo no se vieron afectados.

Aquí se nos plantea buscar vías alternativas indirectas al cerebro que contribuyan en la mejoría de los trastornos mentales.

Depresión: falsas creencias.

El Correo de Andalucía (22/09/2014). BASTOS

X Apreciamos en nuestro entorno percepciones distorsionadas acerca de las enfermedades mentales en general y sobre el trastorno depresivo en particular. Cada día escuchamos estos comentarios, incluso en nuestras consultas: «tiene una depresión porque está de moda tener depresión, y así te evades de lo más importante», «es que yo ya sé que soy muy débil, siempre he sido así y mi familia ya me lo recuerda, no tengo remedio, uno nace así y ya está», «la depresión creo que se curara sola, yo no quiero ninguna pastilla y además no creo en los psicólogos, qué me van a decir ellos».

Por suerte desde ASEPP, y en este caso a través de nuestro vicepresidente Dr. José Antonio López Rodrí-

guez, intentamos promocionar la salud mental en los medios de comunicación, desmitificando estas falsas creencias.

UDL y el IRBLLeida identifican un gen relacionado con la personalidad impulsiva.

Europa Press (10/11/2014). OROS

✓ Investigadores de la Universidad de Lleida han identificado la variante de un gen relacionado con el riesgo de personalidad impulsiva y desinhibida. Se trata del gen SIRPB1, localizado en el cromosoma 20. Los expertos han utilizado la metodología de comparación de genomas CGH para analizar una variación del número de copias. Las personas con puntuaciones más bajas en los tests de impulsividad presentaban un número de copias más alto en esta región.

Dos consideraciones al respecto: la colaboración entre diferentes ramas científicas cada vez es más necesaria para el progreso de la medicina, y desde centros ubicados en ciudades pequeñas también es posible la investigación científica de calidad.

Atrapados por la vida virtual.

Faro de Vigo (08/11/2014). BASTOS

X Desde la psiquiatría se advierte con demasiada frecuencia del aumento de casos de adicción a internet y redes sociales entre niños y adolescentes. Cada vez acuden más a la consulta padres desesperados porque no saben cómo hacer para que sus hijos no pasen tanto tiempo enganchados al ordenador, el móvil y las redes sociales. Todo ello origina una gran repercusión en su rendimiento escolar y en sus actividades de ocio y sociales.

Educar a los hijos implica tiempo, conocimientos de los problemas típicos de su edad, supervisión de sus actividades y poner límites de actuación.

José María Benlloch Baviera, Premio Nacional de Investigación «Leonardo Torres Quevedo» 2014.

El País (16/10/2014). OROS

✓ Este eminente científico, que dirige el Instituto de Instrumentación para Imagen Molecular de Valencia, ha sido galardonado por el Ministerio de Economía y Competitividad con este premio como reconocimiento por sus relevantes contribuciones a la aplicación de la imagen molecular en biomedicina. Actualmente lidera un proyecto europeo, que está desarrollando un equipo para el diagnóstico de enfermedades mentales como esquizofrenia y depresión. Su mecanismo de actuación combina la resonancia magnética funcional y la tomografía por emisión de positrones (PET).

Aportar imágenes cerebrales que constaten los perfiles patológicos de nuestros pacientes, permitirá en algunos casos diagnósticos más certeros. ■

VIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA PRIVADA (ASEPP)

Un estilo: Versatilidad ante una clínica cambiante

Sevilla

22 y 23 Mayo 2015



asepp

Asociación Española de Psiquiatría Privada





Institut Pere Mata de Reus: **una joya modernista**

Dra. Elena Guimerà Querol

Introducción

Situemos nuestra mente en Barcelona, el 8 de abril de 1888, día en el que la **Exposición Universal** fue abierta al público en presencia del Ilustrísimo alcalde de la ciudad, Sr. Francisco de Paula Rius i Taulet, y con la bendición del obispo Monseñor Jaume Català i Albosa.

Esta y otras exposiciones universales (París, Londres, Melbourne, Philadelphia, Viena, etc.), celebradas en la segunda mitad del siglo XIX reflejaban el optimismo, la pujanza económica y la admiración por la ciencia, la tecnología y todas las ramas del saber humano que imperaban en la sociedad decimonónica (o al menos en parte de ella) europea y norteamericana tras la Revolución Industrial.

La Revolución Industrial representó el mayor conjunto de transformaciones económicas, tecnológicas y sociales de la historia de la humanidad desde el Neolítico. De una economía rural basada fundamentalmente en la agricultura y el

comercio, se pasó a una economía de carácter urbano, industrializada y mecanizada.

La producción de bienes a gran escala y los avances tecnológicos que la hicieron posible, impregnaron a la sociedad civil de fe en los adelantos científicos y esperanza en que fueran estos los que permitieran una progresiva evolución de la sociedad hacia una mayor justicia social, una mejora cuantitativa y cualitativa en las condiciones de vida de la ciudadanía y una futura paz universal. Bien se encargó el siglo XX de desmontar tal utopía: se inició éste con la gran carnicería de la I Guerra Mundial y se clausuró con la sombra del terror, pasando por un estadio intermedio salpicado por el horror nazi y el sinsentido de la guerra fría.

Pero volvamos a nuestra Exposición Universal de Barcelona, ciudad pionera en España de lo que significó la Revolución Industrial. En el ámbito de la cultura, toda esta pujanza se plasmó en una revitalización de la lengua catalana, de la literatura, el

arte, la música... y en un fenómeno político, social, cultural y económico conocido como «*la Renaixença*».

En este contexto es donde hemos de situar el tema que nos ocupa. En aquel entonces Reus, después de Barcelona, era una de las ciudades más importantes de Cataluña. En la ciudad existía una casa a la que se llamaba «Ca l'Agulla» (Casa de la Aguja), donde el Ayuntamiento recluía a los locos de la población. Se trataba de un caserón muy viejo, con dos patios oscuros –para la separación de hombres y mujeres–, con celdas de ventanas pequeñas y enrejadas y dos habitaciones más grandes que servían de comedor. Este centro recogía pacientes de toda la provincia. Sabemos que en el año 1889 constaban ingresados 36 enfermos.

Este tipo de instalaciones eran habituales en toda Europa para recluir y atender (en la medida de lo posible) a los enfermos psiquiátricos. Se llamaban manicomios: asilos para enfermos mentales. Cabe señalar que España fue el primer

país del mundo occidental donde se creó una institución destinada a tal fin. Sucedió en la ciudad de Valencia, en 1409. Cuentan que un día, yendo hacia su iglesia para realizar el sermón de Cuaresma, Fray Joan Gilabert Jofré, clérigo valenciano, quedó conmovido y apenado al observar en la calle el trato vejatorio y cruel que sufría un «demente» por parte de unos jóvenes del lugar. Esto le llevó a plantear a sus feligreses la necesidad de crear una institución benéfica que acogiera a estas personas. Su proyecto fue hecho realidad el 9 de marzo de 1409.

Con esta iniciativa, inspirada por la piedad cristiana, se instauraba un modelo asistencial que durante siglos había de servir de fundamento para la atención de los enfermos mentales en toda Europa.

Como veníamos diciendo, el viejo y destartado edificio de Ca l'Agulla, en el centro de Reus, era el único lugar de amparo y asistencia de los enfermos mentales de la ciudad y sus alrededores. Fueron varios ciudadanos ilustres y vecinos

acaudalados quienes en 1896 concibieron y gestaron la idea de construir un hospital psiquiátrico dotado de los máximos avances tecnológicos y científicos de la época (que no eran muchos) para la asistencia y el tratamiento de los enfermos mentales, en un ambiente agradable, con una infraestructura arquitectónica vanguardista, innovadora, inspirada en la «Naturaleza» (o la idea romántica que se tenía de la misma) y evidentemente bellísima. Así nació el «Manicomio de Reus».

Este artículo pretende modestamente recordar y rendir homenaje tanto a la belleza de la construcción y a la grandeza de la idea que la originó, como a las personas que la hicieron posible y que lograron una vez más aquello que ya había sucedido 600 años antes, es decir: que nuestro país se erigiera pionero en lo que respecta a la atención y tratamiento institucionalizado de la enfermedad mental.

[Comentarios colgados en Internet por turistas que han visitado el Institut Pere Mata.](#)

«Lejos de la imagen tétrica de un psiquiátrico»

...precioso. Estilo modernista. Belleza y amplitud que están lejos de la imagen fría y monocromática de los psiquiátricos de las películas o de las plantas de psiquiatría de los hospitales. Vale la pena visitarlo sin lugar a dudas. No hay que perderse el «Pavelló dels Distingits». ¡Espectacular!

«Desbordante de arte»

Esta visita deja a la luz el desbordante arte modernista adaptado a un lugar tan difícil como puede ser un hospital psiquiátrico. Es magnífico y excepcional. El lugar está apartado, poco indicado y difícil de localizar, pero vale la pena el esfuerzo.

«Amazing»

We toured the Institut and were amazed by the tile work and architecture. You can see the Gaudi influence here in each part. We were insane to leave here. Worth the trip.



El pabellón n.º 6 o Pavelló dels Distingits (Pabellón de los Ilustres) fue diseñado para acoger a los enfermos de alto poder eco-



nómico de la burguesía de principios del siglo xx con los máximos niveles de confort de la época (iluminación eléctrica, agua corrien-

te, radiadores en las habitaciones, etc.). Después de 80 años de uso ininterrumpido, en 1986 el pabellón n.º 6 dejó de alojar a internos del instituto para ser destinado a funciones culturales y de representación. Nueve años más tarde se iniciaron las visitas públicas gestionadas por el Patronato Municipal de Turismo y Comercio de la ciudad de Reus. En el año 1997 se integró el conjunto a la Ruta del Modernismo.

Los colores y la decoración estaban pensados para transmitir sensación de placidez y tranquilidad a los pacientes. Las rejas exteriores eran robustas pero al



Pavelló dels Distingits. Institut Pere Mata

mismo tiempo discretas y disimuladas, permitiendo la entrada de la luz exterior. Cabe destacar la ausencia total de esquinas puntiagudas en todo el recinto. Con la finalidad de evitar accidentes entre los pacientes, las escaleras y las barandas eran redondeadas y mínimos los elementos fácilmente rompibles.

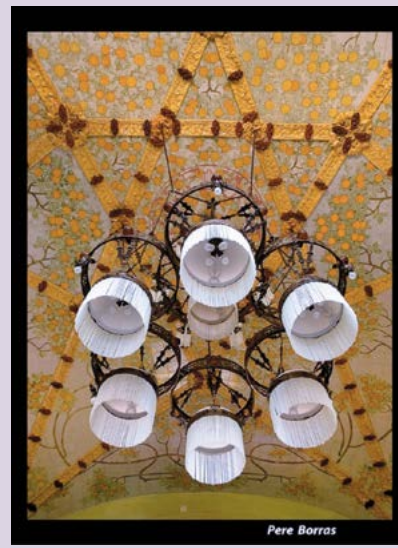
El Pavelló dels Distingits se alza como un compendio de pequeños detalles que el arquitecto

Lluís Domènech i Montaner planificó, ideó y diseñó para hacer la vida de los pacientes más fácil y cómoda.

Este edificio, que formaba parte de un complejo más amplio, estaba reservado únicamente para hombres. Constaba de una planta baja que se destinaba al ocio y a las actividades comunes (con la sala de música, la sala de juegos y el comedor) y dos pisos con las habitaciones de los internos.



En la decoración del pabellón predominan por encima de todo los temas vegetales y, en menor medida, los animales. Tratan de ser una alegoría sobre la curación de los enfermos internados. También son muy frecuentes los símbolos heráldicos catalanes y los temas medievales.



Construcción del Manicomio de Reus: introducción histórica

A mediados del siglo XIX Reus era la segunda ciudad de Cataluña en actividad económica, social y

cultural. Este dinamismo permitió hacer posibles diferentes iniciativas ciudadanas entre las cuales se encontraba la construcción de una sociedad privada con el objetivo de

ofrecer atención médica, cuidados y tratamientos vanguardistas a personas afectas de enfermedades mentales. El objetivo era construir y gestionar un centro psiquiátrico

modélico, con los últimos adelantos de la época y dirigido a todas las clases sociales.

El proyecto estaba impulsado por el Dr. Emili Briansó Planas y contó con el soporte del abogado, político y mecenas Sr. Pau Font de Rubinat. Estos ciudadanos ilustres convencieron a un grupo de 35 vecinos acaudalados para que formaran parte de una sociedad privada que había de materializar la idea y que se constituyó el 15 de noviembre de 1896. Inspirada en los ideales humanistas, patrióticos y progresistas de la época, encargaron el proyecto del manicomio al arquitecto Lluís Domènech i Montaner, quien, en estilo modernista, dio forma a los objetivos más innovadores de la iniciativa.

El 1 de marzo de 1900 se inauguró el hospital psiquiátrico y en 1919 se dieron por acabadas las obras sin que se hubiera completado el gran proyecto original diseñado por el arquitecto. Se le llamó «Manicomio de Reus», pero posteriormente cambió su nombre por el de Institut Pere Mata, en honor a este ilustre médico y político del siglo XIX.

