

Psiquiatría privada



asepp

Asociación Española de Psiquiatría Privada

www.asepp.es

Editorial

Psiquianálisis

La experiencia es un grado

En la piel del paciente

El enfermo imaginario

Diez de oros / Diez de bastos

Sin perder la memoria

Terapia electroconvulsiva: cómo empezó todo

Viajes sin mi tía

Londres

Contrastes

Interactivos

Agenda

Decálogo de la ASEPP

Abril
2015

7

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	

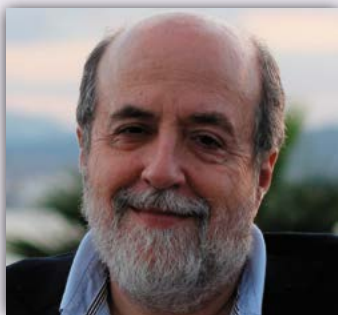
Consejo asesor

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.

ESTIMADOS ASOCIADOS



Me dirijo a vosotros para compartir unas breves reflexiones en torno a nuestra común preocupación por la sostenibilidad del sistema sanitario y la irrenunciable búsqueda de la excelencia en la atención a nuestros pacientes.

Como sabéis, desde la entrada en vigor del Real Decreto-ley 9/2011 de 19 de agosto, se estableció la prescripción y dispensación de agentes terapéuticos por principio activo “debiendo permitir, en estas circunstancias, que las marcas puedan competir con los genéricos en igualdad de condiciones”. Dicha normativa indica también que “para los procesos crónicos cuya prescripción se corresponda con la continuidad de tratamiento, podrá realizarse por denominación comercial, siempre y cuando esta se encuentre incluida en el sistema de precios de referencia o sea la de menor precio dentro de su agrupación homogénea”.

Dado que según los últimos datos la atención a los pacientes crónicos consume alrededor del 75% de los recursos del Sistema Nacional de Salud, y que el cumplimiento terapéutico de tratamientos que se toman durante toda la vida es difícil, pero también crucial, la noción de “bioapariencia” es especialmente relevante en este contexto.

La “bioapariencia” es clave a la hora de evitar confusión a los pacientes respecto a su tratamiento y asegurar la mejor adherencia terapéutica que tan importante es en nuestra especialidad. La forma, el diseño de los envases de los fármacos, su forma, color e incluso su sabor son aspectos a tener en cuenta a la hora de evitar errores que afecten a la salud de nuestros pacientes.

En la bibliografía no faltan trabajos que documentan la relación entre estos cambios y su efecto en el cumplimiento. En personas con trastorno de ansiedad generalizada, da fe de este fenómeno el reciente estudio “Adherencia terapéutica y resultados en salud. Medicamentos genéricos frente a los de marca”, de Antoni Sicras.

Este tipo de trabajos pone de relieve el hecho de que aunque los genéricos tengan la misma eficacia, seguridad y calidad que los medicamentos originales, los segundos están en condiciones de aportar, en virtud de su “bioapariencia”, mayor eficacia clínica, y de reducir las complicaciones que afectan tanto a la calidad de vida de los pacientes como a la carga del sistema, que soporta cada año costes superiores a los 10.000 millones de euros por efecto de errores de medicación e incumplimiento de las recomendaciones médicas.

Cabe recordar que el lanzamiento de versiones genéricas hace que se igualen los precios del medicamento original, de modo que el impacto presupuestario del cambio a una versión genérica es igual a cero en estas circunstancias.

Sin desmerecer la aportación de los medicamentos genéricos a la racionalización del gasto, sería quizá conveniente sopesar la mayor eficacia de los fármacos innovadores en términos de cumplimiento, especialmente cuando su uso no supone una carga financiera adicional para el paciente ni para el sistema.

Afectuosamente,

Salvador Ros

Presidente de la Asociación Española de Psiquiatría Privada

La experiencia es un grado



Dr. Antonio Lobo Satué
Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Zaragoza

El Profesor Antonio Lobo Satué es catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Zaragoza y hasta hace pocos meses jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

Se especializó en Psiquiatría en el New York Hospital de la Universidad Cornell, y trabajó en Psiquiatría de Enlace y Psicósomática en el Johns Hopkins Hospital and Medical School, en Baltimore, EE.UU., donde fue profesor. Ha sido Visiting Professor en la misma Universidad y en la Universidad de Iowa, y ha sido becario del British Council en el Maudsley Hospital y del Institute of Psychiatry de la Universidad de Londres.

Como ámbitos más destacables de su ejercicio pueden considerarse: el área de investigación, la psiquiatría psicósomática y de enlace y la psiquiatría geriátrica.

Ha dirigido más de 50 tesis doctorales y diversos proyectos de formación de personal investigador. Miembro del Consejo Editorial de varias revistas internacionales de impacto, así como de diferentes agencias nacionales de evaluación de la investigación y del profesorado, y es Editor-in-Chief del *European Journal of Psychiatry*. Ha validado en español las escalas psicométricas más destacadas para la práctica clínica. Actualmente es el investigador principal del grupo de Zaragoza del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), el consorcio de investigación del Instituto de Salud Carlos III, y coordina el Programa de Trastornos Psicósomáticos, de ansiedad y de control de impulsos.

En el último congreso europeo de la European Association of Psychosomatic Medicine (EAPM) se le ha otorgado el «Frits Huyse Award», la más alta distinción, por su «sobresaliente contribución al desarrollo de la Psiquiatría Psicósomática y de Enlace». Es la primera vez que la EAPM concede el premio, y se hace constar la experiencia clínica en la Universidad de Psiquiatría Psicósomática y de Enlace del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, pionera en España desde su fundación en 1977; la experiencia docente en la formación de estudiantes de Medicina, de residentes MIR y la formación de los médicos en general; y la contribución investigadora con la sistemática publicación de trabajos en las principales revistas internacionales «de impacto».

Profesor Antonio Lobo, en la introducción a la entrevista hacíamos referencia a la concesión del «Frits Huyse Award» en el último congreso europeo de la Asociación Europea de Medicina Psicósomática. Nos podría explicar ¿en qué consiste esta distinción y lo que ha representado para usted?

Se trata de un premio a la trayectoria científica, y lleva el nombre de

un pionero de la Psiquiatría de Enlace en Europa y líder del European Consultation-Liaison Workgroup o ECLW, Frits Huyse. Como es la primera ocasión en que se otorga, el motivo de satisfacción es doble.

¿Cómo nos podría definir la medicina psicósomática en los tiempos actuales ?

Buena pregunta, pues hay cierta confusión sobre el tema. En mi opi-

nión, no se trata de una especialidad médica, la medicina psicósomática puede definirse como el enfoque general de la Medicina que supone una visión integral, humanista o antropológica, que considera que los pacientes tienen no solo cuerpo, sino que tienen una vertiente psíquica, psicológica, emociones, sentimientos... que también son relevantes en la práctica médica; es la visión histórica, de toda la vida,

la que ha preconizado en nuestro país hombres como Marañón o Laín Entralgo, pero una visión que quizás a veces olvida una medicina excesivamente tecnificada y deslumbrada por los avances impresionantes en el campo biológico.

De acuerdo con esa visión, afecta a todos los médicos, toda la medicina debería ser psicósomática. Desde nuestra perspectiva psiquiátrica, lo que hacemos los psiquiatras que hemos trabajado en unidades médico-quirúrgicas, en lo que se ha conocido como Psiquiatría de Enlace, es contribuir desde nuestra especialidad a esa atención integral de los pacientes, a esa visión general de la medicina psicósomática. Con nuestro querido y recordado amigo Maxi Lozano, prematuramente desaparecido, hemos propuesto que nuestra disciplina se denomine Psiquiatría Psicósomática, la contribución desde la Psiquiatría a esa visión general. Esta denominación cada vez tiene mayor aceptación en nuestro medio. Curiosamente, en EE.UU., donde se dio un impulso decisivo a la Psiquiatría de Enlace (allí denominada hasta hace poco Consultation-Liaison Psychiatry), que ha llevado a que desde hace unos años sea oficialmente una subespecialidad de la Psiquiatría, su denominación actual, «Psychosomatic Medicine», nos parece totalmente inadecuada, y así lo hemos defendido en artículos y editoriales internacionales. Una subespecialidad de la Psiquiatría no puede denominarse «Medicina Psicósomática».

¿Cuáles son los retos que el paciente médico o quirúrgico plantea desde la perspectiva psicológica o psicopatológica?

Pues abundantes retos en el momento actual. En hospitales gene-

rales en nuestro medio, y también en Atención Primaria, está muy bien documentado que al menos un tercio de los pacientes tiene malestar psíquico clínicamente significativo. Como ese grado de malestar en la mayoría de los casos es de leve o moderada intensidad, no se debe sobrestimar; pero el consenso de nuestro Grupo europeo ECLW es que la psicopatología es suficientemente relevante en un 10% de los casos, y hace recomendable la intervención de un especialista en psiquiatría y/o salud mental. Esto no sucede actualmente en nuestro medio, e incluso en las más activas y mejor dotadas unidades de Psiquiatría Psicósomática y de Enlace, como la del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, se atiende a un 4% de pacientes ingresados; además, en la mitad de los hospitales generales públicos de nuestro país no existe una unidad especializada. En otras palabras, hay un gran volumen de psicopatología insuficientemente atendida en entornos médicos.

El tema es particularmente relevante porque está muy bien documentado que en casi todas las enfermedades somáticas donde se ha estudiado el tema, los factores psicopatológicos y sociales influyen de forma negativa en la precipitación, mantenimiento, complicaciones y pronóstico negativo de dichas enfermedades; por el contrario, también está notablemente bien documentado cómo la intervención a nivel psicossocial mejora en tales casos el curso y pronóstico de las enfermedades corporales. Una adecuada atención a la vertiente psicossocial de

los pacientes, en sus facetas etiológica, clínica y terapéutica, sigue siendo la gran asignatura pendiente de la medicina clínica en nuestro país y, que yo sepa, en todos los países, al menos los occidentales.

Desde su amplia experiencia, ¿cuáles son las enfermedades psicósomáticas con mayor prevalencia a día de hoy?

Esta es una pregunta particularmente complicada, porque supone la existencia de «enfermedades psicósomáticas». Personalmente, soy crítico con esa denominación, si ello supone que se admite que hay enfermedades donde los factores psicossociales son necesarios y suficientes para causar las enfermedades. Desde una perspectiva de la medicina basada en la evidencia, no hay documentación adecuada para afirmar que existen dichas enfermedades, y ya sabe que, por ejemplo, esa denominación no existe en las clasificaciones oficiales en nuestra disciplina, léase la CIE-10 el DSM-IV o el DSM-V.

