

Psiquiatría privada



asepp

Asociación Española de Psiquiatría Privada

www.asepp.es

Editorial

Dignidad en salud mental

Psiquianálisis

El sexo del alma

En la piel del paciente

¿Qué espera un paciente de la consulta privada de un psiquiatra?

Diez de oros / Diez de bastos

Sin perder la memoria

Uso terapéutico de las sales de litio: *serendipity* una vez más

Viajes sin mi tía

Ámsterdam

Contrastes

Interactivos

Decálogo de la ASEPP

Agenda

Diciembre
2015

9

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.

DIGNIDAD EN SALUD MENTAL



Haciendo nuestro el tema «Dignidad en Salud Mental», elegido este año por la WFMH para celebrar el día Mundial de la Salud Mental, el pasado 10 de octubre, me gustaría hacer desde ASEPP una lectura más amplia. Es por ello que añadimos al colectivo clásico de enfermos y familiares, a todos los profesionales integrantes en general de la red de atención en salud mental y, de manera más específica al colectivo de psiquiatras y sobre todo a aquellos que parcial o totalmente trabajamos en consulta privada, seguros como estamos de no cometer ningún sacrilegio.

Definir dignidad no resulta fácil, quizás una de las descripciones más adecuadas y pragmáticas sería aquella del valor intrínseco de una persona y que conlleva el respeto de los demás y que podría explicarse por la cualidad del que se hace valer como persona, se comporta con res-

ponsabilidad, seriedad y con respeto hacia sí mismo y hacia los demás y no deja que lo humillen ni degraden. Falta dignidad cuando una persona o un colectivo se sienten discriminados o sobre ellos se aplican irrazonablemente gran cantidad de prejuicios.

Dignidad para el paciente con una enfermedad mental, que tan solo por padecer una enfermedad, que afecta a una tercera parte de la población en algún momento de su vida, lucha continuamente por evitar el ostracismo si no el olvido y su aislamiento. Batalla por poder acceder a la utilización de sus derechos cívicos. Pelean contra una sociedad que los estigmatiza y aísla aún si cabe más por no poder entrar en las reglas de competitividad permanente aplicadas globalmente, y que no son capaces de tolerar cualquier desviación personal de este modelo, menos aún si el origen está en la mente. El resultado final suele ser la marginalización de los enfermos psíquicos y su entrada en un bucle que cronificará su patología y su disfuncionalismo global: personal, laboral, económico, familiar y social.

Dignidad para los familiares que sufren por su ser más querido (es de nobleza dar más a quien más necesita) y viven doblemente la frustración de la enfermedad con sus consecuencias globales citadas previamente y la preocupación asociada a quien podrá cuidarse de él cuando ellos no estén.

Dignidad para todos los profesionales que trabajan en salud mental, abandonados, como los previos por un sistema sanitario que no es capaz de colocar a la salud mental entre sus prioridades y que han de combatir contra la escasez de recursos económicos, y la no ayuda para llevar a cabo un tratamiento multidisciplinar. Dignidad para poder contar con unas estructuras y planes de funcionamiento actualizados a la realidad actual, no a las rémoras históricas de siglos precedentes.

Dignidad para el psiquiatra en la consulta pública, nunca más loquero (que diferencia con aquellos locos bajitos que recordaba Joan Manuel Serrat) cuya profesión nunca deja indiferente, provocando el alejamiento en algunos, en otros su mofa y menosprecio, y en otros con el simple comentario de que «habiendo estudiado tantos años medicina no te podrías dedicar a otra cosa más seria». Que cada día tienen programadas sus visitas cada 15 minutos y a 4 meses vista, si no reciben la presión de la visita única. Aquellos a los que su programa informático les mediatiza sus posibilidades de acción terapéutica, y finalmente asumen, en algunos casos, su actuación como trabajadores del mono azul, en lugar de una actuación de bata blanca (ambos colectivos necesarios e imprescindibles, pero no superponibles).