En 1922, en el momento de la muerte del Dr. Briansó, el hospital tenía 500 pacientes y era una de las mejores instituciones psiquiátricas de Europa. El año 1936 la entidad llegó a los 1.059 pacientes, una cifra que no se volvió a alcanzar hasta el año 1955, ya en plena postguerra y después de una costosa y larga reconstrucción.

A principios de la década de 1990, con el cambio en el modelo político, el Institut Pere Mata se integró en la red sanitaria pública de la Generalitat. Se modernizaron los dispositivos asistenciales y se integraron en la comunidad al mismo tiempo que se establecían los acuerdos con la Universidad, primero la de Barcelona y después la Rovira i Virgili.

Actualmente, el Hospital Universitario Institut Pere Mata es una unidad docente de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Rovira i Virgili e imparte formación de grado y postgrado; además, está acreditado por el Ministerio de Sanidad para formar especialistas en psiquiatría, psicología médica y enfermería de salud mental a través de programas de residencia. ■

Lecturas recomendadas

Orígenes y fundamentos de la Psiquiatría en España. Compilación de Víctor Aparicio Basauri. Editorial Libro del Año S.L., 1997.

Història de la Psiquiatria a Catalunya. Miquel Bernardo y Rafael Casas. Edicions Universitat Barcelona, 1983.

Espaces intèrieurs: la maison et l'art (XVIII-XXIè siècles). Rosa M.^a Crixell, Teresa M.^a Sala, Esteve Castañer. Edicions Universitat Barcelona, 2007.

Metges i farmacèutics catalanistas (1880-1906). Josep M.^a Calbet, Daniel Montañà. Cossetània Edicions, 2001

Enlaces de interés

<http://www.gaudiallengaudi.com/EA106.htm>

http://www.tripadvisor.es/Attraction_Review-g666512-d4080680-Reviews-Institut_Pere_Mata-Reus_Baix_Camp_Costa_Dorada_Province_of_Tarragona_Catalonia.html

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

<http://www.filosofia.org/ave/001/a021.htm>

https://www.google.es/search?q=fotos+institut+pere+mata&rlz=1C2GGGE_enES424&tbm=isch&imgil=X1NXrqsSwkFgrM%253A%253Bhttps%253A%252F%252Fencrypted-tbn3.gstatic.com%252Fima



Emili Briansó Planes

(Reus 1863-1923)

Médico y político nacido en Reus en 1863. Licenciado en Medicina en Barcelona el año 1884, fue médico forense en Reus y médico de enfermos mentales en «Ca l'Agulla», un lugar de acogimiento y asistencia psiquiátrica en la provincia de Tarragona.

Jefe destacado de la militancia republicana, fue miembro del Partido Posibilista. Fue el gran impulsor de la creación del Manicomio de Reus (Institut Pere Mata) y posterior director. En 1910 fue alcalde de Reus.



Lluís Domènech i Montaner

(Barcelona 1850-1923)

Arquitecto, historiador, humanista y político catalán, diseñador de tipografías y encuadernaciones de libros e ilustrador. Fue uno de los principales protagonistas del Modernismo catalán.

Como arquitecto se adelantó a las propuestas arquitectónicas europeas con un lenguaje innovador y una arquitectura fundamentada en un nuevo concepto integrador de todas las artes. Algunas de sus obras son Patrimonio de la Humanidad.

Desde la docencia formó discípulos como Gaudí, Puig i Cadafalch, Raspall y otros.

Comprometido políticamente con el catalanismo, fue impulsor político de este. Al mismo tiempo llegó a ser diputado en las Cortes Españolas en unos momentos muy complejos hacia el año 1898.

Antes de finalizar el siglo XIX, en plena madurez del modernismo, Domènech construyó en Reus el Institut Pere Mata (1897-1919), que es un ejemplo de la arquitec-

tura y la estética puestas al servicio de las personas, y significó la presentación de un modelo avanzado de prestación médica en un momento de incipiente sensibilidad hacia una visión social de la salud. El instituto está formado por pabellones aislados desarrollados a partir de una ordenación urbana en la que todas las posibilidades de atención al enfermo están contempladas. Domènech dispone un lenguaje ornamental donde la naturaleza, adentrándose por las estancias mediante modelos de vidrieras, cerámicas y mosaicos, se instrumenta como un elemento benefactor del alma.

Unos años después utilizará el conocimiento de esta obra para el diseño (médicamente innovador) del Hospital de Sant Pau de Barcelona.



Pere Mata Fontanet

(Reus 1811-Madrid 1877)

Médico y filósofo materialista, político y literato español, nacido en

Reus en 1811 y fallecido en Madrid el 21 de mayo de 1877. Hijo del también médico Pere Mata Ripollès (autor de *Refutación completa del sistema del contagio de la peste y demás enfermedades epidémicas en general*). Estudió Medicina en Barcelona, comenzando muy pronto su actividad literaria, política y editorial. Partidario de la causa liberal, sufrió los vaivenes propios de la primera guerra carlista, que le obligaron a una estancia de varios meses en París, donde tuvo así ocasión de intervenir en la preparación de la edición aumentada de las *Recreaciones filosóficas* de Teodoro de

Almeida y de convertirse en uno de los introductores de la fotografía en España. Desde 1843 fue el primer catedrático de Medicina Legal en Madrid y está considerado el creador de esta disciplina en España (su manual se reeditó incluso a principios del siglo XX, impulsó en 1862 la creación del cuerpo médico forense y en 1870 la ley de Registro Civil). Decano de la Facultad de Medicina, rector de la Universidad Central, alcalde de Barcelona, diputado a las Cortes, senador del reino, gobernador de Madrid.

Síndrome de Hikikomori: el síndrome del aislamiento social



Dr. Alfonso Sanz Cid
Vocal de la Junta Directiva de ASEPP
Director del Instituto INDACEP

Es obvio que la sociedad en la que vivimos está evolucionando muy rápidamente y las formas de vida de cuantos lo estamos viviendo también están asistiendo a una muy rápida evolución.

Nos remontamos tan solo a 1969, año en el que se estableció la primera conexión de computadoras, conocida como Arpanet, entre tres universidades de California y Utah, en Estados Unidos, como fecha de nacimiento de internet, la herramienta que a través de las www (World Wide Web o conjunto de protocolos que permite de forma supuestamente sencilla la consulta remota a archivos de hipertexto) va a posibilitar conexiones inmediatas de voz, texto e imagen entre los extremos más distantes del planeta.

En 1996, esto es, aún no hace 20 años, Larry Page y Serguéi Brin, dos estudiantes de postgrado en Ciencias de la Computación de la Universidad de Stanford desarrollan una herramienta archiconocida, y hoy multimillonaria y todopoderosa, motor de motores de búsqueda como es Google (nombre adoptado

en 1997) que en nuestros días cuenta con más de un millón de servidores y centros de datos repartidos por todo el mundo y que es capaz de procesar diariamente hasta más de mil millones de búsquedas diarias.



Esta cifra representa sin duda alguna la constante necesidad de búsqueda de datos e información propia de la sociedad actual.

Las nuevas tecnologías de la comunicación ciertamente han transformado el ser y estar de nuestra sociedad para dejar muy atrás momentos como el origen del telégrafo hace ya 200 años, o aquellos en los que Meucci (1876) inventase el teléfono atribuido durante muchos años a Bell, y de aquellos otros en los que Karl Benz creó el automóvil (1885), o cuando Thomas Edison inventara (1897) la bombilla incandescente... El taquígrafo, los telegramas... han quedado completamente obsoletos

en nuestra sociedad y el teléfono ha sufrido una inmensa transformación: atrás quedan las cabinas telefónicas para pasar a ser cotidiana la imagen de quien está atravesando la calle a la vez que mantiene una conversación en su smartphone o aquella otra imagen que todos hemos tenido ocasión de ver en la que diversas personas están simultáneamente juntas y manteniendo conversaciones por whatsapp con terceros ausentes que en alguna manera quedan



integrados a un grupo, grupo que a su vez en alguna manera está unido por la “desintegración” por referirme a la forma en que están insuficiente o inadecuadamente integrados los miembros, miembros unidos de una manera tan superficial como insatisfactoria.

Ante tan ingente cantidad de datos y búsquedas, frente a un mundo que parece ir espectacularmente de-

prisa, aparece también una parte de la población que se queda como ensimismada en el extremo aislamiento como si del otro extremo se tratara, como si fuese la “antievolución”.

El término hikikomori (aislamiento, estar recluso, aislamiento social agudo) hace referencia a un fenómeno sociológico y a las personas que pertenecen a este grupo social de personas apartadas que han optado por abandonar la vida social debido a varios factores personales y sociales en sus vidas. Se sitúa al japonés Tamaki Saito como el precursor de esta nueva dimensión social, aunque tal vez deberíamos decir dimensión antisocial por cuanto representa este máximo aislamiento frente a lo socialmente admitido como normal.

Así pues se refiere el síndrome de Hikikomori a una situación descrita por el japonés Tamaki Saito en la que la característica fundamental es el aislamiento llevado a su muy alta expresión por no decir extremo ya que pueden ser diversas las patologías en las que los pacientes lleguen al aislamiento extremo como pueden ser aquellas patologías que cursan con ensimismamiento.

A diferencia del aislamiento en su máxima expresión que podría darse por ejemplo en la esquizofrenia, se viene considerando que el aislamiento que se encuentra en el síndrome que nos ocupa es una situación a la que el sujeto llega de forma voluntaria, esto es, el individuo no queda aislado como resultado de su patología sino que se aísla, como voluntariamente se han venido aislando los ermitaños.

En los estudios que se están llevando a cabo están siendo considerados el aislamiento social, transnacional y cultura. Están siendo investigadas científicamente como afectos de este síndrome personas afectadas por el mismo en India, Japón, Corea y Estados Unidos traba-

jando con participantes reclutados entre casos que se han identificado y que conste un aislamiento durante un periodo de al menos seis meses en el transcurso de los cuales el sujeto ha pasado la mayor parte del tiempo, casi en exclusividad, en sus casas y evitando todo contacto social y relación social asociado a un posible deterioro y/o angustia significativa que se estudian y se aplican las Escala de Soledad, Lubben Red Social Escala (LSNS-6), Sheehan Disability Scale (SDS).

En los trabajos de investigación publicados se identificaron 36 casos de hikikomori detectados en los cuatro países indicados anteriormente, encontrando unos altos niveles de soledad (Escala de Soledad M= 55,4, DS 10,5), con unas redes sociales un tanto limitadas (LSNS-6: M= 9,7; DS 5,5) y deterioro funcional moderado (SDS M=16,5; DS=7,9).

El Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones del Hospital del Mar de Barcelona trabaja también con casos a los que se refiere este aislamiento con un promedio de aislamiento de 39,3 meses y se ha documentado un caso extremo de 30 años de aislamiento social. Dejamos igualmente constancia del que parece ser el primer caso descrito en España, concretamente en Zaragoza. Gallego Andrada y de la Gándara indican que en España, este fenómeno se conoce con el nombre de “Síndrome de la puerta cerrada”, en el mundo anglosajón como “Social withdrawal” y en el mundo franco-parlante como “Syndrome du retrait social aigu”.



Algunos autores identifican cuatro subtipos de situaciones relacionables con el hikikomori: el pre-Hikikomori o junhikikomori, que sale de vez en cuando o asiste al colegio o universidad algunas veces, pero carece de toda relación social; el Hikikomori social, que rechaza el estudio, el trabajo o la preparación laboral, pero mantiene relaciones sociales, llamado también NEET (norcurrently engaged in education, employment or training), que presenta numerosas características similares a la generación conocida en nuestro entorno como «ni-ni» (ni trabaja ni estudia); el Tachisukumigata, que presenta una fobia social muy marcada y se siente paralizado de miedo y el etogehaijin, que vendría a ser el “zombi” del ordenador.



Obviamente surge la pregunta del por qué se aíslan estos sujetos hasta llegar a estos extremos de aislamiento que parecen mostrar un rechazo máximo para con el mundo, un “enfado para con el mundo”.

Sin duda alguien deberá trabajarse muy a fondo el diagnóstico diferencial con los trastornos de la personalidad, caracteropatías, trastornos del estado de ánimo, etc.

Se abre pues una puerta al conocimiento de estas situaciones a las que, con rigor científico, quizás nos tenemos que plantear si podemos o debemos llamarlas patologías aunque al entender del clínicos sean obvios trastornos, pero invade la duda desde el momento en que se refiere a situaciones asumidas voluntariamente por el individuo. ■

Nueva Zelanda

Dr. José Antonio López Rodríguez

En el camino hacia Milford Sound

Bueno, tía: vete preparando las maletas. Ya sé que te gustaría este viaje, pero, como siempre, yo te lo voy a contar para que lo vivas con la imaginación, que es un arma que nos es muy útil para la vida.