Esa crítica para nada contradice lo que afirmo, y mantengo, en el párrafo anterior, la clara influencia negativa de los factores psicossociales en la aparición o curso negativo de las enfermedades somáticas. En mi experiencia, diversas enfermedades dermatológicas (dermatitis, eccema, etc.) son las que en mayor medida se observa la influencia de factores psicopatológicos, y está en revisión el tema de enfermedades clásicas, como el asma bronquial, la úlcera gástrica, etc., las llamadas «enfermedades sagradas» de Alexander; hay también un gran campo de

«Hay un gran volumen de psicopatología insuficientemente atendida en entornos médicos»

experiencia en enfermedades oncológicas. Naturalmente, es bien conocido además el tema de los trastornos somatomorfos, incluido lo que la CIE-10 denomina «Disfunción vegetativa somatomorfa», tanto en Atención Primaria como en otras especialidades médicas, y que puede inicialmente sugerir enfermedades somáticas muy distintas en diferentes aparatos. Pero a veces tiende a olvidarse la importancia, desde el punto de vista psicopatológico, de las enfermedades menos abordadas en la bibliografía psicosomática clásica, como la diabetes, o de las enfermedades que nutren las unidades hospitalarias de neurocirugía, quemados, neurología, hemodiálisis, UCI, clínicas del dolor, etc., donde la prevalencia de psicopatología es particularmente prevalente y clínicamente relevante.

Otra de sus grandes aportaciones a la investigación en Psiquiatría ha consistido en la creación y validación de diferentes instrumentos para la detección y el diagnóstico de diferentes trastornos psiquiátricos, su tarea como coordinador del Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas, su versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination de Folstein) y otros muchos trabajos. ¿Qué valoración nos podría hacer sobre esta tarea?

Pues es cierto que instrumentos como el Examen Cognoscitivo Mini-Mental han tenido una gran difusión.

El tema del Mini-Examen es paradigmático, pues recientemente se ha documentado en una publicación española (Carnero, et al.) que el trabajo original sobre el instrumento es el más citado en toda la historia de la biomedicina. El GHQ-28 ítems o el EADG para detección de depresión/ansiedad han tenido también una notable difusión. Nos sentimos bien por haber contribuido con instrumentos útiles. Seguimos en ello. Acabamos de publicar en una revista «de primer cuartil» el «Test de las dos preguntas», un test original y el más eficiente hasta la fecha en la bibliografía internacional para descartar la presencia de demencia. Se puede resumir así, hablando de manera coloquial: «Si usted sabe cuántos años tiene y su año de nacimiento... usted no tiene una demencia» (margen de error aproximado del 1%; especificidad y valor predictivo negativo de un 99%).

Mirando hacia el futuro inmediato, ¿cuáles considera que serán los nuevos instrumentos de diagnóstico y detección precoz para las enfermedades mentales?

Pues hay varios buenos instrumentos, con fiabilidad y validez suficientemente bien documentada. Si me lo permite, como nosotros hemos validado los que describo arriba, me quedo con ellos. Por supuesto, estamos familiarizados con los mismos, conocemos sus ventajas y sus indudables debilidades. Y este es un tema crucial, que los clínicos y los investigadores decidan qué instru-

mentos van a utilizar, entre los que tengan suficiente fundamentación científica, y entonces que se familiaricen con ellos, con sus fortalezas y sus inevitables limitaciones. No hay un instrumento perfecto.

Aunque Sanabrés de nacimiento, diríamos que puede considerarse un zaragozano ilustre, convocando en su ciudad múltiples eventos y congresos nacionales e internacionales, poniendo el nombre de Zaragoza en el encabezamiento de múltiples estudios, etc.

Pues muchas gracias por el cumplido. Y no nos podemos dejar en el tintero que, aunque sanabrés de nacimiento, crecí desde muy niño en el País Vasco, en Tolosa, hasta que vine a estudiar a Zaragoza. Me siento muy a gusto e integrado en esta magnífica y acogedora ciudad, de donde además proceden mis antepasados del lado Satué, pero no olvido la impronta tolosana.

Háblenos por favor del Estudio Zarademp. Una de sus áreas favoritas de investigación es la gente mayor: el deterioro cognitivo, las demencias, las enfermedades psíquicas en el anciano...

Pues ha supuesto el proyecto fundamental en nuestra otra línea de investigación. El Proyecto ZARADEMP es el estudio de una cohorte representativa de la población general, con 5.000 individuos de 55 años o más seguidos a lo largo de 20 años y en cinco «olas». Es una de las cohortes más importantes en

«La prevalencia de demencias no ha aumentado en los últimos años en cada grupo de edad, contra lo que se cree y se escribe. Sin embargo, si aumenta la población de edad más avanzada, como se anticipa, entonces sí aumentará esta prevalencia»

la bibliografía internacional, y así se reconoce por su pertenencia a los proyectos EURODEM y EURODEP de la UE, y en la actualidad al Proyecto EURODEM 21st Century. Recoge diversos estudios sobre la prevalencia, incidencia y *life-time risk*, y factores de riesgo de demencias y, específicamente, de la enfermedad de Alzheimer y también de depresión en los mayores. Disponemos ya de información muy importante, y ahora estamos publicando en el relevante tema del «Mild Cognitive Impairment». Además, desde esta línea de trabajo hemos tendido puentes con la línea de psicósomática. Por ejemplo, hemos documentado apoyos para la hipótesis del *clustering* de enfermedades somáticas y enfermedades psiquiátricas en un sector de población; hemos documentado que la depresión aumenta un 65% el riesgo de adquirir una diabetes en el seguimiento (riesgo atribuible de un 7%, mayor que varios de los más aceptados factores de riesgo), y que la depresión mayor aumenta cuatro veces el riesgo de adquirir la enfermedad de Alzheimer. Todos estos trabajos han tenido un impacto considerable y seguiremos aportando nueva información.

¿Cree que son patologías en crecimiento y que uno de los retos de la psiquiatría actual es tratarlos adecuadamente?

Pues vamos por partes. La patología de tipo psicósomático no creo que tenga necesariamente que crecer... ¡ya hay suficiente, e insuficientemente tratada, como le decía! En el terreno de las demencias, una conclusión importante de nuestros estudios citados: la prevalencia de

demencias no ha aumentado en los últimos años en cada grupo de edad, contra lo que se cree y se escribe a menudo; tenemos datos convincentes y actualmente hemos conjuntado cuatro trabajos europeos que están en revisión en una revista adecuada. Sin embargo, si aumenta la población de edad más avanzada, como se anticipa, entonces sí aumentará la prevalencia de demencias, por esa población más envejecida. Es conocida la magnitud del problema y la absoluta necesidad de que la medicina lo aborde adecuadamente; nuestro Grupo está en ello.

Profesor Lobo, ¿considera que las demencias deberían formar parte de la cartera de servicios de cualquier psiquiatra?

Buena pregunta, claro. Absolutamente, sí. Son enfermedades fundamentales en nuestra disciplina. Es sencillamente suicida que la Psiquiatría, y los Servicios de Psiquiatría, olviden partes sustanciales de nuestra especialidad, y esta es una de ellas; estamos mejor preparados que ningún otro especialista para abordar algunos pacientes con demencias. Afortunadamente, hay núcleos psiquiátricos en nuestro país, sobre todo en el campo de la Psiquiatría Geriátrica, que sí han abordado el tema con suficiente rasmia, como se dice en Aragón, pero me temo que también se da el otro extremo.

Acerca de la pérdida de memoria asociada con la edad. Hemos escuchado teorías referentes a una degeneración celular, otras que comentan una capacidad máxima de memoria, al estilo

de un ordenador... Por sus conocimientos sobre el tema, ¿qué explicación nos propondría?

El envejecimiento conlleva una conocida, pero limitada pérdida de memoria, compatible con un adecuado mantenimiento de la salud mental y de las actividades cotidianas. Para explicarlo hay diversas teorías de tipo biológico, la mayoría de las cuales tienen un apoyo empírico, si bien limitado.

Finalmente doctor, nos podría dar algunos consejos para mantener y mejorar nuestra calidad de vida psíquica a pesar del paso de los años.

Pues no me importa repetir la frase que siempre he soltado a los alumnos de Medicina. Aunque en las facultades uno espera encontrar teorías sofisticadas y a veces abstractas para explicar los problemas psíquicos, desde muy pronto ponía en mis diapositivas, y ahora en mi libro, el *¡Salud, Dinero y Amor!* Los estudiantes siempre lo han entendido perfectamente. Los psiquiatras a veces parecen olvidar la importancia fundamental de las enfermedades corporales en la vida psíquica; están más familiarizados con todo lo que significa el «dinero» (trabajo, etc.) y, desde luego, el «amor» y todo lo que su carencia implica en las relaciones, en la relación con la familia... De verdad, no me atrevo a hacer ninguna otra recomendación a mis compañeros de profesión, que rezuman sentido común y experiencia... y también me podrían enseñar mucho a mí.

Muchas gracias por su interés y su participación en esta entrevista. ■

«Estamos mejor preparados que ningún otro especialista para abordar algunos pacientes con demencias»



EL ENFERMO IMAGINARIO

El relato escogido para este número es uno de los clásicos en nuestra consulta. Pasemos lista a todos aquellos pacientes que en su primera visita lo primero que hacen, tras observarnos detenidamente y otear toda nuestra estancia, sacan de repente un papel del bolso o bolsillo, se colocan sus gafas y empiezan su lectura catártica.

Este perfil típicamente neurótico, con rasgos de personalidad del grupo C, confieso sinceramente en que pocas veces acepta nuestra ayuda. En vez de quedarse con nuestro mejor consejo, siempre escogen una frase desafortunada o fuera de contexto que les sirve de perfecta excusa para continuar su inacabable peregrinaje por las sendas más variopintas. Veamos pues este texto entregado por un varón de 52 años a una compañera psiquiatra privada en su primera visita.

Dra. P.

Permítame que le entregue estas hojas como resumen de lo que me está ocurriendo desde hace más de 6 años. Lo he escrito con la intención de no olvidarme de detalles que pudieran ser importantes, y pensando que durante la visita me pudie-

ra quedar colapsado. Espero que puedan servirle como información relevante para poder entender todo lo que me está ocurriendo, no estoy bien y necesito imperiosamente su ayuda.

Mi vida, si la analizo de manera fría y objetiva, es plenamente satisfactoria. No me falta nada de esencial, y al escribir me siento en algunos momentos egoísta y estúpido por quejarme de tantas molestias, cuando tantas personas que me rodean a día de hoy tienen motivos de peso para quejarse y vivir desesperadamente. Pero ya se sabe que uno siempre se queja de aquello que a él le duele.

Todo empezó, lo recuerdo perfectamente, el día 2 de febrero de hace 6 años. Eran las 7 de la tarde y había acabado mi actividad física en el gimnasio, cuando empecé a notar que el corazón latía de una manera extraña, sudaba más de la cuenta y una sensación de desmayo iba apoderándose de mí. Me tomé las pulsaciones y eran correctas, consulté con la fisio del centro que me tomó la tensión y dijo que todo estaba normal. Yo no me tranquilicé del todo, llegué a mi casa y se lo expliqué a mi mujer, que no le dio importancia a lo acontecido. Apenas cené y no dormí demasiado bien. Al levantarme me puse a buscar por in-

ternet explicaciones de «taquicardia tras ejercicio». Me daban demasiadas posibilidades y cada una más espantosa. Finalmente, decidí adelantar mi visita con el médico de empresa para explicarle la novedad. Él me ordenó un ECG, una prueba de esfuerzo y una analítica general. En pocos días volvimos a quedar para comentarme los resultados. Me reafirmo que él no veía nada anómalo, pero noté que se fijaba demasiado y se mostraba dubitativo con el ECG. Eso me intranquilizó y decidí visitarme por un cardiólogo de reconocido prestigio, el cual no me aclaró nada, ya que ante mis dudas contestaba que no podía afirmar ni descartar nada con toda rotundidad. Como estas molestias no se sucedieron durante bastantes semanas, me olvidé de ellas, aunque eso sí nunca más volví al gimnasio; algún ejercicio en casa y nada más. Cada 2 días me tomo la tensión y la frecuencia cardíaca y no veo demasiadas variaciones preocupantes.