Y permitidme también reclamar dignidad, en último lugar y no por ello menos importante y sí más extenso (¡cuán poca voz se nos da!) para los psiquiatras en consulta privada que en algunos contextos y aun en ciertos niveles somos concebidos como uno de los enemigos de gran parte del sistema sanitario (al menos de puertas hacia fuera). Tan difícil resulta reconocernos de una vez por todas como complemento necesario, que aligera las listas de espera y que ayuda a sostener la carga asistencial. Cuanto tiempo debe durar la discriminación en forma de notas, en algunos centros de atención primaria con el clásico «no se dispensarán recetas de médicos de consulta privada», en una especialidad en la que todo el mundo coincide que la mayoría de visitas, aunque sean segundas, cuartas o vigésimas necesitan de una duración superior a la asignada por la administración y con una frecuencia más próxima. Dignidad para acabar con el solo se aprovechan de sus enfermos (cuando la máxima expresión de la libertad y dignidad humana recae en la capacidad de elección); cuánto tiempo de proclamar que no somos tan buenos, o somos malos a tiempo parcial (ya que muchos compartimos consulta por las dos vías)...

Quizás tan solo se trate de reflexionar en profundidad (somos expertos en recetarlos), algún día que nos alejemos del estrés diario, también elegido vocacionalmente, y llegar a la conclusión que para progresar todos deberíamos escucharnos con respeto para aportar cuantas más soluciones mejor a este gran desafío común que es la dignidad amplia en la asistencia a la salud mental.

Aprovecho la ocasión, en nombre propio y de todos los colegas del consejo editorial, para deseáros un feliz y próspero 2016.

Asimismo, un agradecimiento para Laboratorios Esteve por haber financiado durante 3 años este gran proyecto de nuestra Revista.

Dr. Josep Ramon Domènech
Director de Psiquiatría Privada

El sexo del alma



Dr. Facund Fora Eroles

**Psiquiatra del Centro Médico Teknon de Barcelona.
Cofundador de la Unidad de Sexualidad y de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
Profesor en diferentes Másteres de Psiquiatría.**

El Dr. Facund Fora nació en Vinaròs en 1959. Casado (con la misma mujer) desde hace más de 5 lustros y padre de dos hijos (pareja).

Un amplio recorrido desde 1984 por centros psiquiátricos de referencia en Barcelona avala su excelente formación (Hospital Clínic, Frenopático Tomas Dolsa, Dexeus y Teknon).

Gran redactor y orador (vale la pena recordar que su padre fundó el periódico *La Verdad* y fue un poeta reconocido), ha publicado diferentes artículos en revistas científicas, coautor de varios libros, miembro del consejo de redacción de diferentes revistas (*Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, *The Journal of Sexual Health*, *Sexología integral*, *Revista internacional de andrología*) y ha participado en diferentes programas de radio y televisión de notable audiencia (*Hablemos de sexo* con la Dra. Elena Ochoa a nivel estatal y *Curar-se en salut* y *Les mil i una nits* en catalán).

Su gran afición es el piano.

El Dr. Fora, a pesar de que su máximo reconocimiento lo ha obtenido a través de publicaciones, ponencias y foros sobre sexualidad, otras áreas de conocimiento en el que es considerado como opinión de referencia son por ejemplo: la medicina psicosomática, las adicciones y, últimamente, el trastorno por déficit de atención (TDAH) en el adulto. Permítasenos que en esta entrevista nos centremos en algunos aspectos personales y en obtener su punto de vista como experto acerca de la sexualidad humana, tan antigua como nosotros mismos.

Dr. Fora, usted me comentaba que el premio que más le ha ilusionado ha sido el del reconocimiento de su ciudad natal Vinaròs en el año 2010. ¿Quizás por aquello de poder ser profeta en su tierra?