No puedes adivinar dónde vamos esta vez: Nueva Zelanda. «¡Caramba! –dirás– ¿No podrías ir más lejos?» Pues, mira tía, no. Ya sabes que Nueva Zelanda son las antípodas de España. Es decir, el país más alejado del nuestro. Si hicieras un agujero en la tierra y salieses por el otro lado del globo, estarías en Nueva Zelanda.

Ya sé que pensarás que qué cosas se me ocurren, ¿no podría ir un poco más cerca? Bueno, pues hay alguna razón para eso. Tenía que ir a Melbourne por un tema profesional y, como en Melbourne ya hemos estado y era poco tiempo la cuestión del viaje, pensé que sería el momento de ir a Nueva Zelanda. Total, solo está a dos horas de avión y me habían hablado tantas maravillas del país que lo tenía entre mis prioridades en cuanto surgiese la ocasión. ¡Y surgió!

No me prepares ningún bocadillo para el viaje, porque en Nueva Zelanda no dejan entrar absolutamente nada de comida del exterior, ni siquiera fruta. Son muy estrictos con el control medioambiental, lo cual a veces resulta irritante, aunque hay que reconocer que la naturaleza y su preservación son probablemente lo que más llama la atención del país y uno de sus mejores activos.

Ya sé que la geografía y la historia nunca fueron tu fuerte, y menos sobre un país tan raro y lejano para nosotros como Nueva Zelanda, así que empezaré por estos dos temas.

En realidad, Nueva Zelanda son dos islas diferentes: la del norte y la del sur. Pero, además, hay una serie de pequeñas islas que completan el país. Las dos islas prin-

cipales están separadas por el Estrecho de Cook, que tiene 22 kilómetros de ancho en su punto más angosto. El área total del país es de unos 260.000 km², es decir, casi la mitad que España, un poco más pequeño que Italia o Japón y un poco más grande que el Reino Unido. Pues mira: en ese país tan grande solo viven 4,5 millones de personas. De esto te hablaré después, porque condiciona mucho su tipo de vida y su carácter.

Aunque la ciudad más importante es Auckland, la capital es Wellington, y ¿sabes por qué?, por esas razones de la política. Auckland está en la parte norte de la isla norte, y para que la del sur no se sintiese demasiado alejada de su capital –y para evitar ideas de separatismo– siguieron las estrategias maquiavélicas– los británicos colonizadores pusieron la capital en Wellington, que es la ciudad más al sur de la isla del norte y está justo en el Estrecho de Cook, que ya te he dicho que es la franja de mar que separa ambas islas.

El país es largo y estrecho. Con aproximadamente 15.000 km de litoral. Después de estas dos grandes islas, las cinco islas habitadas son: Steward, las Islas Chatham, Gran Barrera, D’Urville y Waiheke.

El país cuenta con extensos recursos marinos con la séptima zona económica exclusiva más grande del mundo.

La isla del sur es la más grande de las dos y está dividida a lo largo por los Alpes del Sur. Las partes más altas están cubiertas por bosques y fiordos. La isla del norte es menos montañosa, pero está marcada por la profusión de volcanes. La zona volcánica de Taupo sigue siendo muy activa y tiene el lago más grande del país, el lago del mismo nombre.

Nueva Zelanda es una democracia parlamentaria, aunque sigue manteniendo la figura de la Reina de



Inglaterra como Jefe de Estado honoraria. Tiene una economía de mercado moderna, próspera y desarrollada; su moneda es el dólar neozelandés.

Depende en gran medida de sus productos agrícolas y ganaderos. Cuando atraviesas en coche las islas, crees que estás siempre pasando por una granja llena de ovejas y vacas. Su comercio de carne y lana sigue siendo fundamental, lo cual también les marca un estilo de vida.

Después de introducirte en el país, como ya sé que a ti te gusta que te cuente cosas de historia, te voy a dar unas pinceladas sobre su devenir. Tiene una historia corta, pero rápida, con muchos acontecimientos en los últimos dos siglos.

Los primeros que llegaron a Nueva Zelanda fueron los pueblos polinesios, aunque no se sabe exactamente de qué islas. Se cree que pudieran ser de las Islas Cook, Tahití o las Marquesas. Llegaron aproximadamente el año 1200 d.C y se establecieron rápidamente desde el norte de la isla del norte hasta el sur de la isla del sur. Durante 200 años tuvieron un gran desarrollo demográfico, pues disponían de una

dieta muy rica en carne (ahora que está tan mal visto comer carne), y gracias a ello pudieron no solo tener más hijos, sino que alcanzaron una mayor supervivencia infantil gracias a que las proteínas mejoraban su sistema inmunitario.

Sin embargo, a partir de 1400, estas fuentes de riqueza decayeron, y tuvieron que alimentarse no solo de la agricultura, sino de pájaros o ratas, lo cual disminuyó la ingesta de proteínas, y su demografía bajó drásticamente.

“La naturaleza y su preservación son probablemente lo que más llama la atención del país.”

Estos polinesios iniciales son los que constituyen la cultura ahora llamada maorí. No tenían metales ni escritura ni consumían alcohol o drogas. Su cultura y vida espiritual era rica, basándose en los mismos ritos, dioses y costumbres que mantienen actualmente.

Como siempre, el hombre blanco llega a todas partes gracias a su tecnología y a su ambición. En este sentido, los primeros que llegaron fueron los holandeses. Sí, ya sé que te extrañará, porque todo el mundo piensa que fueron los británicos, y por eso Nueva Zelanda es británica. Pero no es así. El primero que llegó fue el holandés Abel Tasman (ya sabes que los holandeses, con tal de comerciar, van hasta el infierno). Llegó en 1642. Sin embargo, no se quedaron, por un malentendido: cuando los maoríes se acercaron con sus canoas con sus ritos de bienvenida, los holandeses lo interpretaron como un acto beligerante, y abrieron fuego contra los maoríes, los cuales respondieron con sus armas y hubo muertos por ambas partes. Inmediatamente, los holandeses se marcharon, sin regresar. Sin embargo, aunque no volvieron, sí la describieron, llamándola Nueva Zelanda, ya que Zelanda es una provincia de los Países Bajos. Por esto, a pesar de ser británica, su nombre es de procedencia holandesa.

En 1769, el inglés James Cook llegó y exploró toda la costa, asentándose definitivamente en Nueva Zelanda. A partir de aquí se produjo un gran intercambio económico con Inglaterra. También fueron apareciendo muchos barcos balleneros americanos que provocaron los primeros hoteles, pues iban a las islas a descansar y a inaugurar la moda del turismo sexual, lo cual empezó a traerles enfermedades que no conocían.

La introducción de la patata y el mosquete transformó la agricultura y la guerra, comenzando en el norte y extendiéndose hacia el sur. Como resultado, las Guerras de los Mosquetes abarcaron más de 600 batallas entre 1801 y 1840, matando a 40.000 maoríes. No obstante, las



El puerto de Auckland



La vista de Queenstown, con su lago rodeado de montañas, desde mi hotel

enfermedades introducidas por los colonizadores jugaron un papel aún mayor en el declive de la población maorí, que cayó cerca de un 40% durante el siglo XIX.

En 1840 se firmó el Tratado de Waitangi, que reconoce a los maoríes su independencia y sus derechos sobre sus tierras. Este fue el momento clave en el que se gesta la unidad del país, formado por una mayoría de británicos y una minoría de maoríes. En la actualidad, los maoríes representan el 15% de la población, estando casi todos asentados en la isla del norte.

Los derechos de los maoríes pasaron por malos momentos hasta la década de los 70 del siglo pasado, cuando sus costumbres y derechos se asimilaron por la población blanca, formando la unidad en la que viven ahora, y absorbiendo la población blanca ciertos ritos y costumbres maoríes, como por ejemplo el conocido rito maorí antes de cualquier lucha, que han trasladado ahora al deporte.

¿Qué me encontré cuando llegué, tía? En primer lugar, un hecho curioso: llegué justo el día que se ce-

lebraba la final de rugby de la zona asiática. En esta zona es el deporte por excelencia, siendo ellos y los australianos los mejores del mundo. Pues bien, se celebraba la final clásica Australia contra Nueva Zelanda. La primera sorpresa fue desagradable, porque debido a esto el hotel estaba a un precio desmesurado, pero bueno, qué le vamos a hacer. En cambio, vi dos aficiones –la australiana y la neozelandesa– totalmente volcadas en el partido, pero no vi ni un solo incidente tanto durante el día como después del partido. Esto es una cosa que he visto tanto en Australia como en Nueva Zelanda. El ambiente era sencillamente festivo, pero no agresivo.

Este rasgo forma parte de todo lo que vi en Nueva Zelanda en general: gente amigable, sin el nivel de irritación y agresividad que vemos en las grandes ciudades de los países occidentales. Como te he dicho otras veces, yo creo que tiene que ver con el hecho de ser pocos, tener amplios espacios, y un nivel de vida muy alto. Esto hace que no exista ese nivel de competitividad que se da en los países

superpoblados y con menor nivel económico.

Fíjate, hay un hecho curioso: son muy gritones. Yo diría que incluso gritan más que en España. En la mayor parte de los restaurantes donde estuve había que alzar la voz para entenderse por el ruido que había. Tengo la sensación de que esto es debido al origen de sus habitantes. Los inmigrantes que llegaron a Nueva Zelanda eran de clase media-baja, con una cultura más bien baja, y en general creo que esto les hace ser más ruidosos, con modales poco refinados, espontáneos, pero también con la capacidad de disfrute que tienen las clases más bajas.

“En la actualidad, los maoríes representan el 15% de la población, estando casi todos asentados en la isla del norte.”

Supongo que esa extracción social media-baja de los fundadores del país se refleja en la mentalidad general, que es abierta, no sólo en lo social, sino también desde el punto de vista político. De hecho, hay un dato que me resultó revelador: Nueva Zelanda fue el primer país del mundo donde se instauró el voto femenino.

Mira si son tranquilos y tolerantes que aguantaron todas las barbaridades que hice conduciendo por la izquierda. Incluso, una vez en una carretera me confundí y conduje un rato por el carril contrario. En seguida, llegó la policía, y el agente amablemente me dijo que había sido alertado por un vecino del pueblo



Milford Sound

por el que acababa de pasar y que quería comprobar que yo no estaba ebrio –era una zona de catas en bodegas. Como vio que todavía no estaba ebrio, me dijo amigablemente que, como era extranjero, condujese despacio para no equivocarme.

Como te decía, el primer día llegué a Auckland, donde se celebraba el partido. Es una ciudad preciosa, moderna y muy agradable de vivir. De hecho, ocupa el cuarto lugar mundial entre las ciudades de mejor calidad de vida. Al estar abierto al mar, sus habitantes disfrutaban mucho de la navegación y el puerto está lleno de barcos de todas dimensiones. Personalmente, el puerto es lo que más me gustó. Es una zona llena de tiendas, restaurantes y lugares de ocio que hacen que la noche sea muy divertida, desmintiendo una vez más la idea de que solo en España sabemos divertirnos por la noche. Eso sí, vi todo tipo de diversiones, incluso una biblioteca al aire libre que funcionaba las 24 horas, con taburetes donde sentarse a leer tranquilamente. Naturalmente, los libros estaban sobre las estanterías, accesibles y sin ningún control de seguridad. Solo había un sonriente joven que departía con los usuarios de la biblioteca comentando los libros. Esto fue solo un ejemplo de

la apacibilidad del ambiente neozelandés.

El urbanismo de Auckland es muy característico de las ciudades del nuevo mundo. Hay zonas principales en las que los grandes rascacielos compiten no solo en altura, sino también en modernidad. A menudo las calles son casi como autopistas, con pasos elevados. Sin embargo, junto al Ayuntamiento, se extiende una importante zona en la que los edificios coloniales –grandes casas de madera con acogedores porches y preciosistas verandas de hierro fundido pintadas en blanco– están rodeados de parques. Allí la naturaleza, incluso la domesticada, es muy potente. Los árboles de magnolios y camelias, o los ficus, son enormes. En esa zona colonial se encuentra la Auckland Art Gallery, una institución allí ubicada en un edificio especialmente bello, inaugurado en 2012, que hace evidente la conjunción de la arquitectura con la naturaleza, realizado en maderas nobles, evocando las cabañas y la arquitectura tradicional maorí, reinterpretándola hacia lo contemporáneo, con líneas puras y grandes ventanales sobre el parque contiguo. Lo que más me interesó, tía, fueron las salas con pintura colonial, en las que

aparecían las castas sociales y las mezclas de maoríes con británicos.

Dejé Auckland y me fui a Queenstown. ¡Qué espectáculo! Mi ciudad favorita de todo el viaje. ¡Qué maravilla de naturaleza! Ya la llegada fue impresionante: cuando el avión estaba bajando y empecé a ver esas montañas, lagos y fiordos, fue una premonición de lo que me esperaba. Queenstown es una ciudad pequeña en el borde de un lago maravilloso, rodeado de montañas. A pesar de ser pequeña, el lugar era muy animado. No sé dónde leí que tiene la noche más animada de todo el país. Y doy fe de ello, a pesar del frío que hacía (dos grados bajo cero en pleno mes de agosto, aunque ya sabes que allí agosto es pleno invierno). Inmediatamente, al llegar fui a dar un paseo en barco por el lago. ¡Qué maravilla! Por la noche, una cena de pescados del lago para recordarlo, con un vino neozelandés.