Durante una buena temporada pasé una época bastante tranquila, con mis controles y revisiones, pero bien. Pero justo en febrero pasados 3 años cogí una gripe que se complicó enormemente con molestias digestivas, y pasaban las semanas y no desaparecían; tomé todo tipo de antibióticos y sustancias pro-

tectoras digestivas, pero a día de hoy puedo afirmar que mi sistema digestivo no funciona de la misma manera que antes de la gripe. Ello se complicó con una gran debilidad general y cansancio. Para acabarlo de rematar, comencé a sentir dolor al mantener relaciones sexuales, que cada vez han ido disminuyendo en frecuencia e intensidad, quizás tenga que reconocer que me he hecho muy mayor y me cueste admitirlo. Me he hecho muy amigo de un farmacéutico que me da bastantes productos naturales para combatir mi enfermedad, que al principio sí que notaba que hacían algo, pero ahora realmente estoy convencido que ya no me hacen nada.

En el trabajo nada es como antes, me falta memoria, me cuesta recordar cosas que tenía por la mano. Por cierto mis manos se han vuelto bastante torpes y ya no disfruto tanto como antes de mi profesión. Mis jefes y compañeros se han dado cuenta de que no soy el de hace

unos años y seguro que sospechan que estoy enfermo, ya que faltó al trabajo los días que voy a hacerme las revisiones.

He llegado a pensar y analizar continuamente que quizás padezca una enfermedad generalizada o autoinmune, ya que en muchas ocasiones el termómetro bordea los 37 grados. No he parado de acudir a mi doctor de confianza para que me dé una solución, pero no hay manera. Tengo la impresión que ya casi no me escucha y que le molesta mi presencia.

Pero, realmente, desde hace 15 días estoy fatal: tengo un dolor de cabeza terrible desde que me despierto y que me dura prácticamente todo el día. Lo que más me preocupa es que solo me duele la mitad de la cabeza y he empezado a notar problemas visuales, veo borroso y me cuesta concentrarme. Hace 10 días fui de urgencias y me hicieron una resonancia magnética, y no encontraron nada,

pero yo estoy seguro de que tengo algo extraño. Además, me siento muy cansado, sin fuerzas para hacer casi nada, en el trabajo voy haciendo lo que puedo, pero no rindo bien y temo que me puedan llamar la atención o incluso despedir, ya que en estos tiempos que corren nunca se sabe. En definitiva, todo me está saliendo mal. Debo ser un caso único, no conozco a nadie que tenga una enfermedad tan cruel como la mía.

De verdad doctora, no puedo más, lo estoy echando todo a perder: en el trabajo puede ser que llegue a tener problemas, mi mujer y mi hija están hartos de mí; se han cansado de mis males, pero yo estoy seguro de que algo no funciona bien en mi organismo.

Por favor doctora, ayúdeme, dígame lo que me pasa, y sepa que usted es mi última esperanza para alejar de mi vida todo este malestar que hace tanto tiempo que me acompaña. ■



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.

Lanzada una campaña contra la desconfianza que generan las personas con problemas de salud mental.

Europa Press (10/02/2015). OROS

✓ Continuamos valorando, como en un número anterior de nuestra revista, la labor de divulgación social y lucha contra la estigmatización asociada a los trastornos mentales llevada a cabo por la entidad Obertament. Bajo el lema «No hagas como si nada: Da la cara», numerosos pacientes de diferentes localidades catalanas luchan contra el tabú social respecto a las enfermedades mentales, demostrando que cualquier persona con la que estamos compartiendo trabajo o afición puede padecer algún trastorno, y por ello no han de ser vistos ni ser tratados de forma diferente, y mucho menos de forma peligrosa.

Estas pequeñas (o mejor grandes) actuaciones seguro que calan en el comportamiento global de nuestra sociedad.

Los dispositivos electrónicos perturban el sueño.

Health Day News (03/02/2015). BASTOS

✗ Un estudio en adolescentes noruegos ha valorado que pasar demasiado tiempo usando dispositivos electrónicos durante el día y la hora antes de acostarse se relacionaba con tardar más de 60 minutos en quedarse dormido, permanecer menos tiempo en la fase REM del sueño y segregar menor cantidad de melatonina. La luz de onda corta que emiten estos dispositivos parece interferir en el ritmo de descanso con las subsiguientes consecuencias asociadas al día siguiente.

Cuántas veces hemos recomendado a nuestros pacientes adultos evitar el televisor en la habitación, pues

parece ser que sus hijos aún van por un camino más complicado.

7.500 adolescentes españoles participan en un programa contra las drogas.

El País (02/02/2015). OROS

✓ El proyecto Unplugged ha contado con la participación de adolescentes de 7 países europeos, donde se les enseña técnicas para decir no a las drogas como el tabaco, el alcohol y el cannabis.

La clave se basa en el aprendizaje de habilidades para la vida que les permitan ganar autocontrol y afrontar las influencias sociales y del grupo. Trabajar la autoestima, la asertividad, la capacidad de tomar decisiones y el manejo del estrés son competencias básicas que deberían formar parte del currículo académico de nuestros jóvenes.

El 80% de ancianos institucionalizados padecen alteraciones del sueño.

Europa Press (20/02/2015). BASTOS

✗ En el X Curso de actualización en Psicogeriatría celebrado en Barcelona se ha informado de este dato, cuya prevalencia aumenta hasta el 90% si los pacientes sufren demencia. Esta alteración provoca un impacto negativo en su calidad de vida con un incremento del riesgo de caídas, un mayor deterioro cognitivo y mayor morbilidad.

Buscar soluciones farmacológicas, mejores a las existentes, y potenciar hábitos saludables continúan siendo uno de los retos de nuestra profesión.

Dejar de fumar poco a poco también funciona.

El País (16/02/2015). OROS

✓ Un artículo publicado en la revista JAMA, en un estudio multicéntrico dirigido por investigadores


de la Clínica Mayo, demuestra que el uso de vareniclina mientras se reduce progresivamente el número de cigarrillos ofrece altas tasas de éxito, en torno al 30% de deshabituación al cabo de un año.

Esta opción novedosa de un abandono progresivo ofrece otra posibilidad a algunos fumadores para los que dejarlo poco a poco les resulta más asequible física y mentalmente, que la supresión brusca, para completar este gran reto.

En el fondo se trata de sumar cuantas más vías posibles de actuación sobre los diferentes tipos de adicciones.

Alerta por los grupos de WhatsApp que alientan la anorexia.


La Vanguardia (20/02/2015). BASTOS

 La policía investiga en las redes sociales aquellos portales y blogs en los que se anima a perder peso (Pro Ana y Pro Mia). En un buscador pueden aparecer más de 500.000 páginas que no paran de crecer.

Estos foros comparten las mil y una dietas hipocalóricas existentes; dan consejos sobre cuándo es el mejor momento para vomitar, y cómo hacerlo para no dañar al esófago. No faltan tampoco todos los productos inimaginables con propiedades laxantes y diuréticas. Finalmente, como no, las fotografías de jóvenes prácticamente en los huesos como modelo a seguir.

La proteína que frena el consumo de alcohol.


ABC (09/03/2015). OROS

 En un estudio publicado en *Nature Neuroscience* y realizado por investigadores de la Universidad de Carolina del Norte se ha identificado a nivel cerebral el neuropéptido Y (NPY) como proteína que actúa frenando nuestras ganas de consumir alcohol. Imitando las acciones del NPY y usando proteínas fabricadas mediante ingeniería biomédica se consigue también la inhibición del consumo de alcohol.

Es importante ir descubriendo nuevos objetivos terapéuticos para hacer frente a este trastorno que origina la muerte cada año de más de 3 millones de personas en todo el mundo.

El cannabis, primera causa de acceso a urgencias por salud mental en adolescentes.

La Razón (04/03/2015). BASTOS


 El consumo de drogas en España continúa descendiendo, pero el acceso de los menores a las sustancias recreativas se ha incrementado. El 36% de los nuevos consumidores de cannabis (168.677) son

menores de edad (61.085), y es precisamente este consumo el que ha provocado que sea la primera causa de acceso a urgencias hospitalarias por salud mental.

Esto es un reflejo de la banalización del consumo de drogas que se hace en la sociedad, en la que existe la creencia de que «es la panacea que lo cura todo». Además, persiste un debate mundial sobre la legalización de las drogas, algo que es muy difícil de explicar a los adolescentes, y finalmente la baja percepción de riesgo es otro de los factores que más preocupa a los profesionales de la salud mental.

La OCDE alerta del elevado coste de los trastornos mentales.


Deia (04/03/2015). BASTOS

 Esta organización internacional reconoce que el coste de los trastornos mentales equivale al 3,5% del PIB en Europa, y aún es más alto el precio que pagan los enfermos (su probabilidad de estar en paro se duplica), sus familias y la economía global (representa ya entre el 35% y el 40% de enfermedades y discapacidades).

Hacen hincapié en la necesidad de una intervención precoz como herramienta fundamental de actuación y en la necesidad de un liderazgo político fuerte para impulsar las reformas necesarias y hacer frente a este problema, hechos que desde ASEPP hemos transmitido desde hace ya mucho tiempo.

El Hospital de Sant Pau demuestra la eficacia de la electroestimulación cerebral en el tratamiento de trastornos afectivos.

La Vanguardia (04/03/2015). OROS

 Felicitar a la Dra. Dolors Puigdemont del Hospital de Sant Pau por su estudio publicado en el *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, donde se prueba la eficacia de la electroestimulación cerebral en aquellos casos en que los otros tratamientos antidepresivos han sido resistentes.

Este puede ser un paso más que acredite la cientificidad de nuestra especialidad, y que estas nuevas técnicas, hoy aún en el terreno del ensayo, sean reconocidas como una indicación terapéutica en los casos más severos.

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





Terapia electroconvulsiva: cómo empezó todo

Dra. Elena Guimerà Querol

Cuando en abril de 1938 los médicos italianos Ugo Cerletti y Lucio Bini aplicaron por primera vez en un paciente psicótico con alucinaciones la terapia electroconvulsiva (TEC) ésta representó una verdadera tortura para el afectado. En esa época se disponía de muy poca información sobre cómo utilizar esta novedosa técnica, por lo que los médicos experimentaban con la duración e intensidad de las descargas eléctricas, las cuales comportaban con frecuencia graves lesiones en los pacientes.

Hoy en día, la TEC se considera una forma de tratamiento muy eficaz e indolora indicada sobre todo para las depresiones graves. De hecho, no conlleva más riesgos que cualquier otra intervención realizada con anestesia general breve.

La intervención se practica bajo anestesia general y respiración asistida. El sujeto recibe, a través de electrodos adheridos al cuello cabelludo, una corriente de 70 a 120 voltios. Produce ésta una especie de ataque epiléptico, pero solo en el cerebro, ya que la ingesta previa de relajantes musculares evita toda contractura de la musculatura del paciente. Por este motivo, el tratamiento no produce dolor ni malestar. Según la intensidad de la corriente y la posición de los electrodos se trata con éxito más del 80% de las personas con depresión grave, pero como comentábamos al principio, en sus orígenes y durante unos cuantos años las cosas no fueron así.