La verdad es que no tengo la necesidad de ser profeta en mi tierra porque siempre he sentido que me apreciaban. Pero que después de años de ausencia se acuerden de ti y te reconozcan unos supuestos méritos te ata de nuevo a tus raíces, colma tu sentimiento de pertenencia a un grupo y supone un refuerzo emocional mucho más potente que cualquier reconocimiento meramente profesional. Aunque ya que estamos en una revista de psiquiatría,

confesaré que en aquel momento también pasaron por mi cabeza ciertos pensamientos negativos, del tipo «seguro que hay mucha gente que lo merece más que yo» o «si me empiezan a hacer homenajes, señal que me hago viejo», ¡ja, ja, ja!... Naturalmente, al final se impusieron la ilusión y el agradecimiento.

Otro aspecto que a usted le gusta destacar es que ya lleva casado más de 26 años y con la misma mujer. ¿La sexualidad juega un papel importante en el mantenimiento de las relaciones de pareja?

Si lo destaco es porque hoy en día empieza a ser poco común. Todos sabemos que no es fácil mantener

una relación duradera. Creo que muchos factores son tan o más importantes que la sexualidad: la empatía, la comunicación, la capacidad de perdonar, de olvidar, de agradecer. Si, además, logramos mantener una sexualidad saludable, miel sobre hojuelas.

Mi opinión es que actualmente se sobrevalora el papel que desempeña la sexualidad en la pareja. Se considera que es el elemento nuclear de la pareja, una especie de «pegamento lmedio», que si funciona bien la mantendrá unida, mientras que si falla constituirá una señal inequívoca de que la relación amorosa ha fracasado. Y esta concepción genera muchos problemas, porque convierte un pequeño pro-

blema sexual en una catástrofe. Muchas parejas llegan a la consulta destrozadas (y estas son las que llegan, porque muchas se han quedado por el camino), llenas de resentimiento, de reproches, de culpas, etc., hasta el punto que resulta difícil rehacer todo lo que se ha roto.

Hay que tener claro que la sexualidad debe asentarse sobre una buena relación de pareja. Si no, no es suficiente para mantenerla. Tenemos muchos ejemplos de parejas con una sexualidad muy satisfactoria, pero que no se entienden y no se soportan como pareja. Y al revés, parejas prácticamente asexuales con una excelente relación y un amor mutuo envidiables.

Los psiquiatras sabemos que determinados rasgos de personalidad se asocian con una sexualidad aparentemente brillante, al menos al principio de una relación. Es el caso de los rasgos antisociales en el hombre y de los rasgos histriónicos, en la mujer. En ambos casos el comportamiento sexual es muy activo y especialmente seductor, pero al final la relación es un desastre. En el caso del sociópata, porque se va a mostrar seductor con todas las mujeres que tenga a su alcance y, en el caso de la histriónica, porque va a ser una eterna insatisfecha.

Diez años en el Instituto Tomás Dolsa (antiguo frenopático de Barcelona) dan mucho de sí, ¿verdad?

No fueron una residencia reglada, pero sí una verdadera escuela de psiquiatría y, hasta yo diría, una escuela de vida. Fue un reto pasar de una psiquiatría pretérita, con los enfermeros que iban a buscar a los pacientes al domicilio con camisas de fuerza y usaban la terapia electroconvulsiva como castigo, a una psiquiatría moderna, como la que hoy se practica en cualquier unidad psi-

quiátrica hospitalaria. Guardo muy buenos recuerdos de esta época.

Como anécdota, ya en mi primer día de trabajo como médico de guardia, pude sentir de cerca los problemas sexuales del paciente esquizofrénico: era mi primera noche, no encontraba la puerta de mi habitación, ni sabía dónde había interruptores para encender la luz. La oscuridad era absoluta. Mientras buscaba a tientas la puerta y la cerradura, una mano, igual que en las películas de miedo, me apretó el hombro izquierdo. Me quedé congelado, mientras una voz decía a mis espaldas: «Doctor, doctor... desde que tomo Meleril no puedo correrme...». ¡Vaya susto! Años después, gracias a pacientes como este, obtuve la muestra para llevar a cabo mi tesis doctoral sobre la sexualidad en la esquizofrenia. Pero a través de cuestionarios validados, no con comentarios hechos con nocturnidad y alevosía.