Al día siguiente me fui a hacer una excursión inolvidable por Milford Sound. Es la zona sur de la isla del sur. Por aquí entraban muchos barcos, fundamentalmente balleneros. Es un fiordo rodeado de unas montañas como el Mitre Peak, francamente inolvidables. Ya la excursión en autobús desde Queenstown, que dura unas tres horas, es un auténtico espectáculo. A la vuelta, extasiado de estos paisajes, me dediqué a otra de las cuestiones, que luego te hablaré, que me han impresionado de Nueva Zelanda. Me fui a un centro de cata de vinos neozelandeses, que acompañé de embutidos y quesos. A pesar del frío que hacía fuera, yo estaba calentito por dentro.

Lamentablemente, a mi pesar, tuve que dejar Queenstown y volver hacia Wellington que, como te decía, es la capital de la nación y está justo en la parte sur de la isla del norte, en el estrecho de Cook.



Con los viñedos del Valle de Wairarapa

Wellington me gustó, pero no tanto como Auckland. Hubo algunas cosas que me interesaron, pero le faltaba la vivacidad de Auckland. En general, me pareció que la isla del sur, además de tener una naturaleza más pintoresca, también tenía un ambiente humano más cálido, más acogedor.

Como uno de los objetivos de mi viaje era conocer bien los vinos neozelandeses, quería ir al sitio más famoso, que es el valle de Marlborough, que pensaba que estaba relativamente cerca de Wellington. Pero no era así. La excursión duraba el día entero y no era fácil hacerla por varias razones, por lo que tuve que cambiar el destino e irme a los valles de Martinborough y Wairarapa, que estaban a poco más de una hora de Wellington. A diferencia del de Marlborough, cuya uva estrella es la Sauvignon Blanc, la de Wairarapa es la Pinot Noir. Estuve haciendo varias catas y me pareció la mejor Pinot Noir después de la francesa. Luego te contaré más, tía.

Como no solo de vino vive el hombre, al regresar a Wellington,

me fui a un museo –¡mira que soy culto!– Me habían hablado mucho del museo «Te Papa», que es probablemente la institución cultural más importante del país. Es casi como su emblema. La verdad es que es bastante impresionante, muy distinto de los museos del viejo mundo. Un enorme edificio moderno, enclavado junto a la bahía, en el que todo está pensado con la finalidad de explicar la identidad neozelandesa. En este museo son muy importantes las salas de tipo

etnográfico-histórico, con una gran cantidad de artefactos maoríes –la mayoría de ellos reconstrucciones–, audiovisuales y elementos interactivos. La tecnología es protagonista en la manera de mostrar las cosas y la historia del país se muestra con un discurso orgullosamente satisfecho de haber alcanzado la fusión entre los colonizadores y los colonizados. Consecuentemente, todo está pensado para que el público infantil y juvenil aprenda, jugando, sobre su identidad.

Al día siguiente partí en coche desde el sur de la isla del norte hacia el centro, hasta la ciudad de Rotorua. El viaje fue impresionante. Es la zona donde, fundamentalmente, se han rodado las películas de *El Señor de los Anillos* y *El Hobbit*. Aunque las localizaciones de las películas están diseminadas por ambas islas, es en esta zona donde se concentran, y concretamente en el pueblo de Matamata, donde se realizaron las casas que sirvieron para la película. De hecho, al pueblo ahora le llaman «Hobbiton» y es lugar de peregrinación turística de forofos de las sagas de los Hobbits de todo el mundo buscando localizaciones y detalles de las películas.



El Museo de Rotorua

De aquí me fui a Taupo, con su maravilloso lago, el más grande de Nueva Zelanda, rodeado de volcanes que siguen en actividad. Glorioso el paseo en barco por él.

No pude hacer noche por la premura, pues quería ir a Rotorua. Es el centro de la cultura maorí, y aunque hay más población maorí en Auckland, en Rotorua está el centro histórico de esta cultura con su famoso museo. Llama la atención de él el edificio donde está enclavado, ya que es un antiguo balneario británico al que iban los colonizadores de clase alta a tomar las aguas, pues toda la zona está llena de géisers. El edificio está construido con una estética neo-Tudor y está dedicado en gran parte a la historia de la cultura maorí. Probablemente, lo más curioso para mí fueron las salas dedicadas a la participación de los maoríes en la Primera Guerra Mundial.

Al día siguiente, de nuevo en coche para volver a Auckland. Aunque es un viaje de 280 km, es una auténtica experiencia el camino por medio de valles y lagos a cual más impresionante. Llegada a Auckland, y por la noche, después de pasear por la ciudad, cena de despedida en el puerto. Inolvidable.

Se acaba el viaje. Pero tengo que decirte que uno de los objetivos, que era conocer los vinos neozelandeses, ha superado mis expectativas. He conocido muchos vinos y me han sorprendido gratamente. Tenía la idea de que los vinos neozelandeses eran fundamentalmente los blancos de uva Cabernet Sauvignon del valle de Marlborough, y no es así. Gracias a sus condiciones climáticas –muy parecidas a Borgoña– no solo elaboran una extraordinaria Cabernet Sauvignon –para mí incluso a veces mejor que la francesa–, sino que

también su Riesling es muy apreciable. Pero, sobre todo, su Pinot Noir, que es la reina de las uvas tintas, consiguen que sea la mejor del mundo después de la de Borgoña. Como es mi uva favorita, la he probado de varios países. Todas me han defraudado, excepto la de Nueva Zelanda. Hay que darle más atención a esta uva neozelandesa. El que lo haga saldrá muy satisfecho, y la relación precio-calidad es mucho mejor que la francesa.

Bueno, tía. Se acaba el viaje. Lamentablemente han podido ser sólo ocho días. Desde luego, Nueva Zelanda precisa de dos o tres semanas como mínimo para recorrer en coche las dos islas. Así se lo aconsejaré a quien me pregunte por este país. ¿Qué queda en mi recuerdo? Los mejores paisajes del mundo, magníficos vinos y sonriente calidad de vida. No sé si volveré, pero me gustaría. ■



Tu agenda de congresos de *Psiquiatría*



Psique Congresos



Entra

en la app de congresos de **Psiquiatría**.



Busca

los congresos por **zona geográfica, fecha o palabras clave**.



Selecciona

los congresos que te interesen y etiquétalos como **favoritos**.



Guarda

los congresos en la **agenda de tu móvil**.



Conoce toda la información esencial sobre el congreso con antelación

Encontrarás las fechas y lugar del congreso, la previsión del tiempo de la ciudad donde se celebra, el aeropuerto más próximo, el transporte público, dónde alquilar algún vehículo, restaurantes, qué comprar, cálculo de divisas, traductor...

Contrastes

Si en el número anterior nos la jugamos con la pareja de psiquiatras, en esta ocasión incrementamos la apuesta con padre e hija, «escalera de azules». Dando total credibilidad al nombre de esta sección «Contrastes», valoramos tanto la mutación genética aparecida en Salvador, como la copia y repetición genética de Elena.



Nombre:

Elena Ros Cucurull

Edad (aproximada al menos): 30, recién cumplidos

Actividad profesional y cargo: psiquiatra en Hospital Vall d'Hebron y socia fundadora en el Instituto Internacional de Neurociencias Aplicadas (IINA).

El mejor año de su vida (año/edad) (y por qué):

probablemente, 2009, cuando me alentaron a descubrir el mundo de la navegación y lo emocionante que es viajar a bordo de un velero, aunque intento que cada año tenga algo especial e inolvidable que recordar.

De pequeña quería ser... médico, al parecer lo repetía ya con 4 años cuando me lo preguntaban en el colegio.

Pasional o racional (apasionada o metódica): racional y metódica, aunque con un cierto cariño por la búsqueda de nuevas sensaciones.

Comida o cena: cena, lo más íntima posible y en compañía de las personas a las que aprecio.

Su plato más íntimo: colmenillas con foie, recuerdo el momento exacto en que lo descubrí.

Su color preferido: azul.

Un defecto: una excesiva perseverancia... llegué a ser bautizada cariñosamente como «carcoma» por mi familia.

Bloque personal

Planes de futuro: crecer a nivel personal y profesional en compañía de los míos, formar mi propia familia y continuar descubriendo cada uno de los rincones que alberga nuestro planeta.

Salud, trabajo o amor (la suma ha de ser igual a 100): salud 40, trabajo 10 y amor 50.

Un lugar para perderse: una casa deshabitada en las Islas Eriozas o un pueblo de alta montaña repleto de nieve bien entrado el invierno.

Un viaje pendiente: la Panamericana sobre dos ruedas.

La palabra que más veces utiliza a lo largo del día... gracias.

Qué libro regalaría: El mundo de Sofía, de Jostein Gaarder.

Canción de la que siempre solicitaría dos besos: Mirage, Hotel Costes.

Película inolvidable: Qué bello es vivir, de Frank Capra, todo un icono de la historia del cine, inmortal.

Su último concierto: concierto benéfico de la orquesta de la Universidad de Barcelona en el Liceu con mi hermana como violín.

Diurna o nocturna: diurna y nocturna... incansable.

¿A qué edad se jubilaría? A aquella que me permitiera conservar aún salud suficiente para continuar viajando y seguir disfrutando de la vida junto a los que más quiero.

¿Cuánto tiempo lleva dedicándose a la psiquiatría? Casi 7 años.

Profesional que más le ha influido: mi padre, sin duda y desde una edad muy temprana. He crecido entre términos psicopatológicos, nuevas moléculas, congresos, mudanzas de despacho, días de consulta repleta y traspasos pero, ante todo, he vivido muy de cerca la emoción y el cariño incondicional por la que es nuestra profesión.

Una depresión es... un malestar tal que solo pueden comprender aquellos que la han padecido.

Pelota, caballo o manzana: algo que me aterroriza dividir y un momento de la vida donde el pasado debe pesar más que el presente.

Rorschach o MMPI: MMPI pero sin excesos.

Amar es... respetar y querer a la persona tal y como es y por encima de todo.

El pecado capital más extendido: la envidia y el silencio que, a veces, supone la peor de las mentiras.

Un diván sirve para... lograr un momento de pausa en la vida tan frenética que llevamos? El psiquiatra lo usa a veces para trabajar, aunque cada vez menos. En cualquier caso, no debería faltar en ninguna consulta, por decorativo y por respeto a nuestra historia.

Bloque profesional

Una teoría que explique el comportamiento humano: una fotografía de nuestro interior tratada con «Photoshop»; una manera sofisticada de informar sobre nosotros mismos.

La última vez que... No creo en oportunidades únicas y en cualquier caso, cada fracaso enseña al hombre algo que necesita aprender.

Característica psíquica que mejor define los tiempos actuales: decepción e indignación.

Proverbio o frase/ejemplo ilustrativo que suele utilizar en su consulta: «A veces en la vida hay que saber luchar no solo sin miedo, sino también sin esperanza» o «caer está permitido, levantarse es obligatorio», aunque en realidad siempre estoy improvisando y ante la enfermedad los proverbios son poco útiles.

El año que viene... me gustaría que fuese al menos tan maravilloso como los últimos que he vivido hasta ahora. Sin embargo, «me es difícil hacer predicciones sobre todo acerca del futuro».

Un psiquiatra no debería ser... poco empático ni intransigente.

**Nombre:**

Salvador Ros Montalbán

Edad (aproximada al menos):

solo 63 años

Actividad profesional y cargo: psiquiatra «de nacimiento», debió ser una mutación, pues no encuentro antecedentes familiares responsables.

El mejor año de su vida (año/edad) (y por qué): no puede ser uno, los dos mejores años de mi vida, 1984 y 1988, cuando nacieron mis hijas Elena y Adriana.

De pequeño quería ser... Mi padre era carpintero en unos astilleros y yo quise ser ingeniero naval. A los 14 años comencé a trabajar en una pequeña clínica de accidentes de trabajo, y tropecé accidentalmente con la Medicina.

Pasional o racional (apasionado o metódico): me gustaría haber sido pasional, pero siempre he sido racional, sistemático, perseverante, aburrido, o al menos esa ha sido mi apariencia.

Comida o cena: no importa, pero siempre acompañada de las personas que quiero.

Su plato más íntimo: estofado de lentejas, o cocido maragato, o pescadito frito, o la olla gitana que prepara mi madre. En cualquier caso soy un proscrito de la nueva cocina.

Su color preferido: azul.

Un defecto: bastantes, soy bajito, tengo poco cabello, rencoroso, tozudo y desespero a mi familia, por mi adicción al trabajo. Solo he contado los menos comprometidos.

Planes de futuro: envejecer con dignidad. Seguir apoyando a las personas que quiero (familia, discípulos, colegas, amigos).