Vamos a contar cómo empezó todo.

Las denominadas «terapéuticas biológicas»

A principios del siglo xx, el panorama psiquiátrico era desolador: no existía ningún tratamiento eficaz ni nada que mitigara el sufrimiento de los pacientes.

En Austria, en 1917, el catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Viena –Wagner von Jauregg–, después de 30 años de haber observado por primera vez que los pacientes de parálisis sifilítica mejoraban cuando sufrían fiebre, empleó el paludismo como fuente productora de fiebre para tratar a los pacientes afectados de parálisis general progresiva, enfermedad muy frecuente en aquella época. La

piroterapia fue aceptada pronto y aplicada de forma general a otras enfermedades.

En 1923, Henri Claude (París 1869-1945) denominó a estos tratamientos que producían fiebre mediante un agente infeccioso «terapéuticas biológicas»,

porque eran técnicas especiales que no eran ni etiológicas, ni patogénicas ni sintomáticas, y utilizaban medios biológicos que tendían a producir cambios generales en el organismo.

Se introdujeron poco después otras terapéuticas que siguieron

ANEXO I

Terapéuticas biológicas

Piroterapia (malarioterapia)

Curas de sueño

Psicocirugía

Shock insulínico:

- Seco (coma con convulsiones)

- Húmedo (hipoglucemia con sudoración sin coma)

Shock cardiazólico

Electroshock

llamándose biológicas: las curas de sueño, los comas insulínicos, los electroshocks, la psicocirugía y los shocks de acetilcolina. En teoría, se pretendía con una enfermedad curar otra. Así, el electroshock se basó en la teoría (sabida falsa hoy en día) según la cual había una oposición entre la epilepsia y la esquizofrenia. Sucedió, por tanto, como en otras ocasiones, que con una teoría inexacta se obtuvieron resultados fecundos (anexo I).

De todas estas «terapéuticas biológicas», ha sido el electroshock, la más criticada y demonizada, la única que ha sobrevivido y que hoy en día sigue siendo una estrategia terapéutica altamente eficaz y utilizada en las depresiones graves. Esta técnica no es una electroterapia sino una convulsivoterapia, pues la electricidad actúa indirectamente produciendo convulsiones (si estas se provocan por otros medios –absenta, aceite alcanforado, cardiazol, etc.– también son efectivas), de ahí su nombre actual: terapia electroconvulsiva (TEC).

Sobre la observación de un psicopatólogo húngaro: Ladislav von Meduna

En los años 30 del siglo xx, el psicopatólogo húngaro Ladislav von Meduna se percató en las autopsias de que el número de astrocitos era anormalmente bajo en la corteza cerebral de los individuos que habían padecido depresión crónica o esquizofre-

ANEXO II



Ladislav von Meduna (Budapest 1896-Illinois 1964)

El 23 de enero de 1934 para provocar crisis epilépticas en un paciente psicótico y así tratar la enfermedad, von Meduna inyectó aceite de alcanfor a un paciente de 33 años catatónico grave. Después de tan solo 5 sesiones, la catatonía y los síntomas psicóticos desaparecieron. Poco después, con una casuística de 26 pacientes, consiguió la recuperación de 10 de ellos y una franca mejoría en 3. Después utilizó metrazol (cardiazol), un poderoso agente convulsivo más eficaz y de acción más rápida, en inyecciones intramusculares e intravenosas. Publicó sus resultados en 1935, provocando una conmoción en la psiquiatría de todo el mundo. En 1939 publicó en alemán una monografía titulada *Die Konvulsionstherapie der Schizophrenie*, describiendo sus resultados con 110 pacientes. La asombrosa velocidad de recuperación del 95% de los pacientes psicóticos agudos impactó en todo el mundo académico y clínico, y esta forma de tratamiento se generalizó a pesar de la gravedad de los efectos colaterales.

nia. Von Meduna y otros patólogos sabían, mediante el examen del tejido cerebral en biopsias, que el número de astrocitos aumentaba tras episodios epilépticos, posiblemente para regular la actividad eléctrica cuando esta se descontrolaba de manera salvaje. Von Meduna observó, asimismo, que las personas con epilepsia en raras ocasiones sufrían esquizofrenia.

Conjeturó entonces que la deficiencia de astrocitos era la razón biológica de la esquizofrenia y de la depresión crónica; así

postuló que mediante la inducción de un ataque epiléptico en estas personas se podría corregir el desequilibrio en los astrocitos y curar a los pacientes que sufrían dichos trastornos.

Más tarde escribió en su biografía: «*Publiqué este trabajo en 1932 sin saber que se convertiría en el origen de la terapia electroconvulsiva*» (anexo II).

La denominada «cura de Sakel»

Poco después de su descubrimiento en 1922, la insulina se

comenzó a utilizar en el tratamiento de las toxicomanías por su efecto sedativo y orexígeno.

Tras la aparición accidental de un coma insulínico en alguno de estos pacientes, se observó que estos mejoraban en determinados trastornos psicopatológicos de base.



Manfred Sakel (Nadwórna, Imperio Austro-Húngaro 1900-Nueva York, EE.UU. 1957)

El 3 de noviembre de 1933, gracias a la experiencia previa de su utilización en pacientes morfinómanos, Manfred Sakel informó en la Sociedad Médica Vienesa que la administración reiterada de insulina provocaba convulsiones ocasionales en el contexto de comas hipoglucémicos, observándose efectos beneficiosos en la esquizofrenia.

En 1934 ya habían sido publicados 3 artículos que describían el método de inducción de convulsiones mediante el coma insulínico.

La inducción de convulsiones se comenzó a estandarizar a partir de 1934, cuando von Meduna, como ya hemos comentado, trató por primera vez a un pa-

ANEXO III **Equipo de Ugo Cerletti**



Lucio Bini, Mario Felici y Ferdinando Accornero (Cortesía del Prof. Neri Accornero)

ciente esquizofrénico catatónico de 4 años de evolución mediante aceite de alcanfor. Sin embargo, este método tenía desagradables efectos secundarios: elevada ansiedad, agitación, hiperexcitabilidad psicomotora, persistencia de angustiosos recuerdos en el caso de dosis subconvulsivas y fracturas óseas.

Tanto las técnicas que producían convulsiones mediante la administración de cardiazol, como las que lo hacían mediante el coma insulínico, fueron ampliamente utilizadas y despertaron pasiones en el mundo académico de la época.

Fue en mayo de 1937, en Münsingen (Suiza), en el contexto de la primera reunión internacional sobre “Tratamientos modernos de la Esquizofrenia”, organizada por Max Müller y la Asociación Suiza de Psiquiatras, donde los partidarios de una y otra técnica discutieron ampliamente sobre las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas. Entre todos ellos,

y de forma cautelosa, se alzó la voz de Lucio Bini (1908-1964), médico italiano colaborador de Ugo Cerletti, que anunció que no debía excluirse la posibilidad de inducir convulsiones epilépticas con fines terapéuticos mediante el uso de corriente eléctrica.

El establecimiento de la era de la TEC

El equipo de Ugo Cerletti (anexo III), catedrático de Neuropsiquiatría de la Universidad de Roma y director de la Clínica de Psiquiatría del Hospital Clínico de Roma, a partir de 1935 realizó una intensa labor de experimentación en animales sobre la inducción de convulsiones mediante la administración de una corriente eléctrica (TEC), dado que, según este autor: «*la psiquiatría había dejado de ser una ciencia fune- raria (dada la falta de tratamien- tos efectivos), para convertirse en una ciencia naciente a través del intervencionismo*».



Ugo Cerletti (Conegliano, Veneto 1877-Roma 1963)

Los experimentos se realizaron primero con perros, mediante la colocación de electrodos en la boca y en el ano de los animales. Se observaba, en efecto, la aparición de convulsiones; sin embargo, estos experimentos ocasionaron la muerte del 50% de los animales por parada cardíaca. Entonces aplicaron los electrodos de forma bitemporal; también obtuvieron convulsiones, pero la supervivencia fue del 100%. Esto les animó a probar la técnica en seres humanos.

Para ello Bini, con la colaboración de los ingenieros electricistas de la clínica, construyó un aparato de corriente alterna, con dos circuitos que permitían controlar el voltaje mediante un po-

tenciómetro, entre 50 y 150 V, el tiempo, en décimas de segundo hasta 60 segundos, y la resistencia de la cabeza del paciente en ohmios. Una caja metálica contenía los circuitos, lo que hacía que el aparato fuera bastante pesado (anexo IV).

El primer tratamiento con TEC

Aunque no hay completa certeza, parece que el 18 de abril de 1938 se administró el primer electroshock a un paciente anónimo que había sido llevado al clínico de Roma, al haberlo hallado vagando por la estación de la ciudad. El paciente presentaba desorientación, incoherencia, alucinaciones, ideas delirantes de influencia y neologismos. Se estableció el diagnóstico de síndrome esquizofrénico.

Después de una primera descarga fallida, la segunda (realizada con gran preocupación y tensión ambiental) provocó una crisis epiléptica de tipo gran mal.

El paciente recibió 11 tratamientos completos y 3 incompletos durante 2 meses, tras los cuales fue dado de alta con remisión completa de la sintomatología.

La técnica y sus ventajas fueron descritas en un artículo publicado el mismo año 1938. Las ventajas principales sobre cardiazol eran la amnesia de la experiencia (con lo que no quedaba el recuerdo de sensaciones desagradables), la ausencia de hiperexcitabilidad tras el ataque, el mayor tiempo de sueño y sosiego que inducía y la posibilidad de repetir el tratamiento unos minutos después si este había sido subconvulsivante.

En 1940, Cerletti publicó un estudio más extenso y sistemático sobre los resultados obtenidos con la aplicación del electroshock.

Terapia electroconvulsiva: ¿hacia dónde se dirige?

Actualmente, la eficacia y seguridad de la TEC en el tratamiento de las depresiones severas no plantean ninguna duda. El mayor problema al que nos enfrentamos por lo que se refiere a los efectos secundarios son los efectos cognitivos. El flujo de corriente no es selectivo y alcanza siempre el hipocampo (centro cerebral de la memoria).

Como método de estimulación más tolerable, se está estudiando la terapia magnética convulsiva (TMC). Esta se fun-

ANEXO IV



damenta en una idea básica: si se limita y controla la estimulación eléctrica cerebral se podrán reducir las reacciones adversas cognitivas.

En el año 2000 se llevó a cabo la primera aplicación clínica de dicha técnica en el Hospital Universitario de Berna. Tres años después, Sarah Lisanby y su equipo indujeron convulsiones mediante campos magnéticos a 10 pacientes con depresión grave. También en 2006, en la Universidad de Texas, y en 2010, en el Hospital Universitario de Bonn, se utilizó la TMC para tratar pacientes depresivos graves y se obtuvieron resultados similares a la TEC, pero con menos déficits cognitivos.

La TMC se encuentra en fase de prueba: solo se aplica en estudios clínicos y con pacientes que presentan trastornos depresivos o maniaco-depresivos resistentes al tratamiento. Además, su aplicación requiere unos dispositivos especiales de los que solo existen algunos prototipos en todo el mundo.