Siempre se ha hablado de la química del sexo, pero la «física» también juega su papel (situación, hora, posición). Descubranos alguna fórmula infalible.

¡Ja, ja, ja!... Si tuviera alguna fórmula infalible sería millonario, y no es el caso. Diríamos que una buena fórmula para mantener viva la sexualidad es tener claro que esto significa un esfuerzo. Mucha gente asocia el sexo en pareja con la espontaneidad, lo cual es muy bonito, pero poco realista. Tras unos años de vida en pareja, niños en casa y cierto estrés laboral, lo único espontáneo es espachurrarse en el sofá y hacer zapping. Por tanto, la «situación, hora, posición» deben ser convenientemente pactadas e introdu-

cidas en la agenda, con prioridad máxima, porque si no siempre va a haber algo más urgente que hacer. No se trata de decir: «Tal día, a tal hora, vamos a tener relaciones sexuales», sino «tal día, a tal hora, vamos a dedicar un tiempo a la pareja». Y este día no se pone la tele, si es posible se sale, se habla... y después que pase lo que sea. También va bien para romper la rutina, las escapadas de fin de semana.

En parejas de larga duración, los hombres deben tener claro que el mejor estímulo sexual para la mujer es la comunicación (¡difícil, eh!) y más la comunicación emocional (¡más difícil todavía!) y no tocarle el culo de buenas a primeras. Las mujeres deben saber que los hombres somos unos discapacitados emocionales y, por tanto, no nos van a estimular hablando ni expresando emociones, sino, así de fácil, tocando directamente. Todo esto significa un esfuerzo, porque todos tendemos a intentar estimular al otro con lo que nos gustaría que nos estimularan a nosotros.

¿Qué aportó y aún aporta Viagra a la salud sexual (al margen de su primer premio nacional de mejor caso clínico en psiquiatría tratado con Viagra)? La vida sin Viagra sería tan blue?

Lo mejor del concurso de Viagra fue que el premio se entregaba en La Habana, por lo que lo disfrutamos todos los que nos presentamos.

Premios aparte, está claro que sildenafil ha significado un antes y un después en la salud sexual. Ha marcado el inicio de una nueva era, con un mayor desarrollo de la investigación neurobiológica de la función

«La disfunción eréctil es el problema sexual que toca más directamente la línea de flotación del paciente y que más depresión causa»

sexual, ha abierto a muchos médicos la posibilidad de tratar problemas sexuales, cuando antes no se atrevían a preguntar porque no tenían soluciones, y ha posibilitado a muchos pacientes recuperar la confianza en su funcionamiento sexual y, con ello, la confianza en sí mismos. Puede parecer exagerado, pero no lo es: la disfunción eréctil es el problema sexual que toca más directamente la línea de flotación del paciente y que más depresión causa.

A pesar de que aún persisten determinados mitos negativos, totalmente infundados, en relación con estos fármacos, la realidad es que sildenafil y los demás inhibidores de la fosfodiesterasa 5 que se han desarrollado posteriormente han mejorado la calidad de vida de muchas parejas, como confirman todos los estudios que se han llevado a cabo en este sentido.

Muchos jóvenes comentan haber tenido experiencias sexuales con otros jóvenes de los dos sexos. ¿Podríamos calificar esta circunstancia de bisexualidad? Y si realmente existe, ¿cómo la definiríamos y explicaríamos?