Bloque personal

Continuar en mi lucha personal por la dignificación de la psiquiatría privada. Trabajar hasta el último minuto de mi vida.

Salud, trabajo o amor (la suma ha de ser igual a 100):

salud 10%, trabajo 40%, amor 50%.

Un lugar para perderse: leyendo un diario y tomando un café en la Plaza Mayor de Salamanca, bebiendo un Campari en un mirador del Albaicín frente a La Alhambra, o paseando en una puesta de sol alrededor del Monasterio del Escorial. También me gusta perderme por el Trastevere en Roma o por La Alfama y El Chiado en Lisboa.

Un viaje pendiente: la isla de Pascua.

La palabra que más veces utiliza a lo largo del día... a mi secretaria a partir de las 7 de la tarde: «¡uff!, ¿cuántas visitas me faltan?» A mis pacientes: «tómelas desayuno, comida y cena».

Qué libro regalaría: Crónica de una muerte anunciada de Gabriel García Márquez y La Peste de Albert Camus. Siempre me preocupó nuestra vulnerabilidad ante el destino y el concepto de lo absurdo.

Canción de la que siempre solicitaría dos bises: A mi manera, pero cantada por Frank Sinatra. Ne me quitte pas, pero cantada por Brel. Y de mi época estudiantil Palabras para Julia, poema de Tzvetan Todorov, pero cantada por Paco Ibáñez.

Película inolvidable: Quien teme a Virginia Wolf o El Padrino.

Su último concierto: Liceu de Barcelona, donde mi hija Adriana actuó como segundo violín de la Orquesta de la Universidad Central.

Diurno o nocturno: como buen melancólico contrariado, nocturno.

¿A qué edad se jubilaría? Voluntariamente no lo haré nunca.

Algún colega deberá decirme hasta aquí has llegado, probablemente mi hija.

Bloque profesional

¿Cuánto tiempo lleva dedicándose a la psiquiatría?

Cuarenta y dos años. Mi primer contacto con la psiquiatría fue un trabajo de auxiliar de clínica en el Instituto Municipal de Psiquiatría de Barcelona, todo un regalo del destino, un sueldo pequeño pero estable, que me permitió continuar mis estudios de medicina.

Profesional que más le ha influido: mi maestro y amigo José María Costa Molinari. Hombre de profundas convicciones nacionalistas. Tropezó con mi atrofia selectiva cerebral para aprender idiomas, todos ellos. Una mañana mientras desayunábamos en el hospital me dijo casi emocionado «Ros, he soñado contigo, estabas dando tus clases en la facultad, y lo hacías en catalán, con una perfecta dicción». Ya ha fallecido, a veces pienso que podría haberte hecho este regalo, aunque solo hubiera sido una vez.

Una depresión es... La experiencia más terrible que soporta el ser humano. Un auténtico castigo de nuestra naturaleza. La mejor de las razones para dejar de vivir.

Pelota, caballo o manzana: yo he sido correcto en todas mis respuestas. Dr. Domènec, ¿por qué me amenaza?

Rorschach o MMPI: colaboradores necesarios, pero no dividimos que una buena exploración psicopatológica es el eje central del diagnóstico en una especialidad médica donde la psicometría es pasado imperfecto y los marcadores biológicos futuro incierto.

Amar es... Siglos de literatura y nadie ha expresado de forma perfecta su contenido. Solamente es capaz de entenderlo quien lo siente.

El pecado capital más extendido: la ausencia de ética y cultura «Cuando la ética y la cultura están bajos en el horizonte,

hasta los enanos son capaces de proyectar grandes y preocupantes sombras».

Un diván sirve para... Hace años le habría dicho para dormir la siesta. He vivido a lo largo de mi vida profesional el dilema la rata o el diván. Sin embargo, según maduro en mi profesión, y siendo mi formación nada sospechosa, creo que debemos reconsiderar la figura de Freud.

Una teoría que explique el comportamiento humano: siempre hemos tropezado con los límites de la «caja negra».

La última vez que... He cometido los errores que me corresponden estadísticamente, pero no me arrepiento de nada.

Característica psíquica que mejor define los tiempos actuales: impulsividad. Búsqueda de sensaciones. Desesperanza. Terror al envejecimiento y la muerte.

Proverbio o frase/ejemplo ilustrativo que suele utilizar en su consulta: «Todo es tributario de empeorar» (es broma), «la vida es bella, ya verás, como... a pesar de los pesares...» (también es broma).

El año que viene... la situación económica mejorará, y mi país dejará de sufrir. También me gustaría seguir sin acudir al médico, a los que afortunadamente he podido mantener a distancia hasta ahora.

Un psiquiatra no debería ser... Distante, frío, sin empatía, dogmático, impaciente.

Interactivos



Esta sección 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» damos información sobre 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 darla a conocer a pacientes y familiares.

WEBS DE UTILIDAD

En este número centraremos nuestra atención en algunos blogs de psiquiatría que pueden aportar información curiosa o interesante. Detallamos algunas de ellas, seguramente habrá de mejores o más informativas y novedosas, o relativas a otros temas y no citadas en este apartado. Es por ello que os animamos a descubrirnoslas en nuestra web de ASEPP.

<http://www.psychiatrictimes.com/blogs>

Psychiatric Times es una publicación médica psiquiátrica cuya primera edición nace en enero de 1985 como revista bimensual. Desde 1992 es considerada como la publicación psiquiátrica más ampliamente consultada.

En su edición on-line actual destacan: la continuidad de la revista mensual, la página de congresos que presenta una cobertura y enlaces exclusivos de los principales congresos de psiquiatría (APA incluida). Pone a disposición del usuario un gran número de escalas clínicas diagnósticas que se pueden descargar fácilmente. Tiene una sección de «Informes especiales» que analiza en profundidad algunos aspectos actuales en psiquiatría, por ejemplo, en la última edición sobre psiquiatría geriátrica.

Asimismo, son de gran interés y participación los CME, cursos de educación médica continuada que abordan aspectos actuales y novedosos en cuanto a formación, contando también con una evaluación y un certificado por haber completado la formación.

En el apartado Blogs, que recomendamos en este número, aparecen opiniones, consejos y noticias de psiquiatras y profesionales de la salud mental sobre temas de actualidad y contando con una amplia participación.

www.psiquifotos.com

Es un blog de gran calidad y trabajo impagable sobre «Imágenes de la psiquiatría», sustentado por nuestro colega vasco Dr. Oscar Martínez Azumendi. Es un proyecto, ya de larga evolución, que profundiza en las diferentes áreas de intersección entre fotografía y psiquiatría. Dirigido principalmente a un público de profesionales en salud mental.

Sus contenidos pueden ser descriptivos, narrativos, de denuncia, de testimonio, publicitario o propagandístico, artístico, arquitectónico o del propio entorno doméstico.

Los fines que se pretenden con la publicación de estas imágenes son: la fotografía utilizada en el proceso diagnóstico de salud mental, como instrumento terapéutico, como estrategia dirigida a la superación individual o como sublimación de impulsos individuales.

<http://www.portalesmedicos.com/portalsiquiatria/>

Por su amplia cobertura, recomendamos esta dirección electrónica. Dentro de portales médicos general, que abarca cualquier especialidad médica, podemos acceder a la sección especial dedicada a la psiquiatría. Destacan en esta página la presentación de casos clí-

nicos en psiquiatría, presentaciones en diapositivas de diferentes temas y enlaces muy extensos con diferentes revistas y sociedades.

En la biblioteca se recogen artículos y trabajos de psiquiatría que han sido publicados previamente en otros medios digitales y escritos. También cabe reseñar su diccionario, su directorio de profesionales, cursos de formación, hasta incluso ofertas de empleo.

<http://desdeelmanicomio.blogspot.com.es/>

Blog en castellano totalmente recomendable. Empezando por su logo, una foto espectacular de una de las pacientes psiquiátricas más conocidas (Marilyn Monroe), pasando por su lema que nos define la razón como la locura de todos y la de locura como la razón de uno, nos aporta un punto de vista interesante de la psiquiatría y de la salud mental (a la que cataloga como cosa de todos y no solamente cosa de locos).

Análisis y comentarios continuados sobre temas de actualidad. Una lista de enlaces fascinante que recoge puntos de vista totalmente diferentes sobre la salud

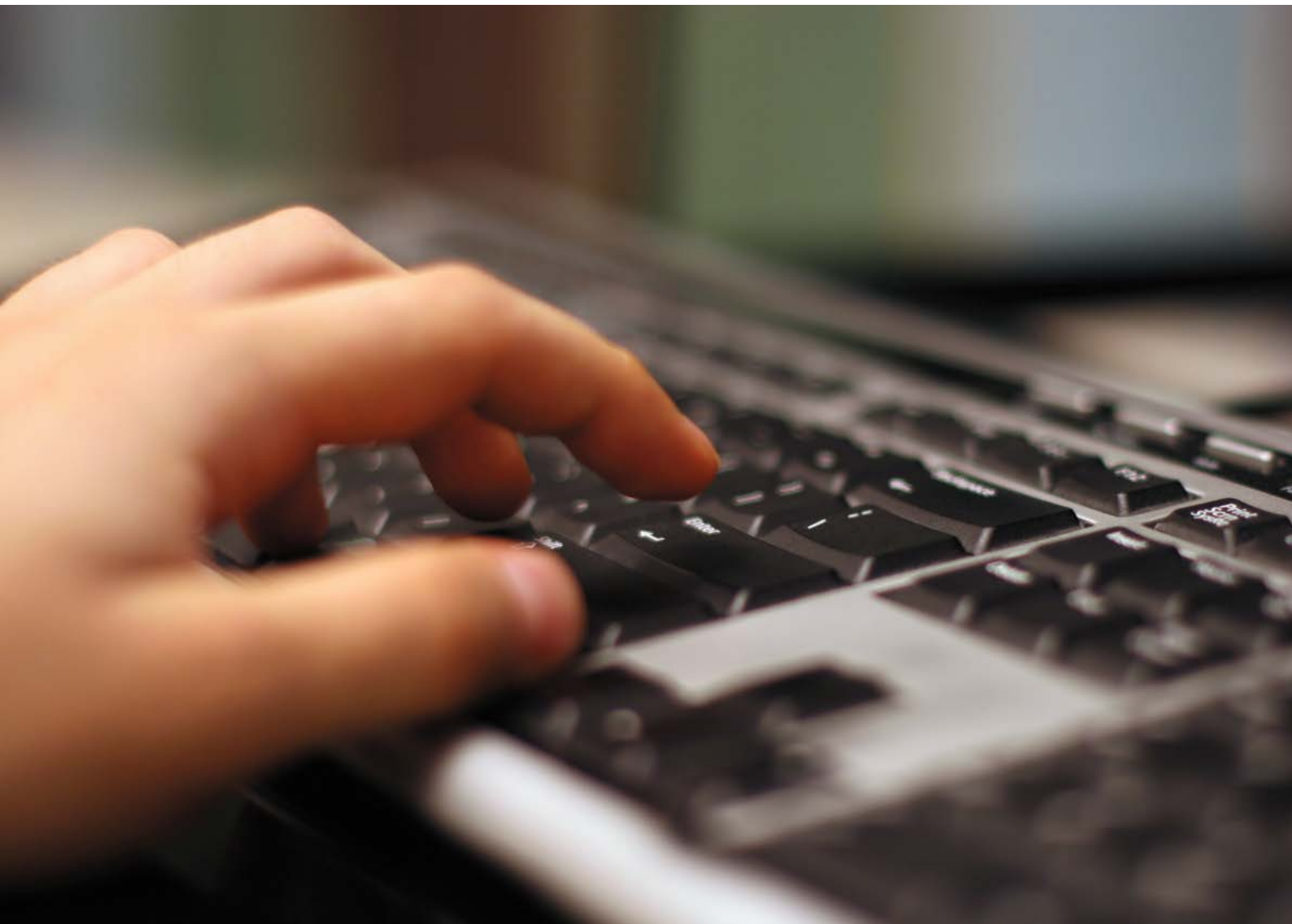
mental. Una aproximación necesaria de vez en cuando para reflexionar sobre las cualidades profesionales y humanas que acompañan a nuestra actividad.

<http://historypsychiatry.com/>

También conocida como h-madness. Página de visita imprescindible. Se trata de un foro de psiquiatría continuamente actualizado. También cuenta con una revista que en diciembre de 2014 llega a su número 100, tras 25 años de publicación.

Pretende ser un recurso para los investigadores interesados en la historia de la locura, la enfermedad mental y su tratamiento, incluyendo la historia de la psiquiatría, la psicoterapia y la psicología clínica y el trabajo social.

Su principal objetivo es proporcionar un foro para los investigadores interesados en las ciencias sociales y humanísticas para intercambiar opiniones e información sobre el estudio histórico de la salud mental y las enfermedades mentales. Para ello dispone de un amplio abanico de recursos escritos, gráficos, radiofónicos y cinematográficos. ■



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 este 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.