Por todos estos motivos, la TEC es, por ahora y sin ningún género de duda, el método terapéutico más eficaz frente a las depresiones graves y resistentes.

Lecturas recomendadas

Cerletti U, Bini L. Un nuovo metodo di shockterapia. L'elettro-

shock. Boll Accad Med Rom. 1938;64:136-138.

Cerletti U. L'elettro-shock. Riv Sper Freniat. 1940;64:209-310.

Douglas Fields R. El cerebro oculto. Cuadernos Mente y Cerebro, 2014;8.

Guia de bona pràctica clínica de la teràpia electroconvulsiva. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Barcelona, maig 2014.

Kayser S, Schläpfer T. Terapia electroconvulsiva. Mente y Cerebro, 2014;69.

Rojo Rodés JE, Vallejo Ruiloba J. Terapia electroconvulsiva. Ediciones científicas y técnicas. S.A. Barcelona, 1994. ■

FE DE ERRATA:



En el anterior número de la revista, ASEPP 6 Diciembre 2014. En la sección Sin perder la memoria. Institut Pere Mata de Reus: una joya modernista. En la página 10, la foto de Emili Briansó Planes es la que se adjunta.

Londres

Dr. José Antonio López Rodríguez

Una de las tranquilas calles del barrio de Kensington

Bueno, tía, prepara las maletas. Sí, ya sé que es Navidad, pero precisamente por eso. ¿Sabes, tía? Yo creo que, para recordar las fechas, hay que hacer algo interesante que se grabe en el hipocampo. (Qué palabro, ¿eh?). Y, así, cuando quieras rescatarlo de tu memoria, será mucho más fácil. Si hacemos algo inolvidable estas Navidades, cuando quieras recordar las Navidades del 2014, te vendrá en seguida. Mientras que si no haces nada especial, no sabrás distinguir las del 2014 de las de otros años; todo será un magma de recuerdos en ese bendito hipocampo.

Nos vamos a Londres. Como siempre, me dirás «¿Por qué Londres?». Pues mira: hace unos años, cuando iba de viaje a Malawi, en Navidades, estuve de paso por Londres. Me gustó mucho su animación, las luces y el colorido de sus calles. Y me prometí volver a pasar unas Navidades allí.

Pero además, ya sabes que me he vuelto «un cultural», de nuevo cuño, claro. De esos que van a dos museos y leen un libro y se creen que saben algo de arte. Este fenómeno, que tanto sufrimos en psiquiatría, donde alguien se lee dos libros de autoayuda y ya sabe más que tú en la consulta... Pero en fin: voy a darme una capa más de barniz artístico. Hay dos exposiciones en Londres que me interesan: *El último Turner* y *El último Rembrandt*. Los artistas son como los vinos: los mediocres, se estropean o simplemente se desvanecen con el tiempo, mientras que los grandes mejoran con los años, llegando casi hasta lo sublime. Con todo esto entenderás por qué nos vamos a Londres.

Londres es la ciudad más civilizada del mundo. Por eso me gusta. Y también la más cara. El presupuesto

para visitar Londres es el doble que para visitar cualquier otra capital europea.

Los primeros días de enero son perfectos para ir a la ciudad, ya que siguen encendidas las luces de Navidad, pero a partir del 26 de diciembre, el célebre *boxing day*, empiezan las tentadoras rebajas de invierno.

Llegué el mismo día 1 de enero por la mañana, y me alojé en un hotel precioso en Sloane Square. Esta zona tan bonita, y que a mí me recuerda a la excelente novela

La saga de los Forsyte de John Galsworthy. Este barrio me gusta especialmente porque me parece que

combina una elegancia exquisita en casas y tiendas, con una vida cotidiana muy rica, mucho menos turística que en otras zonas. Hasta el s. XVII fue un burgo de la periferia de Londres, pero en 1863 Guillermo III compró Nottingham House y pidió al arquitecto más notable de la época, sir Christopher Wren, que lo transformara en palacio real: el Kensington Palace, rodeado de jardines. Las casas del barrio, típicamente victorianas, están recubiertas de estuco blanco y

ahora muchas de ellas son embajadas o consulados. En South Kensington hay muchas «*mews*», especie de callejas transversales que desembocan en pequeños patios de manzana. Ahora esas «*mews*» albergan galerías de arte y tiendas exquisitas. Aquí también está el Royal Albert Hall —la sala de conciertos más popular de Londres— y dos museos emblemáticos, el Victoria and Albert, dedicado a las artes decorativas, y el Museo de Ciencias. Esto es porque, después de la Exposición Universal de 1851, el príncipe Alberto llamó la atención del gobierno para dedicar los beneficios económicos de la Exposición a construir un centro cultural en el oeste de la ciudad.

Al llegar, naturalmente, mi primera visita fue a las rebajas de Harrod's, que está muy cerca del hotel. Cré-



me que lo único que compré fue una botella de Coca-cola: aquello era una muchedumbre tan grande que inmediatamente me fui. Paseé hasta Picadilly y toda la zona centro admirando la animación y las luces navideñas, francamente bonitas. No fue fácil encontrar un sitio para cenar, pero acabé encontrando un restaurante muy agradable, donde terminé el día preparándome para darme el baño cultural al día siguiente.

Empecé por ir a la exposición de Turner. Turner no fue un genio de la pintura como Rembrandt, pero fue un gran renovador de este lenguaje, enormemente arriesgado. Su producción es mucho más interesante en el ámbito del paisaje que en los temas de historia o mitológicos, que también cultivó. En lo relativo al paisaje, partió del concepto plenamente romántico de lo sublime. Es este un concepto enormemente profundo, que deriva de la filosofía de Kant. Lo sublime es aquello que el hombre puede comprender, pero no puede abarcar. No solo es bello, sino que va más allá: toca lo más sensible del alma humana y nos hace sentir muy limitados con respecto a la grandeza de la creación. El gran artista de lo sublime, para mí, es Caspar David Friederich, al cual, tía, algún día iremos a ver a Berlín y a Dresde. En esa estela de lo sublime como categoría estética y moral, Turner plantea sus paisajes post románticos, muchos de ellos cargados de dramatismo. Son muy características sus marinas, sus escenas de guerra naval permeadas de orgullo patrio por la gloriosa Royal Navy, pero también de heroísmo y dramatismo. A partir de 1835, cuando cumple 60 años, y hasta su muerte, 15 años después, Turner comienza un periodo extraordinariamente audaz e innovador, totalmente alejado de los modos y los estereotipos victorianos. Como suele suceder, se convierte en un artista muy cuestionado por las mentes

bienpensantes, sobre todo los críticos artísticos, precisamente por esa manera de pintar que inicia ahora y que hoy, en 2015, nos parece tan moderna, por ser tan suelta, tan abierta, creando composiciones casi abstractas. Incluso grandes amigos de Turner, como John Ruskin, llegaron a pensar que el artista estaba perdiendo facultades, ya que esos grandes campos de color, casi monocromos, no se entendían. Curiosamente, a la vez que Turner era ya considerado un “viejo” de 60 años, no cesó de viajar, tanto por la campiña inglesa como por el norte de Europa, llegando incluso

“Londres es la ciudad más civilizada del mundo, y también la más cara”

hasta Dinamarca y Bohemia, y tampoco dejó de exponer en cuantos salones pudo. Son estos los años en los que la experimentación de la pintura de los fenómenos de la naturaleza al aire libre son más intensos. Se sabe, por sus cartas, que viajaba solo, por caminos y ferrocarriles en condiciones precarias, haciendo pocas concesiones a su edad y tomando febrilmente apuntes del natural con acuarela y lápiz en sus famosos cuadernos de dibujo. Cada vez más, los paisajes que pinta tienen menos en cuenta los detalles de la narración y son simples –o todo menos simples– vehículos de contemplación y reflexión. Además, Turner fue el primer gran artista en interesarse por la tecnología moderna de los trenes de vapor e incorporarla a sus composiciones. Un ejemplo de lo que te cuento, tía, está en esa acuarela casi abstracta que Turner pinta del



Joseph Mallord William Turner. Snow Storm- Steam-Boat off a Harbour's Mouth, 1842. © TATE, LONDON 2015



Rembrandt van Rijn. *Autorretrato*, 1669. © MAURITSHUIS, THE HAGUE 2015

lago de Lucerna, *The Blue Rigi*, en la que parece que la mirada se va hacia el infinito. Es este un precedente de algunas pinturas abstractas del s. xx.

Más dramático, pero de una intensidad sobrecogedora es *Paz-Entierro en el mar*, del mismo año que la anterior, 1842. Aquí, un barco literalmente seccionado y ardiendo, representa el final de la batalla, la muerte inevitable. La guerra se presenta como desoladora, ya no es heroica, sino que invita a la reflexión melancólica. Pero, por no dejarte, tía, con la tristeza de la muerte, te propongo que te fijes ahora en alguno de los paisajes urbanos de Venecia, de los cuales Turner pintó docenas. Parece que la bruma veneciana era perfecta para esta manera disuelta de pintar. A veces, cuando miro Venecia en invierno, que es cuando más me gusta ir, me parece

que ya no puedo disociar la belleza de lo que veo del recuerdo de las obras de Turner, que se me superponen en la memoria.

Sin embargo, si buena es la exposición del último Turner, mucho mejor me pareció la del último Rembrandt. Al fin y al cabo, se trata de uno de los grandes genios no solo de la pintura, sino de todas las artes. Rembrandt fue un excelso pintor, no solo por su virtuosismo técnico, sino, sobre todo, por esa penetración psicológica que tienen los grandes artistas y que hace que las obras de arte nos hagan aprender y reflexionar sobre el género humano. Su vida fue bastante caótica, porque era bastante desastre en lo económico, ya que le gustaba vivir muy bien, por encima de sus posibilidades, pero esto tiene que ver con algo muy profundo: en la Europa

del s. xvii, algunos artistas señeros, como nuestro Velázquez, o el propio Rembrandt, se dedicaron a reivindicar la profesión de pintor como una ocupación esencialmente intelectual, no fabril. Eso tenía implicaciones sociales fundamentales y, por ello, artistas como Rembrandt tenían auténtica obsesión por dejarse ver en entornos opulentos, con buenas ropas y objetos de lujo. Esto llevó a Rembrandt a vivir unos altibajos económicos tremendos y a morir casi en la indigencia. Afortunadamente, su tumba está localizada en la Westerkerk en Ámsterdam, y allí voy a menudo a saludarle cuando visito la capital holandesa. Por otro lado, su carácter no debía de ser nada fácil y, para colmo

“Rembrandt fue un excelso pintor, no solo por su virtuosismo técnico, sino por esa penetración psicológica que tienen los grandes artistas y que hace que las obras de arte nos hagan aprender y reflexionar sobre el género humano”

de males, quedó viudo de su amada Saskia siendo aún muy joven. Pero no acabó ahí la cosa: su hijo Titus y su amante Hendrikje también murieron antes que él. Todo esto le llevó a aprender mucho de la vida, de las reacciones humanas, de los caracteres. Y toda esta sabiduría se refleja en las últimas obras de su producción tardía, la que va desde 1650 hasta su muerte, en 1669. Después de pasar todos estos terribles acontecimientos, vivió

dedicado obsesivamente a su arte y alejado de las pompas y vanidades mundanas. De hecho, en los últimos años de su vida solía decir algo así como: «Si quiero aliviar mi espíritu, no necesito ya perseguir honores, sino la libertad».