Es cierto que la mayor liberalización de la sexualidad y de las relaciones amorosas, junto con una menor presión social para que cada persona se identifique con una determinada orientación sexual, están comportando un aumento del porcentaje de jóvenes que mantienen relaciones sexuales indistintamente con uno u otro sexo. Según algunos estudios, este aumento es más notable en mujeres que en hombres.

Diríamos que el término «bisexualidad» está siendo ya superado, y actualmente nos dirigimos

hacia la llamada «pansexualidad», entendida como la posible atracción sexual hacia todos los géneros, no solo los binarios tradicionales hombre-mujer, sino hacia cualquier persona con cualquier identidad de género, género múltiple o pangénero. Las personas pansexuales consideran que les es indiferente el género o sexo de la otra persona. Simplemente valoran que se sientan atraídas por ella.

En algún artículo usted ha defendido el cibersexo, explíquenos sus argumentos.

Vamos a ver. Planteado de esta forma no suena demasiado bien. El cibersexo, tanto el uso de material sexual digitalizado como la estimulación sexual cuando se está conectado *on-line* con otra persona, es una opción sexual más. Mientras se haga un uso racional y recreativo de esta opción y se lleve a cabo entre dos adultos que la consientan no hay ningún problema. Puede constituir un buen medio de estimulación sexual y una buena fuente de información y aprendizaje.

Los problemas aparecen cuando esta conducta recreativa se convierte en una adicción, se pierde el control y se mantiene a pesar de que existan consecuencias negativas en algún área importante de la vida del individuo. Y aquí yo no lo defiendo. Más bien advierto de que verdaderamente es un riesgo. Mi opinión es que cuando un individuo no es capaz de mantener un correcto equilibrio entre sus relaciones sociales y familiares y la búsqueda de estímulos sexuales en internet, debe buscar ayuda.

Aunque también opino que los psiquiatras debemos abordar estos temas desde posturas neutrales, no

dogmáticas y tendiendo más a ampliar límites que a estrecharlos, más a normalizar conductas que a estigmatizar individuos.

¿Cómo afecta la perimenopausia en particular y las variaciones hormonales en general a la sexualidad femenina?

Las variaciones hormonales afectan de forma muy distinta a cada mujer. Muchas mujeres no perciben ninguna diferencia en su sexualidad a lo largo del ciclo. Otras sí, pero también entre estas existe una amplia variabilidad interindividual. La perimenopausia sí afecta de forma más clara a la sexualidad. Los cambios físicos debidos al hipoestrogenismo pueden comportar una respuesta sexual más lenta e incómoda. Pero el grado de afectación de la sexualidad no depende de los estrógenos, sino de dos grandes factores: la satisfacción sexual previa y la capacidad de adaptación a los cambios. Para la mujer con una vida sexual insatisfactoria o con poca capacidad de adaptación, la menopausia puede suponer el abandono progresivo de la vida sexual. Por el contrario, la mujer con una vida sexual satisfactoria y una buena capacidad de adaptación puede encontrar ventajas en la menopausia: el alivio de prescindir de anticonceptivos, mayor disponibilidad de tiempo (ya no hay hijos que criar), mayor desinhibición y mayor conocimiento de lo que necesita para sentirse afectiva y sexualmente bien. En sexualidad humana, la corteza cerebral pasa por encima de las variaciones hormonales. Por ello, una actitud constructiva posibilitará la adquisición de mecanismos adaptativos que permitan mantener una sexualidad satisfactoria. Por el contrario, una actitud negativa o pasiva se aliará con el déficit estrogénico para debilitar definitivamente la función sexual.

«El deseo sexual es el problema más complejo al que nos enfrentamos en la clínica sexológica»

¿Qué lugar ocupa la disfunción sexual secundaria a la medicación psicotrópica en el abandono de los tratamientos psiquiátricos? ¿Qué se podría hacer para evitarlo?