Agenda de Congresos Psiquiatría 2015

Enero

XVI Simposio sobre Trastornos Bipolares. Una nueva comprensión de un viejo problema.
Barcelona, 30 de enero de 2015.

Febrero

IV Reunión de Revistas con Factor de Impacto en Psiquiatría.

Madrid, 24 de febrero de 2015.

Encuentro Lusogalaico. Las Adicciones en el Siglo XXI.

Vigo, 26-27 de febrero de 2015.

Marzo

XXIII Curso de Actualizaciones en Psiquiatría.

Vitoria-Gasteiz, 4-6 de marzo de 2015.

22 Simposio Internacional sobre Actualizaciones y Controversias en Psiquiatría. Dianas en la Práctica Clínica: ¿Síntomas o trastornos?

Barcelona, 6-7 de marzo de 2015.

V Reunión Anual de Terapéutica en Psiquiatría.

Barcelona, 12-13 de marzo de 2015.

XLII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol.

Logroño, 12-14 de marzo de 2015.

London International Eating Disorder Conference.
London, 18-20 de marzo de 2015.

6th World Congress on Women's Mental Health. Trauma, Depression and Resilience.

Tokyo, 22-25 de marzo de 2015.

23rd European Congress of Psychiatry. Excellence in Psychiatry across Europe: Practice, Education, Research.

Vienna, 28-31 de marzo de 2015.

Abril

30th International Conference on Alzheimer's Disease International. Care, Cure and the Dementia Experience - A Global Challenge.

Perth, 15-18 de abril de 2015.

Current Psychiatry Update 2015. Solving Clinical Changes, Improving Patient Care.

Chicago, 16-18 de abril de 2015.

XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente.

Valladolid, 17-18 de abril de 2015.

VI Encuentros en Psiquiatría: Conducta Suicida.

Sevilla 17-18 de abril de 2015.



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			

IV Congreso Internacional de Patología Dual. Adicciones u otros Trastornos Mentales.
Barcelona, 17-20 de abril de 2015.

VI Simposio sobre Trastorno Límite de la Personalidad. Actualizaciones Terapéuticas.
Sant Cugat del Vallès, 24-25 de abril de 2015.

Mayo

22nd Annual International «STRESS AND BEHAVIOR». Neuroscience and Biopsychiatry Conference.

St. Petersburg, 16-19 de mayo de 2015.

168th Annual Meeting American Psychiatry Association.

Toronto, 16-20 de mayo de 2015.

17th Congress of the European Association of Work and Organizational Psychology. Respectful and effective leadership-managing people and organizations in turbulent times.

Oslo, 20-23 de mayo de 2015.

VIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Psiquiatría Privada. ASEPP. Un estilo: Versatilidad ante una Clínica Cambiante.

Sevilla, 22-23 de mayo de 2015.

5th World Congress on ADHD. From Child to Adult Disorder.

Glasgow, 28-31 de mayo de 2015.

Junio

17th Annual conference of the International Society for Bipolar Disorders.

Toronto, 3-6 de junio de 2015.

XII Curso de Fases Iniciales de los Trastornos Psicóticos.

Oviedo, 4 de junio de 2015.

15.º Curso de Desarrollo Profesional Continuo Debates en Psiquiatría.

Oviedo, 5-6 de junio de 2015.

XIV Conference of European Society for Traumatic Stress. Trauma in Chancing Societies: Social Contexts and Clinical Practice.

Vilnius, 10-12 de junio de 2015.

12th World Congress of Biological Psychiatry.

Athens, 14-18 de junio de 2015.

16th International European Society for Child and Adolescent Psychiatry Congress. From Research to Clinical Practice, Linking the Expertise.

Madrid, 20-24 de junio de 2015.

Agosto-septiembre

23rd World Congress on Psychosomatic Medicine.
Glasgow, 19-23 de agosto de 2015.

28th ECNP Congress. For the Science and Treatment of Disorders of the Brain.

Amsterdam, del 29 de agosto al 1 de septiembre de 2015.