A ello se une una técnica muy curiosa, única, ya que algunas de sus obras más emblemáticas presentan una acumulación de pigmentos, unas texturas modernísimas que no veremos en la pintura hasta finales del s. XIX y principios del XX, y casi hasta mediados de ese siglo. Su manera moderna e innovadora de pintar ha provocado el interés de muchos artistas e historiadores, pero hasta ahora no se había organizado una exposición centrada sobre estos años finales de su producción.

Es probable que sea en los autorretratos donde Rembrandt concentra su sabiduría de viejo (viejo para la época, porque solo tenía cincuenta y tantos años). Desde joven, tuvo afición e interés por autorretratarse. Hay historiadores que dicen que esto es por influencia de mi admirado Michel de Montaigne, que recomendaba a los artistas que se fijaran en sí mismos y se tomaran como referencia en sus creaciones. Los autorretratos de Rembrandt son como un diario íntimo en el que vemos envejecer día a día al hombre de antaño floreciente. Aunque su fama y su valoración artística fueron altísimas hasta el final de sus días, los problemas de la vida fueron cincelandos su rostro y dotándolo de una melancolía que podemos observar en cada uno de esos magníficos cuadros. Aquí en la exposición pude contemplar el que se supone que fue su último autorretrato. Su mirada es profundísima, cansada, desengañada de todo y, a la vez, aún inquieta; su pincelada, suelta, abierta, moderna.

No sé si será por mi profesión, tía, pero desde luego, me parece que la captación de los afectos y las

expresiones son lo más interesante del Rembrandt tardío. Así, el famoso cuadro de *El síndico de los pañeros* es un catálogo de expresiones, de rara viveza. Parece que las figuras van a empezar a moverse. Pero, en el otro extremo del arco de la captación psicológica, hay un grupo de cuadros que me parecen aún más interesantes: aquellos en los que Rembrandt refleja momentos de gran introspección, generalmente situaciones en las que sus personajes se ven confrontados a su destino en esos “momentos decisivos” con los que todos nos enfrentamos en la vida. Quizás el más impresionante para mí fue *Betsabé con la carta del rey David*, del Museo del Louvre. En la obra, Betsabé, desnuda, a punto de entrar en el baño, acaba de leer la carta del rey David, enamorado de la bella joven. En la carta, el rey la conmina, la obliga como rey, a entregarse a él. Betsabé ha terminado de leer la carta y se está debatiendo entre su amor por su esposo, el guerrero Uriah, y su deber cívico de obediencia al rey. Está casi inmóvil, ensimismada. No puede expresarse más en una figura con la mirada baja.

Para sacudirme de encima la melancolía, decidí ir al teatro. Al mítico teatro londinense. Ya sabes que Pic-

“En South Kensington hay muchas «mews», especie de callejas transversales que desembocan en pequeños patios de manzana, y que ahora albergan galerías de arte y tiendas exquisitas”

cadilly Circus es un lugar parecido a Broadway en Nueva York, el centro de la escena mundial. Casualmente pude ver una obra de teatro que recordaba adaptada al cine por un joven Alfred Hitchcock, *The 39 steps* (*Los 39 escalones*), escrita por el escocés John Buchan. La película era una obra de suspense bastante trepidante, pero alejada aún de los alardes cinematográficos de este director. Lo que me encontré fue una adaptación en clave de humor británico, absolutamente exquisita, magníficamente interpretada y, sobre todo, con una ingeniosísima puesta en escena. Cuatro magníficos actores se encargaban de dar vida a todos los personajes de la obra, y en muchos casos, a base de mímica, incluso de hacer que los espectadores imagináramos elementos de la puesta en escena.

Y, por último, como colofón del viaje, fui a dedicarme un homenaje al restaurante más antiguo de Londres, Rules, fundado en 1798. Situado en pleno barrio de Covent Garden, se precia de servir única y exclusivamente «British food», comida británica al más puro estilo tradicional. Tienen sus propias campiñas, de modo que la producción de verduras y carnes es propia. Los platos no pueden ser más clásicos, sobre todo sus platos de caza, y el ambiente de los salones decimonónicos es lo que realmente le da un toque especial. El servicio es también típicamente británico o eso parece, pues allí me encontré intentando hacerme entender con el camarero que hablaba un perfecto inglés hasta que le oí decir que había nacido en Sevilla. En fin: creo que esa mezcla de tradición y mestizaje resume Londres perfectamente, tía.

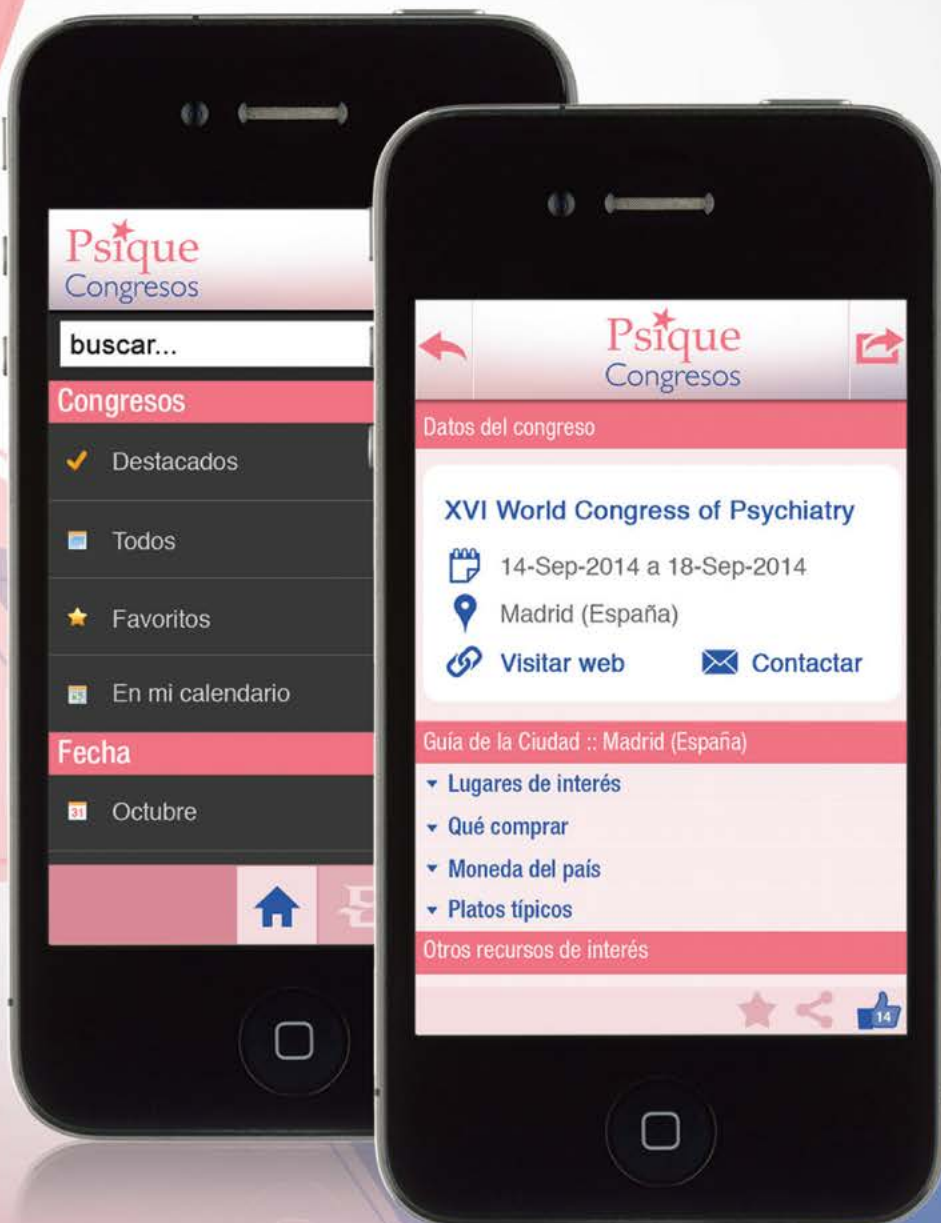
Dejé Londres, como siempre, con la idea de que pronto volveré: es inagotable. ■

Psique
Congresos

Tu agenda de congresos de *Psiquiatría*

Disponible en el
App Store

 **Google play**



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...

ESTEVE

www.esteve.com

Contrastes

Movidos por el éxito y el reconocimiento de la película española más taquillera de todos los tiempos *Ocho apellidos vascos*, hemos adaptado el guión para Contrastes, y con la colaboración de la Dra. Beatriz Nogueras y del Dr. Curro Gotor descubrimos que su color favorito es el azul, que prefieren el Rorschach y que su viaje pendiente tiene como destino común África.



Nombre:

Beatriz Nogueras Ormazábal

Edad: 51 años.

Actividad profesional y cargo:

psiquiatra. Jefa Clínica de Unidad de Media Estancia. Hospital Aita Menni.

El mejor año de su vida: allá por 1990-91, tenía 27 años, realizaba el MIR, vivía de forma independiente, compaginaba el trabajo de residente (mucho pero gratificante) y a la vez la vida de estudiante. Mucho trabajo, muchos amigos compartidos con buena pareja, vida social activa, sin un compromiso serio todavía, sin muchas responsabilidades... nada que me quitara el sueño.

De pequeña quería ser... cantante.

Pasional o racional: más racional, puntualmente «traicionada por las vísceras».

Comida o cena: cena.

Su plato más íntimo: ostras (con champán francés mejor).

Su color preferido: el azul.

Bloque personal

Un defecto: demasiado transparente.

Planes de futuro: continuar trabajando sin excesivo desgaste, para poder disfrutar del día a día.

Salud, trabajo o amor (la suma ha de ser igual a 100): 40, 20, 40.

Un lugar para perderse: Costa Rica.

Un viaje pendiente: Kenia en familia.

La palabra que más veces utiliza a lo largo del día: por favor.

Qué libro regalaría: *Obabakoak*, de Bernardo Atxaga.

Canción de la que siempre solicitaría dos bises: *Piensa en mí...* de Luz Casal.

Película inolvidable: *Bagdad Café*

Su último concierto: el de Bruce Springsteen.

Diurno o nocturno: diurna.

¿A qué edad se jubilaría? A los 65 está bien.

¿Cuánto tiempo lleva dedicándose a la psiquiatría?

26 años.

Profesional que más le ha influido: Freud.

Una depresión es... terrible.

Pelota, caballo o manzana: manzana.

Rorschach o MMPI: Rorschach.

Amar es... fantástico, imprescindible.

El pecado capital más extendido: la ira.

Un diván sirve para... reflexionar y descubrir.

Fármaco más importante en la historia de la psiquiatría: haloperidol.

Bloque profesional

Una teoría que explique el comportamiento humano: comportamientos tan variados difícilmente se explican con una única teoría.

Qué tipo de trastorno mental cree que incrementará más su prevalencia en los próximos años. Depresiones, trastorno por estrés postraumático.

La última vez que... esquí me noté un poco torpe...

Característica psíquica que mejor define los tiempos actuales: confusión... desorientación...

Proverbio o frase/ejemplo ilustrativo que suele utilizar en su consulta: «El año que viene Dios dirá».

Un psiquiatra no debería ser... soberbio.