Es difícil saber cuál es el porcentaje de abandonos debido únicamente a efectos secundarios sexuales, pero si pensamos que la disfunción sexual inducida por psicofármacos puede alcanzar hasta el 80% de pacientes en el caso de algunos antidepresivos y hasta el 65% de pacientes con algunos antipsicóticos, seguramente la cifra no es pequeña. Está claro que algunos pacientes toleran mejor que otros los efectos secundarios sexuales, pero en los que ya muestran cierta tendencia a la mala adherencia terapéutica, la disfunción sexual puede ser el elemento definitivo que conduzca al abandono de la medicación.

Para minimizar esta posibilidad debemos mantener una comunicación activa con el paciente, no esperar a que él nos lo diga, porque es muy posible que no lo haga. Tras instaurar un tratamiento, debemos preguntar directamente si ha notado algún cambio en su función sexual y, en caso afirmativo, de qué modo le afecta. Si el paciente expresa o nosotros intuimos un claro malestar al respecto, deberemos discutir sobre riesgos y beneficios de un ajuste de dosis o de un cambio de fármaco y buscar alternativas y estrategias para manejar estos efectos secundarios.

Flibanserina, ¿qué puede aportar a la sexualidad femenina?

Hay dos puntos de vista: el positivo, que contribuirá a un mayor conocimiento de la fisiología sexual femenina, y el negativo, que va a «medicalizar» el deseo sexual femenino.

Yo creo que cuantos más recursos terapéuticos tengamos mejor, aunque, ciertamente, flibanserina no lo va a tener fácil, ya que el deseo sexual es el problema más complejo al que nos enfrentamos en la clínica sexológica, y más aún el deseo sexual femenino, mucho más envuelto en connotaciones emocionales y relacionales que el masculino. La verdad es que los resultados de flibanserina en los estudios previos a la comercialización, aun siendo significativos, diríamos que son discretos. Además, en psiquiatría ya tenemos otros estimulantes dopaminérgicos como bupropión, agomelatina, metilfenidato o lisdexanfetamina con los que flibanserina debería compararse.

Y una última cuestión que muchas veces pasamos por alto, damos por supuesto que una mejoría del deseo sexual va a revertir en beneficio de la pareja, pero suponiendo que flibanserina sea capaz de estimular el deseo sexual, ¿hacia dónde va a dirigirse este deseo? Porque esto no lo decide el fármaco, sino la interesada.

¿Qué tres preguntas ningún psiquiatra debe dejar de hacer en una primera entrevista clínica y normalmente no se realizan?

Considerando que yo no soy nadie para enseñar a los demás qué deben hacer y menos para recriminarles por no hacerlo, puedo señalar tres puntos que me parecen interesantes. En primer lugar, preguntar a fondo sobre el estado orgánico y sobre todos los fármacos que está tomando el paciente, no solo los psiquiátricos. Creo que es importante no olvidar que somos médicos, antes que psiquiatras.

En segundo lugar, preguntar por el estado afectivo y sexual. Solemos preguntar si duerme, si come, si sale o se relaciona, pero no si tiene las

necesidades afectivas cubiertas o si mantiene relaciones sexuales y cómo son estas relaciones. Nunca he visto que un paciente se molestara por estas preguntas, más allá de algún rubor en algún adolescente, y aportan una valiosa información en la anamnesis.

En tercer lugar, dos o tres preguntas fáciles: ¿tiende a ser despistado? ¿A empezar varias cosas y no acabarlas? ¿A que se le acumulen los papeles?, o sea, descartar un trastorno por déficit de atención, tal vez sobrediagnosticado en la infancia, pero infradiagnosticado en adultos, porque siempre queda escondido bajo otros diagnósticos.

Para finalizar, Dr. Fora, denos algunos consejos para hacer más saludable nuestra sexualidad.

Primero: el ejercicio de la sexualidad nunca debe ser una obligación, sino una opción que escogemos libremente porque nos resulta positiva y gratificante. Lo contrario desvirtúa por completo el sentido del sexo.