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



vez al día, con o sin comidas. En ensayos clínicos se han estudiado, desde una perspectiva de seguridad, dosis superiores a 60 mg/día hasta un máximo de 120 mg/día. Sin embargo, no existe evidencia clínica que sugiera que los pacientes que no responden a la dosis inicial recomendada se beneficien de incrementos en la dosis. Normalmente la respuesta terapéutica se observa a las 2-4 semanas de tratamiento. Después de la consolidación de la respuesta antidepressiva se recomienda continuar con el tratamiento durante varios meses, con el fin de evitar las recaídas. En pacientes que responden a la duloxetina, y con una historia previa de episodios repetidos de depresión mayor, se podría considerar un tratamiento a largo plazo adicional a dosis de 60 a 120 mg/día. *Trastorno de ansiedad generalizada.* La dosis inicial recomendada en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada es de 30 mg una vez al día independientemente de las comidas. La dosis se debe incrementar a 60 mg en pacientes con respuesta insuficiente, ésta es la dosis habitual de mantenimiento en la mayoría de los pacientes. En pacientes con trastorno depresivo mayor o mórbido, tanto la dosis de inicio como la de mantenimiento es de 60 mg una vez al día (ver la recomendación de la dosis anteriormente indicada). Se ha demostrado que son eficaces dosis de hasta 120 mg al día siendo evaluadas desde una perspectiva de seguridad en los ensayos clínicos. Por lo tanto, puede considerarse un escalado de la dosis hasta 90 o 120 mg en aquellos pacientes con respuesta insuficiente a dosis de 60 mg. El escalado de la dosis debe basarse en la respuesta clínica y en la tolerabilidad. Después de la consolidación de la respuesta, se recomienda continuar con el tratamiento durante varios meses para evitar recaídas. *Dolor neuropático periférico diabético.* La dosis inicial y de mantenimiento recomendada es de 60 mg una vez al día, con o sin comidas. Se han evaluado en ensayos clínicos, desde una perspectiva de seguridad, dosis superiores a 60 mg una vez al día, hasta un máximo de 120 mg al día administradas en dosis igualmente divididas. La concentración plasmática de duloxetina muestra una gran variabilidad interindividual, de ahí que algunos pacientes que responden de forma insuficiente a la dosis de 60 mg puedan beneficiarse de una dosis mayor. La respuesta al tratamiento debe evaluarse a los 2 meses. En pacientes que presentan una respuesta inicial inadecuada, no es probable que se produzca una respuesta adicional transcurrido dicho período de tiempo. El beneficio terapéutico se debe reevaluar regularmente (al menos cada 3 meses). *Poblaciones especiales. Pacientes de edad avanzada.* No se recomienda ajustar la dosis en pacientes de edad avanzada únicamente por la edad. Sin embargo, al igual que con cualquier otro medicamento, se debe tener precaución al tratar a pacientes de edad avanzada, especialmente con Xeristar 120 mg al día para trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad generalizada, donde existen datos limitados (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). *Insuficiencia hepática.* Xeristar no se debe utilizar en pacientes con enfermedad hepática que produzca insuficiencia hepática (ver sección "Contraindicaciones"). *Insuficiencia renal.* No es necesario un ajuste posológico en pacientes con insuficiencia renal leve o moderada (aclaramiento de creatinina de 30 a 80 ml/min). Xeristar no se debe utilizar en pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina <30 ml/min; ver sección "Contraindicaciones"). *Población pediátrica.* Duloxetina no se debe utilizar en niños y adolescentes menores de 18 años para el tratamiento del trastorno depresivo mayor por motivos de seguridad y eficacia (ver secciones "Advertencias y precauciones especiales de empleo" y "Reacciones adversas"). No se ha establecido la seguridad y eficacia de duloxetina en niños de 7-17 años para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. Los datos actualmente disponibles están descritos en la sección "Reacciones adversas". No se ha estudiado la seguridad y eficacia de duloxetina para el tratamiento del dolor neuropático periférico diabético. No hay datos disponibles. *Interrupción del tratamiento.* Se debe evitar la interrupción brusca del tratamiento. Cuando se interrumpa el tratamiento con Xeristar la dosis debe ser reducida gradualmente durante un período como mínimo de una a dos semanas con el fin de reducir el riesgo de síntomas de retirada (ver secciones "Advertencias y precauciones especiales de empleo" y "Reacciones adversas"). Si tras reducir la dosis o la interrupción del tratamiento aparecieran síntomas intolerables, deberá considerarse el reanudar la dosis prescrita anteriormente. Posteriormente el médico podrá continuar disminuyendo la dosis, pero más gradualmente. *Forma de administración.* Administración por vía oral. **Contraindicaciones.** Hipersensibilidad a la sustancia activa o a alguno de los excipientes. Incluidos en la sección "Lista de excipientes". El uso de Xeristar en combinación con inhibidores irreversibles no selectivos de la monoaminooxidasa (IMAOs) está contraindicado (ver sección "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). Enfermedad hepática que produzca insuficiencia hepática. Xeristar no debe utilizarse en combinación con fluvoxamina, ciprofloxacino o enoxacino (inhibidores potentes del CYP1A2) dado que la combinación da lugar a concentraciones plasmáticas de duloxetina elevadas (ver sección "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). Insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina <30 ml/min) (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). El inicio del tratamiento con Xeristar está contraindicado en pacientes con hipertensión no controlada, ya que esta situación podría exponer a los pacientes a un riesgo potencial de crisis hipertensiva (ver secciones "Advertencias y precauciones especiales de empleo" y "Reacciones adversas"). **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** *Manía y convulsiones.* Xeristar debe utilizarse con precaución en pacientes con antecedentes de manía o diagnóstico de trastorno bipolar y/o convulsiones. *Midriasis.* Se han descrito casos de midriasis en asociación con duloxetina, por lo que se debe tener especial cuidado cuando se prescriba Xeristar a pacientes con presión intraocular elevada, o a pacientes con riesgo de glaucoma agudo de ángulo estrecho. *Tensión arterial y frecuencia cardíaca.* Duloxetina ha sido asociada con un aumento de la tensión arterial e hipertensión clínicamente significativa en algunos pacientes. Esto podría ser debido al efecto noradrenérgico de la duloxetina. Se han notificado casos de crisis hipertensivas con duloxetina, especialmente en pacientes con hipertensión preexistente. Por lo tanto, en pacientes con hipertensión y/o otros trastornos cardíacos conocidos, se recomienda un seguimiento clínico de la presión arterial adecuado, especialmente durante el primer mes del tratamiento. Se debe utilizar duloxetina con precaución en aquellos pacientes cuya patología de base pueda verse comprometida por un aumento de la frecuencia cardíaca o de la tensión arterial. También se debe tener precaución cuando se utilice duloxetina con otros medicamentos que puedan perjudicar su metabolismo (ver sección "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). Para aquellos pacientes que experimenten un aumento sostenido de la tensión arterial durante el tratamiento con duloxetina debe considerarse bien la reducción de la dosis o bien la suspensión gradual del tratamiento (ver sección "Reacciones adversas"). En aquellos pacientes con hipertensión no controlada, no debe iniciarse el tratamiento con duloxetina (ver sección "Contraindicaciones"). *Insuficiencia renal.* En pacientes con insuficiencia renal grave en hemodiálisis (aclaramiento de creatinina <30 ml/min) las concentraciones plasmáticas de duloxetina se encuentran incrementadas. Para pacientes con insuficiencia renal grave, ver sección "Contraindicaciones". Para pacientes con insuficiencia renal leve o moderada ver sección "Posología y forma de administración". *Síndrome serotoninérgico.* Como ocurre con otros agentes serotoninérgicos, con el tratamiento con duloxetina puede producirse un síndrome serotoninérgico, situación potencialmente mortal, particularmente con el uso concomitante de otros agentes serotoninérgicos (incluyendo los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores de la recaptación de serotonina/noradrenalina (IRSN), antidepresivos tricíclicos o triptanos), con agentes que afectan al metabolismo de la serotonina como IMAOs, o con antipsicóticos u otros antagonistas dopaminérgicos que pueden afectar a los sistemas de neurotransmisión serotoninérgicos (ver secciones "Contraindicaciones" y "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). Los síntomas del síndrome serotoninérgico pueden incluir cambios en el estado mental (p.ej. agitación, alucinaciones, coma), inestabilidad del Sistema Nervioso Autónomo (p.ej. taquicardia, tensión arterial lábil, fiebre), anomalías neuromusculares (p.ej. hiperreflexia, incoordinación) y/o síntomas gastrointestinales (p.ej. náusea, vómitos, diarrea). Si está clínicamente justificado el uso de duloxetina en combinación con otros agentes serotoninérgicos que pueden afectar a los sistemas de neurotransmisión serotoninérgico y/o dopaminérgico, se aconseja una observación cuidadosa del paciente, sobretodo durante el inicio del tratamiento y en los aumentos de dosis. *Hierba de San Juan (Hypericum perforatum).* Las reacciones adversas pueden ser más frecuentes durante el uso en combinación de Xeristar con preparaciones fitoterápicas que contengan la hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*). *Suicidio. Trastorno depresivo mayor y Trastorno de ansiedad generalizada.* La depresión se asocia con un aumento del riesgo de pensamientos suicidas, autolesiones y suicidio (acontecimientos relacionados con suicidio). El riesgo persiste hasta que se produzca una remisión significativa. Ya que la mejoría puede no producirse durante las primeras semanas o más de tratamiento, se debe hacer un seguimiento cercano del paciente hasta que se produzca dicha mejoría. La práctica clínica general indica que el riesgo de suicidio podría incrementarse en las primeras fases de la recuperación. Otras enfermedades psiquiátricas para las cuales se prescribe Xeristar, pueden también estar asociadas con un riesgo incrementado de acontecimientos relacionados con el suicidio. Además, estas enfermedades pueden ser comórbidas con un trastorno depresivo mayor. Por lo tanto, las mismas precauciones mencionadas para los pacientes con trastorno depresivo mayor deben ser tomadas en pacientes con otros trastornos psiquiátricos. Se conoce que los pacientes con historia de acontecimientos relacionados con suicidio o aquellos que presenten un grado significativo de ideas suicidas antes de iniciar el tratamiento, tienen un mayor riesgo de ideas suicidas o comportamiento suicida y deben recibir una monitorización cuidadosa durante el tratamiento. Un meta-análisis de ensayos clínicos controlados con placebo de medicamentos antidepresivos en enfermedades psiquiátricas, mostró un aumento del riesgo del comportamiento suicida con los antidepresivos comparado con placebo en pacientes menores de 25 años. Se han notificado casos de ideas y comportamientos suicidas durante el tratamiento con duloxetina o poco después de la interrupción del mismo (ver sección "Reacciones adversas"). Durante el tratamiento con el medicamento, especialmente al inicio del tratamiento y tras cambio de dosis, se debe hacer un cuidadoso seguimiento a los pacientes y en particular, a aquellos de alto riesgo. Se debe informar a los pacientes (y cuidadores de los pacientes) sobre la necesidad de hacer un seguimiento de cualquier empeoramiento clínico, aparición de ideas o comportamientos suicidas y cambios inusuales del comportamiento y buscar consejo médico inmediatamente si se presentan estos síntomas. *Dolor neuropático periférico diabético.* Al igual que con otros medicamentos de acción farmacológica similar (antidepresivos), se han notificado casos aislados de ideación y comportamiento suicida durante el tratamiento con duloxetina o poco después de la interrupción del mismo. Consultar el texto del apartado anterior en relación con los factores de riesgo para los sucesos relacionados con el suicidio en depresión. Los médicos deben alertar a sus pacientes a que les comuniquen cualquier pensamiento o sentimiento de angustia en cualquier momento. *Uso en niños y adolescentes menores de 18 años.* Xeristar no debe emplearse para el tratamiento de niños y adolescentes menores de 18 años. En ensayos clínicos en niños y adolescentes tratados con antidepresivos en general, se han observado con mayor frecuencia comportamientos suicidas (intentos de suicidio y pensamientos suicidas) y hostilidad (predominantemente agresión, comportamientos opositivistas e ira) en comparación con aquellos tratados con placebo. No obstante, si basándose en la necesidad clínica, se toma la decisión de tratar al paciente, se deberá monitorizar cuidadosamente la aparición de síntomas suicidas. Además, no se dispone de datos de seguridad a largo plazo en niños y adolescentes en relación con el crecimiento, la maduración y el desarrollo cognitivo y del comportamiento (ver sección "Reacciones adversas"). *Hemorragia.* Se han notificado casos de anomalías hemorrágicas, como equimosis, púrpura y hemorragia gastrointestinal con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y con los inhibidores de la recaptación de serotonina/noradrenalina (IRSN), incluyendo duloxetina. Se recomienda precaución en pacientes en tratamiento con anticoagulantes y/o medicamentos que se sabe que afectan la función plaquetaria (p.ej. los AINE o ácido acetil salicílico (AAS)) y en pacientes con diátesis hemorrágica conocida. *Hiponatremia.* Se ha notificado hiponatremia en pacientes en tratamiento con Xeristar, incluidos casos con sodio sérico inferior a 110 mmol/L. La hiponatremia puede deberse a un síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH). La mayoría de los casos de hiponatremia fueron notificados en pacientes de edad avanzada, especialmente cuando se asociaban con una historia reciente o con una condición que predisponía a una alteración en el balance de fluidos. Se debe tener precaución en pacientes con riesgo elevado de hiponatremia, como pacientes de edad avanzada, con cirrosis o pacientes que presenten deshidratación o que estén en tratamiento con diuréticos. *Interrupción del tratamiento.* Los síntomas de retirada cuando se interrumpie el tratamiento son frecuentes, especialmente cuando el tratamiento se interrumpie de forma brusca (ver sección "Reacciones adversas"). En los ensayos clínicos, los acontecimientos adversos observados al interrumpir el tratamiento bruscamente tuvieron lugar en aproximadamente un 45% de los pacientes tratados con Xeristar y un 23% de los pacientes del grupo de placebo. El riesgo de aparición de los síntomas de retirada con los ISRS y los IRSN puede depender de varios factores, incluyendo la duración y dosis del tratamiento y del patrón de reducción de la dosis. Las reacciones adversas más frecuentes se detallan en la sección "Reacciones adversas". Generalmente estos síntomas son de naturaleza leve a moderada, sin embargo, en algunos pacientes pueden ser graves en cuanto a intensidad. Los síntomas de retirada suelen aparecer en los primeros días tras la suspensión del tratamiento, aunque muy rara vez ha habido notificaciones de estos síntomas en pacientes que intencionadamente olvidaron tomar una dosis. Generalmente estos síntomas son autolimitados y suelen desaparecer en dos semanas, si bien en algunos pacientes pueden tener una duración más prolongada (2-3 meses o más). Se aconseja por lo tanto que la dosis de duloxetina se disminuya gradualmente a lo largo de un período de como mínimo dos semanas cuando se suspenda el tratamiento, de acuerdo con las necesidades del paciente (ver sección "Posología y forma de administración"). *Pacientes de edad avanzada.* Se dispone de datos limitados del uso de Xeristar 120 mg en pacientes de edad avanzada con episodio depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada. Por ello, se debe tener precaución al tratar a los pacientes de edad avanzada con la dosis máxima (ver sección "Posología y forma de administración"). *Acetasis/Inquietud psicómota.* El uso de duloxetina se ha asociado con el desarrollo de acetasis, caracterizada por una inquietud subjetivamente desagradable o preocupante, y por la necesidad de movimiento, a menudo acompañada por la incapacidad de permanecer sentado o estar quieto. Esto es más probable que se produzca en las primeras semanas de tratamiento. En aquellos pacientes que desarrollan esta sintomatología, el aumento de la dosis puede ser perjudicial. *Medicamentos que contienen duloxetina.* Duloxetina se utiliza bajo diferentes nombres comerciales en varias indicaciones (tratamiento del dolor neuropático diabético, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada e incontinencia urinaria de esfuerzo). Se debe evitar el uso de más de uno de estos productos de forma conjunta. *Hepatitis/Elevación de las enzimas hepáticas.* Se han notificado casos de daño hepático con duloxetina, incluyendo un aumento grave de las enzimas hepáticas (> 10 veces por encima del límite normal), hepatitis e ictericia (ver sección "Reacciones adversas"). La mayoría de ellos ocurrieron durante los primeros meses de tratamiento. El patrón de daño hepático fue predominantemente hepatocelular. Duloxetina debe emplearse con precaución en pacientes tratados con otros medicamentos que se asocian con daño hepático. *Sacarosa.* Las cápsulas duras gastroresistentes de Xeristar contienen sacarosa. Los pacientes con problemas hereditarios raros de intolerancia a la fructosa, malabsorción de glucosa o galactosa, o insuficiencia de sacarasa-isomaltasa no deben tomar este medicamento. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** *Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAOs):* Debido al riesgo del síndrome serotoninérgico, no se debe utilizar duloxetina en combinación con inhibidores irreversibles no selectivos de la monoaminooxidasa (IMAOs), o en los 14 días posteriores a la interrupción del tratamiento con un IMAO. Debido a la vida media de duloxetina, deben transcurrir al menos 5 días desde la interrupción del tratamiento con Xeristar y el inicio del tratamiento con un IMAO (ver sección "Contraindicaciones"). No se recomienda el uso en combinación de Xeristar con IMAOs selectivos reversibles, como moclobemida (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). El antibiótico linezolid es un IMAO reversible no selectivo y no se debe administrar a pacientes en tratamiento con Xeristar (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). *Inhibidores del CYP1A2:* Puesto que el CYP1A2 está implicado en el metabolismo de la duloxetina, el uso concomitante de duloxetina con inhibidores potentes del CYP1A2 es probable que produzca concentraciones mayores de duloxetina. La fluvoxamina (100 mg una vez al día), un potente inhibidor del CYP1A2, disminuyó el aclaramiento plasmático aparente de duloxetina alrededor del 77 % y aumentó en 6 veces el AUC_{0-∞}. Por ello, no se debe administrar Xeristar en combinación con inhibidores potentes del CYP1A2 como la fluvoxamina (ver sección "Contraindicaciones"). *Medicamentos que actúan en el sistema nervioso central (SNC):* No se ha evaluado sistemáticamente el riesgo de usar duloxetina en combinación con otros medicamentos que actúan a nivel del SNC, a excepción de los mencionados en esta sección. Por lo tanto, se aconseja precaución cuando se use Xeristar en combinación con otros medicamentos o sustancias de acción central, incluyendo alcohol y medicamentos sedantes (p.ej., benzodiazepinas, morfínicos, antipsicóticos, fenobarbital y antihistamínicos sedantes). *Agentes serotoninérgicos:* En raras ocasiones, se ha notificado síndrome serotoninérgico en pacientes en tratamiento concomitante de ISRS/IRSN con agentes serotoninérgicos. Se recomienda precaución si se utiliza Xeristar conjuntamente con agentes serotoninérgicos como ISRS, IRSN, antidepresivos tricíclicos como clomipramina o amitriptilina, IMAOs como moclobemida o linezolid, hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) o triptanos, tramadol, petidina y triptofano. (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). *Efectos de la duloxetina en otros medicamentos. Medicamentos metabolizados por el CYP1A2:* La farmacocinética de la teofilina, sustrato del CYP1A2, no se vio significativamente afectada por la administración conjunta de duloxetina (60 mg dos veces al día). *Medicamentos metabolizados por el CYP2D6:* Duloxetina es un inhibidor moderado del CYP2D6. Cuando se administró duloxetina a una dosis de 60 mg dos veces al día con una dosis única de desipramina, un sustrato del CYP2D6, el área bajo la curva (AUC) de desipramina aumentó tres veces. La administración conjunta de duloxetina (40 mg dos veces al día) aumenta el área bajo la curva (AUC) en el estado de equilibrio de tolfenadina (2 mg dos veces al día) en un 71 % pero no afecta la farmacocinética de su metabolito activo 5-hidroxi y no se recomienda un ajuste de dosis. Se recomienda precaución si se administra Xeristar con medicamentos metabolizados predominantemente por el CYP2D6 (risperidona, antidepresivos tricíclicos (ADTs) como nortriptilina, amitriptilina e imipramina) particularmente si tienen un estrecho índice terapéutico (como flecazina, propafenona y metoprolol). *Anticonceptivos orales y otros esteroides:* Los resultados de los estudios *in vitro* demuestran que la duloxetina no induce la actividad catalítica del CYP3A. No se han realizado estudios específicos de interacciones *in vivo*. *Anticoagulantes y agentes antiplaquetarios:* Se debe tener precaución cuando se combine duloxetina con anticoagulantes orales o agentes antiplaquetarios debido a un riesgo potencial incrementado de sangrado que se atribuye a una interacción farmacodinámica. Se han notificado además, incrementos en los valores de INR cuando se administra conjuntamente duloxetina a pacientes tratados con warfarina. Sin embargo, la administración concomitante de duloxetina con warfarina en voluntarios sanos, bajo condiciones de estado de equilibrio como parte de un estudio de farmacología clínica, no resultó en un cambio clínicamente significativo del INR con respecto al valor basal, ni en la farmacocinética de la R- o S-warfarina. *Efectos de otros medicamentos sobre la duloxetina. Anticídios y antagonistas H2:* La administración conjunta de duloxetina con anticídios que contengan aluminio y magnesio, o con famotidina no tiene efecto significativo sobre la velocidad y magnitud de la absorción de la duloxetina, tras la administración de una dosis oral de 40 mg. *Inductores del CYP1A2:* Los análisis farmacocinéticos en la población han mostrado que los fumadores tienen concentraciones plasmáticas de duloxetina casi un 50 % más bajas que los no fumadores. **Fertilidad, embarazo y lactancia.** *Fertilidad.* Duloxetina no tuvo efecto sobre la fertilidad masculina, y los efectos en mujeres fueron solo evidentes en dosis que causaron toxicidad materna. *Embarazo.* No existen datos adecuados relativos al uso de duloxetina en mujeres embarazadas. Los estudios en animales han mostrado toxicidad reproductiva a niveles de exposición sistémica (AUC) de duloxetina menores que los niveles máximos de exposición clínica. Se desconoce el riesgo potencial en los humanos. Datos epidemiológicos sugieren que el uso de ISRS durante el embarazo, particularmente en fases tardías del embarazo, puede incrementar el riesgo de hipertensión pulmonar persistente del recién nacido (HPPRN). Aunque no hay estudios en los que se haya investigado la asociación de HPPRN con el tratamiento con ISRS, no se puede descartar este riesgo potencial al uso de duloxetina teniendo en cuenta el mecanismo de acción relacionado (inhibición de la recaptación de serotonina). Al igual que con otros medicamentos serotoninérgicos pueden aparecer síntomas de retirada en el neonato si la madre ha tomado duloxetina poco antes del parto. Entre los síntomas de retirada observados con duloxetina pueden incluirse hipotonia, temblores, nerviosismo, dificultad de alimentación, disnea y convulsiones. La mayoría de los casos han ocurrido tanto en el momento del nacimiento como durante los primeros días tras el nacimiento. Xeristar se debe utilizar durante el embarazo solamente si el beneficio potencial supera el riesgo potencial para el feto. Las mujeres deben comunicar a su médico si se quedan embarazadas, o tienen intención de quedarse embarazadas, durante el tratamiento. *Lactancia.* La duloxetina se excreta muy débilmente en la leche materna humana según un estudio realizado en 6 madres en período de lactancia, que no dieron el pecho a sus hijos. La dosis diaria estimada para el lactante en mg/kg es aproximadamente de un 0,14% de la dosis consumida por la madre. Puesto que se desconoce la seguridad de duloxetina en niños, no se recomienda el uso de Xeristar durante la lactancia materna. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Xeristar puede estar asociado con la aparición de sedación y mareos. Por consiguiente, se debe indicar a los pacientes que si experimentan sedación o mareos, deben evitar la realización de tareas potencialmente peligrosas, como conducir o utilizar maquinaria. **Reacciones adversas. a. Resumen del perfil de seguridad.** Las reacciones adversas notificadas con mayor frecuencia en pacientes tratados con Xeristar fueron: náuseas, cefalea, sequedad de boca, somnolencia y mareos. No obstante, la mayoría de las reacciones adversas frecuentes fueron de leves a moderadas, normalmente comenzaron al inicio del tratamiento, y la mayoría tendieron a remitir con la continuación del tratamiento. **b. Resumen tabulado de reacciones adversas.** La tabla 1 muestra las reacciones adversas comunicadas por notificaciones espontáneas y durante los ensayos clínicos controlados con placebo en pacientes con depresión, trastorno de ansiedad generalizada y dolor neuropático diabético (que incluyeron a un total de 9.454 pacientes, 5.703 tratados con duloxetina y 3.751 con placebo). **Tabla 1: Reacciones Adversas.** Estimación de las frecuencias: muy frecuentes (≥1/10), frecuentes (≥1/100), poco frecuentes (≥1/1.000 a <1/100), raras (≥1/1.000 a <1/100), muy raras (<1/10.000) y muy raras (<1/10.000). Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia.