Bloque personal



Nombre:

Francisco Gotor Sánchez-Luengo

Edad (aproximada al menos):

36 años.

Actividad profesional y cargo:

psiquiatra. Trabajo en el ámbito privado, en el Instituto de Especialidades Neurológicas del Hospital Quirón-Sagrado Corazón de Sevilla y, en el ámbito público, en el programa de enlace de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme de Sevilla. Soy también Profesor Asociado CIS del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Sevilla.

El mejor año de su vida (año/edad) (y por qué): 2011, el año en que nació mi primera hija.

De pequeño quería ser... conscientemente, historiador; inconscientemente, lo que soy.

Pasional o racional (apasionado o metódico): soy un apasionado del método.

Comida o cena: comida; con unos largos aperitivos y una no menos prolongada sobremesa.

Su plato más íntimo: el de la ducha...

Su color preferido: el azul.

Un defecto: ¿solo uno? Cierta rigidez caracterial que algunos califican de obsesiva y, los más, de cabezonería.

Planes de futuro: acabar el doctorado.

Salud, trabajo o amor (la suma ha de ser igual a 100): 25, 25, 50.

Un lugar para perderse: Roma en invierno, antes de que comience la temporada de cruceros.

Un viaje pendiente: la región de los grandes lagos en África.

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

Qué libro regalaría: durante muchos años regalé por doquier el Antropólogo inocente de Nigel Bartley.

Canción de la que siempre solicitaría dos besos: Future Blues de Canned Heat; si hubiese que pedir tres: Nantes de Beirut.

Película inolvidable: Amanece, que no es poco de José Luis Cuerda.

Su último concierto: Goran Bregovic, hace ya muchos años. No sé si fue el último, pero es de los que más me impresionaron.

Diurno o nocturno: vespertino.

¿A qué edad se jubilaría? Nunca.

¿Cuánto tiempo lleva dedicándose a la psiquiatría?

En 2003 empecé la especialidad y hasta la fecha.

Profesional que más le ha influido: mi padre: Pablo Gotor Díaz. Lleva dedicándose a esta profesión desde 1957 y sigue ejerciendo con el mismo entusiasmo, dedicación y rigor. Todo un referente profesional, pues conjuga una dilatada experiencia con una intuición clínica impresionante. Y lo más importante: un sentido del humor que ha sabido llevar magistralmente a la práctica clínica.

Una depresión es... un ataque en toda regla a la línea de flotación de nuestra capacidad para experimentar placer.

Pelota, caballo o manzana: cuchara... (utilizo más la versión de Folstein).

Rorschach o MMPI: Rorschach, por supuesto.

Amar es... darlo todo por el objeto amado sin destruirlo.

El pecado capital más extendido: la vanidad.

Un diván sirve para... tenderse el paciente y evitar al terapeuta la mirada de este. En cierta medida es a la transferencia en psicoanálisis, lo que las placas de plomo a la radioactividad en radiología.

Fármaco más importante en la historia de la psiquiatría: el litio y la clozapina, claro.

Una teoría que explique el comportamiento humano: ninguna actual; por eso hay tantas. Tenemos muchos «mapas» y «brújulas» que nos permiten navegar por él, pero aún existen océanos inexplorados.

Bloque profesional

Qué tipo de trastorno mental cree que incrementará más su prevalencia en los próximos años. Dentro de la nosología actual, los trastornos afectivos. Son los que más rápidamente se están «desestigmatizando» de todos los trastornos psiquiátricos actuales.

La última vez que... pasó una consulta en 15 minutos. Inaceptable en nuestra profesión, aunque la presión asistencial sea de 30 atmósferas.

Característica psíquica que mejor define los tiempos actuales: una cierta inmediatez indolente. Muy frustrante en la práctica clínica.

Proverbio o frase/ejemplo ilustrativo que suele utilizar en su consulta: «El diablo, cuando no sabe lo que hacer, mata moscas con el rabo». Así suelo ilustrar, de una forma coloquial, el desasosiego que una actitud pasiva conlleva y que acaba cayendo en un círculo vicioso, que se cronifica.

El año que viene... será 2016. Más de eso todo son conjeturas...

Un psiquiatra no debería ser... político. Los antecedentes han sido catastróficos.

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.

<http://proyectohombre.es>

El Proyecto Hombre cumple en 2015 sus 30 años de puesta en marcha con la finalidad de ofrecer soluciones en materia de tratamiento y rehabilitación de las drogodependencias y otras adicciones.

Surgido a partir de la experiencia del Centro Italiano de Solidaridad, propone 3 áreas principales de actuación: la prevención del consumo de drogas, todo un proceso de rehabilitación muy bien estructurado y el arduo trabajo para la reinserción de las personas drogodependientes.

En su página web se ofrece información exhaustiva sobre todos los tipos de adicciones, cómo detectarlas y cómo actuar. Muestra numerosas experiencias de personas que han participado activamente. Expone todo tipo de publicaciones relacionadas con la problemática, artículos de especial interés, no tan solo científicos, sino más bien humanistas. Nos da a conocer una amplia red de recursos, enlaces de interés y un aula virtual de formación online.

<http://www.tdahytu.es>

Página web patrocinada por laboratorios Shire, de gran interés y de fácil y amena consulta para el conocimiento de las características que conforman el TDAH, tanto en niños como en adultos. Diseñada para los pacientes, familiares, profesores y amistades de todo su entorno

Documenta sobre las manifestaciones clínicas, los criterios diagnósticos, las herramientas para su valo-

ración, la explicación acerca de su curso evolutivo y propone posibilidades de actuación tanto para los pacientes como para su círculo más próximo.

De gran novedad es su espacio de entrevistas realizadas a más de 35 profesionales de la salud y expertos en TDAH, que responden de una forma clara y concisa a las cuestiones más frecuentemente surgidas cuando uno topa en su camino con este trastorno. Asimismo, ofrece un servicio de newsletter de información continuada sobre novedades o de las campañas puestas en marcha por la web.

<http://www.guiasalud.es/web/guest/gpc-sns>

Estas guías prácticas clínicas de salud del Sistema Nacional de Salud (GPC) surgen con el propósito de promover la elaboración, adaptación y/o actualización de diferentes GPC basadas en la mejor evidencia científica disponible, con una metodología homogénea y contrastada, así como para lograr su más amplia difusión.

A través de un grupo de expertos se realiza una búsqueda completa sobre la materia, una evaluación y síntesis de la literatura científica más avanzada y de mayor consenso, la formulación de recomendaciones y, finalmente, tras una revisión externa, proceder a su publicación.

Desde nuestra revista proponemos la Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto, de publicación muy reciente (2014).

<http://www.1decada4.es>

Página web creada por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales de la Junta de Andalucía que nos recuerda que 1 de cada 4 personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida.

Pretende crear un reconocimiento de los trastornos mentales y sus enfermos mentales, así como luchar contra el estigma de la patología mental. Desterrar el silencio tan perjudicial, mostrar el progreso científico y de investigación en este campo, analizar las consecuencias que conlleva e intentar implicar a las instituciones y a la ciudadanía para hacer frente a esta problemática de enorme magnitud.

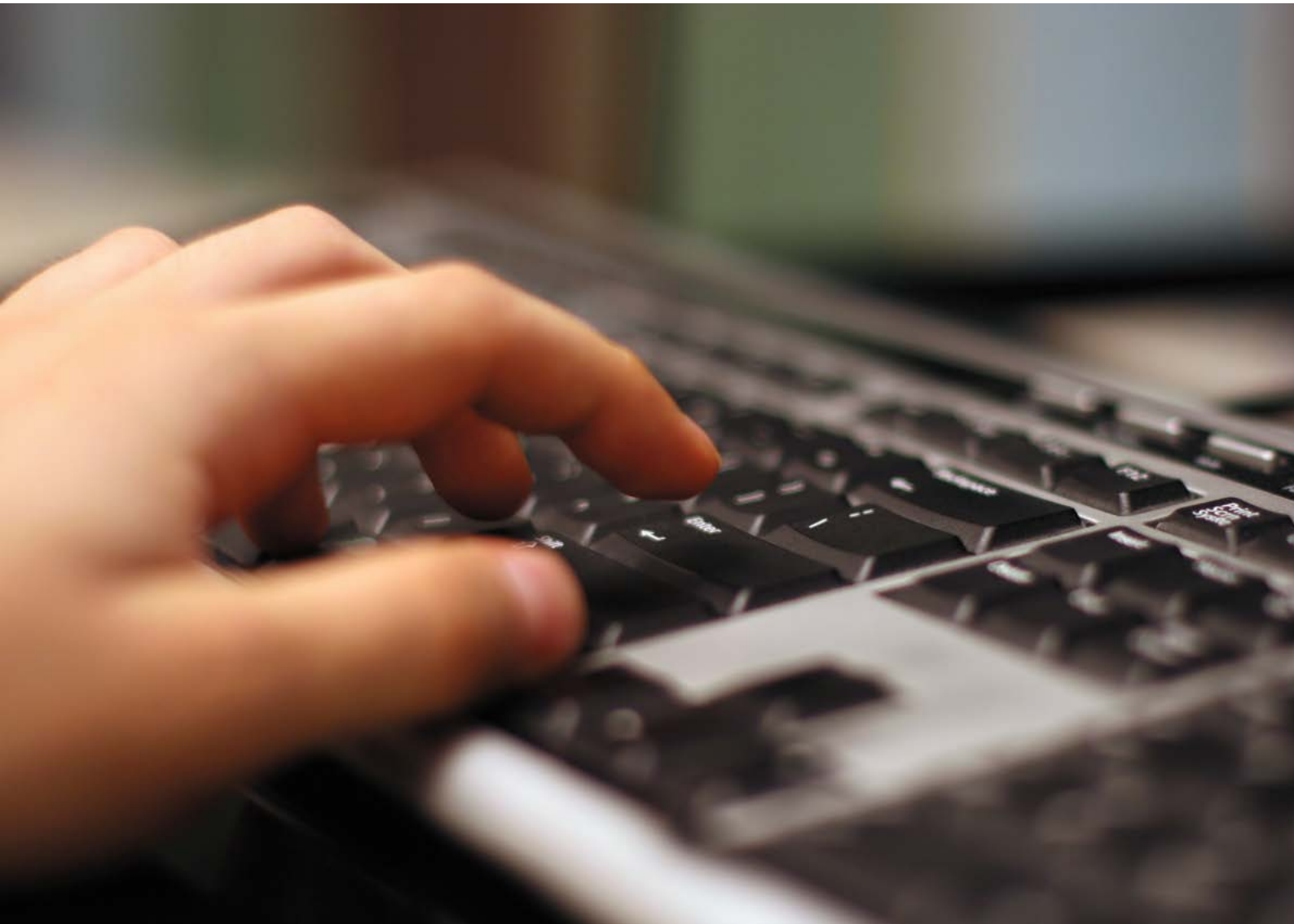
Entre sus secciones cabe destacar: las vivencias y testimonios expresados por los pacientes; la oferta de un amplio abanico de recursos para la sensibilización a través de guías y vídeos excelentes; mostrar diferentes estrategias nacionales e internacionales que abordan la temática; un apartado dedicado a la literatura, el cine y enlaces de interés para un mejor conocimiento de la enfermedad mental.