Segundo: si decidimos que sí queremos mantener viva nuestra sexualidad, debemos cuidarla. Ya hemos comentado que esto significa hacer el esfuerzo de potenciar estímulos, propiciar ocasiones y empatizar con los deseos de la pareja.

Tercero: no debemos mantener expectativas sobre logros concretos: asumir nuestro cuerpo, nuestros cambios fisiológicos, nuestra respuesta sexual y su amplísima variabilidad, tal como son. Por tanto, deberíamos eliminar todas las disfunciones sexuales del DSM. Entonces, los fármacos sexuales solo se emplearían para optimizar una respuesta, no para tratar una patología.

Estos tres consejos, junto con un estilo de vida saludable, pueden mantener la llama sexual encendida durante muchos años. ■

¿QUÉ ESPERA UN PACIENTE DE LA CONSULTA PRIVADA DE UN PSIQUIATRA?

En este artículo intentamos hacer una aproximación a aquello que espera un paciente cuando solicita una visita en una consulta privada de psiquiatría. Para ello hemos escuchado la opinión de diferentes colegas acerca del tema y, por otro lado, nos hemos servido de la búsqueda en diferentes páginas web médicas donde los pacientes expresan su valoración tras haber acudido a una consulta privada de psiquiatría.

Pienso que es de gran importancia conocer sus puntos de vista para adecuarnos a sus expectativas. Algunas permanecen fijas y cardinales desde tiempos inmemoriales por su vinculación intrínseca a la propia actividad médica. En cambio, otras se han incorporado *de novo* a imagen y semejanza del curso evolutivo de nuestra sociedad actual.

Creo que puede tratarse de un documento valioso que debiera hacernos reflexionar y quizá, con los datos aquí aportados y otros que nos vengán a la mente tras su lectura, puedan repercutir finalmente en un grado de satisfacción mutua (psiquiatra y paciente) más prominente. He optado por dividirlo en cuatro apartados: trato personalizado, instalaciones y personal administrativo, características generales propias de cualquier consulta y ca-

racterísticas específicas de una consulta privada de psiquiatría.

El aspecto más importante creo que es la búsqueda y necesidad de un **trato personalizado** que marque la diferencia con otras opciones, y para conseguirlo podemos enumerar algunos elementos sustanciales y definitorios. Recordar que el paciente nos ha preferido entre distintas opciones, y esta elección (en algunos casos al azar y en la mayoría por saber por otros de nosotros) alimenta unas perspectivas que hemos de intentar satisfacer. El paciente busca una continuidad asistencial, si nos ausentamos temporalmente o nos vamos a otro centro, sin lugar a dudas nos esperarán o seguirán. No apuestan por la discontinuación ni por el cambio sin explicaciones convincentes; nos han elegido a nosotros, y como máximo a algunos miembros del equipo asistencial que nosotros les indiquemos; optan por nosotros y querrán continuar con nosotros si no defraudamos sus expectativas. La preservación de su intimidad es un pilar fundamental del proceso de personalización de la consulta. Acuden confiando plenamente en nosotros y contándonos algo que nunca han explicado a nadie y desean que seamos sus únicos cómplices.

Hemos de transmitirles desde el primer momento que disponen del tiempo necesario para que, de una forma calmada y sin interrupciones, puedan exponer y nosotros averiguar todo lo que les está ocurriendo y preocupando emocionalmente. Los pacientes también agradecen, sobre todo al principio, un horario flexible que permita su adaptación personal a su consulta, evitando tener que dar explicaciones. Finalmente, debemos favorecer que puedan acceder a nosotros para poder comentar el curso evolutivo, la tolerancia a los fármacos, para consultar dudas o darnos a conocer circunstancias nuevas significativas.