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 Hiponatremia. SIADH ^f	
<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. Somnolencia	Mareos. Letargo. Temblores. Parestesia	Micoclónia. Acatasia ⁷ . Nerviosismo. Alteraciones de la atención. Disgeusia. Discinesia. Síndrome de piernas inquietas. Sueño de baja calidad	Síndrome serotoninérgico ⁶ . Convulsiones ¹ . Inquietud psicomotora ⁶ . Síntomas extrapiramidales ⁶	
<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 ² . Rubor	Síncope ² . Hipertensión ^{3,7} . Hipotensión ortostática ² . Sensación de frío periférico	Crisis hipertensivas ^{3,6}	
<i>Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos</i>				
	Bostezos	Espasmos laríngeos. Epistaxis		
<i>Trastornos gastrointestinales</i>				
Náuseas. Sequedad de boca	Estreñimiento. Diarrea. Dolor abdominal. Vómitos. Dispepsia. Flatulencia	Hemorragia gastrointestinal ^f . Gastroenteritis. Eructos. Gastritis. Disfagia	Estomatitis. Hematoquecia. Halitosis	
<i>Trastornos hepato biliares</i>				
		Hepatitis ⁴ . Aumento de las enzimas hepáticas (ALT, AST, fosfatasa alcalina). Daño hepático agudo	Fallo hepático ⁶ . Ictericia ⁶	
<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. Polaquiuria	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. Dolor testicular	Síntomas menopáusicos. Galactorrea. Hiperprolactinemia	
<i>Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración</i>				
	Caidas ⁸ . Fatiga	Dolor torácico ⁷ . 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. Hiperpotasemia	Aumento del colesterol plasmático	

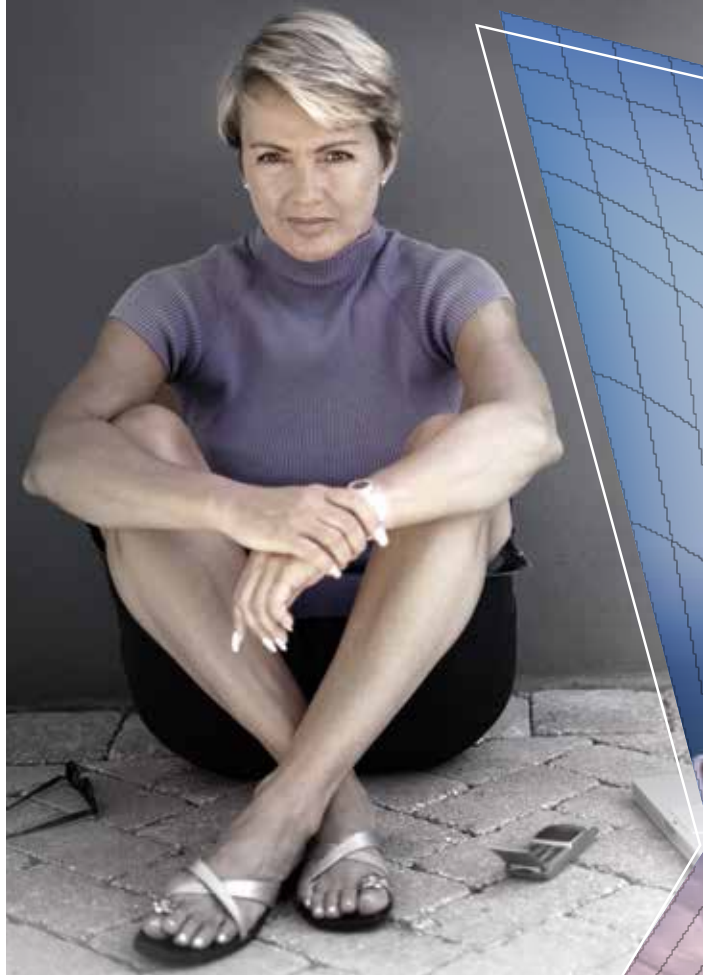
¹Los casos de convulsiones y casos de acúfenos se notificaron también después de la interrupción del tratamiento. ²Los casos de hipotensión ortostática y síncope se notificaron particularmente al comienzo del tratamiento. ³Ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo". ⁴Los casos de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

c. Descripción de determinadas reacciones adversas. La interrupción del tratamiento con duloxetina (particularmente cuando se lleva a cabo de forma brusca) con frecuencia conduce a la aparición de síntomas de retirada. Las reacciones más comúnmente notificadas son mareos, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesia o sensación de descarga eléctrica, especialmente en la cabeza), trastornos del sueño (incluyendo insomnio y sueños intensos), fatiga, somnolencia, agitación o ansiedad, náuseas y/o vómitos, temblores, cefalea, mialgia, irritabilidad, diarrea, hiperhidrosis y vértigo. Generalmente, para los IRSR e IRSN estos acontecimientos son de leve a moderados y autolimitados, sin embargo, en algunos pacientes pueden ser graves y/o prolongados. Se recomienda por lo tanto que cuando ya no sea necesario continuar el tratamiento con duloxetina, se realice una reducción gradual de la dosis (ver secciones "Posología y forma de administración" y "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). En la fase aguda (12 semanas) de tres ensayos clínicos con duloxetina en pacientes con dolor neuropático diabético, se observaron pequeños incrementos, pero estadísticamente significativos, de los niveles de glucemia en ayunas en los pacientes tratados con duloxetina. Los valores de HbA1c permanecieron estables tanto en el grupo tratado con duloxetina como en el grupo tratado con placebo. En la fase de extensión de estos ensayos, de una duración de 52 semanas, se observó un aumento de HbA1c tanto en el grupo tratado con duloxetina como en el de terapia habitual, pero el incremento medio fue de un 0,3% mayor en el grupo tratado con duloxetina. Se observó también un pequeño incremento de la glucemia en ayunas y del colesterol total en el grupo de pacientes tratados con duloxetina mientras que estos parámetros analíticos mostraron una ligera disminución en el grupo de terapia habitual. El intervalo QT corregido en función de la frecuencia cardíaca que presentaron los pacientes tratados con duloxetina no difirió del observado en los pacientes tratados con placebo. No se observaron diferencias clínicamente significativas para los intervalos QT, PR, QRS, o QTcB entre los pacientes tratados con duloxetina y los pacientes tratados con placebo. **d. Población pediátrica.** Un total de 509 pacientes pediátricos de 7 a 17 años con trastorno depresivo mayor y 241 pacientes pediátricos de 7 a 17 años con trastorno de ansiedad generalizada fueron tratados con duloxetina en ensayos clínicos. En general, el perfil de reacciones adversas de duloxetina en niños y adolescentes fue similar al observado en adultos. Un total de 467 pacientes pediátricos inicialmente aleatorizados a duloxetina en ensayos clínicos experimentaron una disminución media en el peso de 0,1 kg a las 10 semanas en comparación con un aumento medio de 0,9 kg en 353 pacientes tratados con placebo. Posteriormente, durante el periodo de extensión de cuatro a seis meses, el promedio de estos pacientes presentó una tendencia a recuperar su percentil de peso basal esperado, basado en los datos de población emparejados por edad y género. En estudios de hasta 9 meses se observó una disminución global media de 1% en el percentil de altura (disminución de 2% en niños (7-11 años) y aumento de 0,3% en adolescentes (12-17 años)) en pacientes pediátricos tratados con duloxetina (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Notificación de sospechas de reacciones adversas.** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del sistema nacional de notificación incluido en el Anexo V. **Sobredosis.** Se han notificado casos de sobredosis de duloxetina con dosis de 5.400 mg, sola o en combinación con otros medicamentos. Se han notificado algunos casos de sobredosis mortales con duloxetina, principalmente en combinación con otros medicamentos, pero también con duloxetina sola a una dosis de aproximadamente 1.000 mg. Los signos y síntomas de sobredosificación (con duloxetina sola o en combinación con otros medicamentos) incluyeron somnolencia, coma, síndrome serotoninérgico, convulsiones, vómitos y taquicardia. No se conoce un antídoto específico para duloxetina, pero si aparece el síndrome serotoninérgico, debe considerarse un tratamiento específico (como con ciproheptadina y/o control de la temperatura). Se debe establecer una vía respiratoria. Se recomienda el control de los signos cardíacos y vitales, junto con apropiadas medidas de apoyo y sintomáticas. El lavado gástrico puede estar indicado si se realiza poco después de la ingestión o en pacientes sintomáticos. El carbón activado puede ser útil para limitar la absorción. La duloxetina tiene un gran volumen de distribución, por lo que es poco probable que la diuresis forzada, la hemoperfusión y la exanguinoperfusión sean beneficiosas. **DATOS FARMACÉUTICOS. 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). Índigo carmín (E132). Tinta verde comestible. La tinta verde comestible contiene: Óxido de hierro negro - sintético (E172). Óxido de hierro amarillo - sintético (E172). Propilenglicol. Shellac. **Cubierta de la cápsula.** 60 mg: Gelatina. Laurilsulfato de sodio. Dióxido de titanio (E171). Índigo carmín (E132). Óxido de hierro amarillo (E172). Tinta blanca comestible. La tinta blanca comestible contiene: Dióxido de titanio (E171). Propilenglicol. Shellac. **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 policloro 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, Groostag 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.** 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 €; 7 cápsulas duras: P.V.P. 7,45 €; P.V.P. IVA 7,74 €. Xeristar 60 mg cápsulas duras gastroresistentes 28 cápsulas duras: P.V.P. 47,67 €; P.V.P. IVA 49,58 €. Comercializado por **ESTEVE**.

ESTEVE

www.esteve.com

ESTEVE
más cerca



¿ESTAR MEJOR?... O ¿ESTAR BIEN? ★



EN DEPRESIÓN, mejoría integral hacia la
★ recuperación funcional

Xeristar[®] 60mg
duloxetina HCl

105532 © Esteve 2015