<http://assistete.es>

Esta aplicación online es una excelente herramienta de cribado, que por supuesto nunca podrá sustituir la actuación del profesional experto en salud mental, y de intervención breve guiada para la detección precoz y el tratamiento inicial de algunos problemas relacionados con el consumo de sustancias.

Se basa en el test ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) desarrollado por la OMS para la detección precoz de los problemas con sustancias adictivas, que ha sido desarrollado en el Hospital Universitario 12 de Octubre y sostenido por los laboratorios Pfizer y otros organismos oficiales.

El paciente puede contestar anónimamente este test y se le ofrece a continuación la oportunidad de realizar una intervención psicoterapéutica breve online para ayudar y aconsejar un mejor control del problema personal del consumo de sustancias.



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

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.

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.

International Mental Health Congress.
Lille, 28-30 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.



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			

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, 10-13 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.

12th Congress of the European Association for Clinical Pharmacology and Therapeutics (EACPT).

Madrid, 27-30 de junio de 2015.

Julio

II Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento.

Almería, 2-3 de julio de 2015.

Agosto-septiembre

23rd World Congress on Psychosomatic Medicine.

Glasgow, 19-22 de agosto de 2015.

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

Amsterdam, 29 de agosto-1 de septiembre de 2015.

5th European Conference on Schizophrenia Research.

Berlin, 24-26 de septiembre de 2015.

Octubre-noviembre

Eleventh International Conference of the European Network for Mental Health Service Evaluation.

Málaga, 1-3 de octubre de 2015.

VIII Congreso Iberoamericano de Alzheimer.

Rio de Janeiro, 15-17 de octubre de 2015.

The 7th World Congress of the World Sleep Federation.

Istanbul, 31 de octubre-3 de noviembre 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

Xeristar® 60 mg

duloxetine HCl

NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Xeristar 30 mg cápsulas duras gastroresistentes. Xeristar 60 mg cápsulas duras gastroresistentes. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Xeristar 30 mg: Cada cápsula contiene 30 mg de duloxetina (como hidroclo-
ruro). Excipiente(s) con efecto conocido: Cada cápsula contiene 8,6 mg de sacarosa. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección "Lista de excipientes". Xeristar 60 mg: Cada cápsula contiene 60 mg de duloxetina (como hidroclo-
ruro). Excipiente(s) con efecto conocido: Cada cápsula contiene 17,2 mg de sacarosa. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA.** Cápsulas duras gastroresistentes. Xeristar 30 mg: Cuerpo de color blanco
opaco, impreso con "30 mg" y una tapa de color azul opaco, impresa con un código de identificación numérico "9543". Xeristar 60 mg: Cuerpo de color verde opaco, impreso con "60 mg" y una tapa de color azul opaco, impresa con un código de identificación
numérico "9542". **DATOS CLÍNICOS. Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento del trastorno depresivo mayor. Tratamiento del dolor neuropático periférico diabético. Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. Xeristar está indicado en adultos. **Poso-
logía y forma de administración.** Posología. *Trastorno depresivo mayor.* La dosis inicial y de mantenimiento recomendada es de 60 mg una vez al día, con o sin comidas. En ensayos clínicos se han estudiado, desde una perspectiva de seguridad, dosis su-
periores 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 ge-
neralizada 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 co-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 ó 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 plasmá-
tica 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). **Población pediátrica.**
No se recomienda el uso de duloxetina en niños y adolescentes menores de 18 años para el tratamiento del trastorno depresivo mayor por razones de seguridad y eficacia (ver secciones "Advertencias y precauciones especiales de empleo" y "Reacciones
adversas"). No se ha estudiado la seguridad y eficacia de duloxetina para el tratamiento del dolor neuropático periférico diabético o para el trastorno de ansiedad generalizada. No hay datos disponibles. **Poblaciones especiales. Pacientes de edad avanzada.** No se
recomienda realizar ajuste de 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, 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 he-
pática (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"). **Interrupción del tratamiento.** Se debe evitar la interrupción brusca del tratamiento. Cuando se interrumpe el tratamiento con Xeristar la dosis debe ser reducida gradual-
mente 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 con-
tra-indicado (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 poten-
tes 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 hipertensi-
va (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 nora-
drérgico 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 hemodíalisis (aclaramiento de creatinina <30 ml/min) las concen-
traciones 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 se-
rotoninérgicos (incluyendo los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores de la recaptación de serotonina/noradrenalina (IRSN), antidepressivos 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 4.3 y 4.5). 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 du-
rante 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 co-mórbidas 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 antidepressivos en enfermedades psiquiátricas, mostró un aumen-
to del riesgo del comportamiento suicida con los antidepressivos 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 (antidepressivos), 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 alentar 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 antidepressivos en general, se han observado con mayor frecuencia comportamientos suicidas (intentos de suicidio y pensamientos suicidas) y hostilidad (predominantemente agresión, comportamientos opositacionistas 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 pa-
cientes 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 pacien-
tes 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 interrumpe el tratamiento son frecuentes, especialmente cuando el
tratamiento se interrumpe 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 trata-
dos 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 inintencionalmente olvidaron tomar una dosis. Generalmente estos síntomas son auto-
limitados 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 episodios depresivos mayores. 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"). Se dispone de datos limitados del uso de Xeristar en
pacientes de edad avanzada con trastorno de ansiedad generalizada. **Acatasia/Inquietud psicomotora.** El uso de duloxetina se ha asociado con el desarrollo de acatasia, caracterizada por una inquietud subjetivamente desagradable o preocupante, y por la ne-
cesidad 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 ge-
neralizada 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 he-
patocelular. Duloxetina debe emplearse con precaución en pacientes tratados con otros medicamentos que se asocien con daño hepático. **Sacarosa.** Las cápsulas duras gastroresistentes de Xeristar contienen sacarosa. Los pacientes con problemas heredita-
rios 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 monoaminoxidasa
(IMAOs):** Debido al riesgo del síndrome serotoninérgico, no se debe utilizar duloxetina en combinación con inhibidores irreversibles no selectivos de la monoaminoxidasa (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 con-
centraciones 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 AUC₀₋₂₄. 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, inclu-
yendo 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 tratamien-
to concomitante de ISRS/IRSN con agentes serotoninérgicos. Se recomienda precaución si se utiliza Xeristar conjuntamente con antidepressivos serotoninérgicos como ISRS, IRSN, antidepressivos tricíclicos como clomipramina o amitriptilina, IMAOs como
moclobemida o linezolid, hierba de San Juan (Hypericum perforatum), 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 mo-
derado 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 duloxe-
tina (40 mg dos veces al día) aumenta el área bajo la curva (AUC) en el estado de equilibrio de toleridona (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 re-
comienda precaución si se administra Xeristar con medicamentos metabolizados predominantemente por el CYP2D6 (risperidona, antidepressivos tricíclicos (ADTs) como nortriptilina, amitriptilina e imipramina) particularmente si tienen un estrecho índice te-
rápico (como flecaína, 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 inte-
racciones *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 inte-
racción 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 volun-

Muy frecuentes	Frecuentes	Poco frecuentes	Raras	Muy raras
Infecciones e infestaciones				
		Laringitis		
Trastornos del sistema inmunológico				
			Reacción anafiláctica Trastorno de hipersensibilidad	
Trastornos endocrinos				
			Hipotiroidismo	
Trastornos del metabolismo y de la nutrición				
	Disminución del apetito	Hiperglucemia (notificada especialmente en pacientes diabéticos)	Deshidratación Hiponatremia SIADH ⁶	
Trastornos psiquiátricos				
	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	
Trastornos del sistema nervioso				
Cefalea Somnolencia	Mareos. Letargo. Temblores. Parestesia.	Miclonía. 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	
Trastornos oculares				
	Visión borrosa	Midriasis. Trastornos visuales	Glaucoma	
Trastornos del oído y del laberinto				
	Acúfenos ¹	Vértigo. Dolor de oído		
Trastornos cardíacos				
	Palpitaciones	Taquicardia. Arritmia supraventricular, principalmente fibrilación auricular.		
Trastornos vasculares				
	Aumento de la tensión arterial. ³ Rubor	Síncope. ² Hipertensión. ^{3,7} Hipotensión ortostática. ² Sensación de frío periférico	Crisis hipertensivas ^{3,6}	
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos				
	Bostezos	Espasmos laringeos. Epistaxis		
Trastornos gastrointestinales				
Náuseas Sequedad de boca	Estreñimiento. Diarrea. Dolor abdominal. Vómitos. Dispepsia. Flatulencia	Hemorragia gastrointestinal ⁷ Gastroenteritis. Eructos. Gastritis. Disfagia	Estomatitis. Hematoquecia Halitosis	
Trastornos hepato biliares				
		Hepatitis. ³ Aumento de las enzimas hepáticas (ALT, AST, fosfatasa alcalina) Daño hepático agudo	Fallo hepático ⁶ Ictericia ⁶	
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo				
	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	
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo				
	Dolor musculoesquelético Espasmo muscular	Tensión muscular Fasciculaciones musculares	Trismo	
Trastornos renales y urinarios				
	Disuria	Retención urinaria. Dificultad para comenzar a orinar. Nicturia. Poliuria Disminución del flujo urinario	Olor anormal de la orina	
Trastornos del aparato reproductor y de la mama				
	Disfunción eréctil. Trastorno de la eyaculación. Eyaculación retardada	Hemorragia ginecológica. Trastornos menstruales. Disfunción sexual. Dolor testicular	Síntomas menopáusicos. Galactorrea. Hiperprolactinemia	
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración				
	Caidas ⁸ Fatiga	Dolor torácico. ⁷ Sensación anómala. Sensación de frío. Sed. Escalofríos. Malestar. Sensación de calor. Trastorno de la marcha		
Exploraciones complementarias				
	Pérdida de peso	Aumento de peso. Aumento de la creatinfosfoquinasa en sangre. Hiperpotasemia	Aumento del colesterol plasmático	

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 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 QTc 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 (TDM) 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. Treientos treinta y dos pacientes pediátricos inicialmente aleatorizados a duloxetina en ensayos clínicos, experimentaron una disminución media en el peso de 0,2 kg a las 10 semanas. Posteriormente, durante un periodo de extensión de más de seis meses, la mayoría de estos pacientes presentaron una tendencia a recuperar su percentil de peso basal esperado, basado en los datos de población emparejados por edad y género (ver "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 sobredosis (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. Esteras 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. Povidona. **Incompatibilidades.** No procede. **Periodo de validez.** 3 años. **Precauciones especiales de conservación.** Conservar en el envase original para protegerlo de la humedad. No conservar a temperatura superior a 30°C. **Naturaleza y contenido del envase.** Blisters de policloruro de vinilo (PVC), polietileno (PE) y policloruro 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, Groenstraat 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:** 24.10.2013. 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: PVP 17,88 €; PVP IVA 18,59 €; 7 cápsulas duras: PVP 4,47 €; PVP IVA 4,65 €. Xeristar 60 mg cápsulas duras gastroresistentes 28 cápsulas duras: PVP 28,61 €; PVP IVA 29,75 €. Comercializado por ESTEVE.



¿ESTAR
MEJOR?...

★ O ¿ESTAR BIEN?



Ahora a
**PRECIO de
GENÉRICO**



EN *DEPRESIÓN*, mejoría integral hacia la
★ recuperación funcional

Xeristar[®] 60mg
duloxetina HCl