En segundo lugar, haremos referencia a las características de nuestras **instalaciones** y la cualidad profesional y humana de nuestro **personal laboral**. El primer punto de contacto entre el paciente y la consulta son las instalaciones y el personal administrativo. Nuestra recepción, la sala de espera y, por supuesto, nuestro despacho deberían aportar una gran comodidad al marco terapéutico, ser un espacio cálido y acogedor. La instalación ha de ser confortable, bonita (preciosa) y discreta. Tiene que contribuir a proteger la intimidad como hemos citado antes. El personal, tanto en el momento de recibir la visita como en los

diferentes contactos telefónicos, tiene que desparramar amabilidad, paciencia, comprensión, prontitud y, en muchos casos, cubrir espléndidamente nuestros momentos de tensión y desbordamiento laboral o emocional.

Características generales y comunes a cualquier consulta médica. Rapidez asistencial en la cita concertada, aquello por lo que nos consultan es lo más importante de su vida. Puntualidad, la espera desespera, o al menos pedir perdón por el retraso. Proximidad y accesibilidad de localización facilita en algunos casos la elección y la continuidad en la relación. Transmitir confianza y seguridad como base del proceso terapéutico. Competencia profesional, demostrar los conocimientos actúa de motor de confianza. Poder contar y ofrecer un equipo multidisciplinario en la misma consulta o con fácil derivación de psicólogos, neurólogos y medicina interna. El proceso de evaluación debería ser cuidadoso y profundizar progresivamente para así evitar retrainamientos. Una explicación comprensible y con los máximos medios literarios o visuales.

Estar por el paciente, no interponer en aquel momento en la medida de lo posible ni ordenadores ni utensilios electrónicos, necesitan al cien por cien sentir que estás totalmente

por ellos. Claridad en el diagnóstico y en los procedimientos terapéuticos a seguir, la mejor fórmula para combatir cualquier enfermedad es el establecimiento de un diagnóstico y a continuación un plan de actuación. Dar tiempo para aclarar dudas en aquel momento o rápidamente *a posteriori*. Y finalmente recordar que la salud (física o emocional) es el bien más preciado del que uno dispone, más aún cuando no se tiene plenamente, y no es baladí, a la salida poder decir: «vale la pena el dinero que he tenido que pagar por sus servicios».

Como características específicas de una consulta privada de psiquiatría podríamos mencionar las siguientes. Hacer sentir al paciente cómodo y seguro, recordemos que es mucho más fácil desnudarse físicamente que emocionalmente, somos los únicos concedores de lo que pensamos y sentimos, y según qué cosas cuesta compartirlas. Saber escuchar, no cortar su relato; tanto tiempo en silencio merece la opción del tiempo indefinido. Se valora enormemente que nuestra capacidad empática les demuestre que somos capaces de saber lo que están sintiendo y de ponernos en su piel. Que confíen en nosotros rápidamente. Acentuar nuestras dotes de observación, sin intimidar. Mostrarse intuitivo y simplificador. Mirar

a los ojos. Dedicar todo el tiempo necesario y suficiente, transmitir calma, nunca apremio. Hacernos sentir cercanos y demostrar paciencia con nuestros pacientes.

Dar a conocer nuestros conocimientos, intentando que sean actualizados e innovadores. Transmitir seriedad mezclada con un humor adecuado, positivo y desdramatizador. Transmitir esperanza y positividad. Dar consejos y reflexiones, los silencios pueden ser poco agradecidos. Que lleguen a la conclusión de que les hemos ayudado a conocerse, aceptarse y quererse. Proponer soluciones realistas y eficaces. Explicar que la psiquiatría no es solamente la ciencia de dar pastillas, sino que a través de una actuación concedora de los mecanismos biológicos (neuroquímicos) y psicosociales afrontamos por completo su trastorno. Si además nuestra actuación les permite poder tomar «menos pastillas», miel sobre hojuelas.

Apreciados compañeros de viaje (colegas y pacientes), si de todas estas consideraciones relatadas alguna de ellas no la tenemos suficientemente desarrollada y a través de este artículo conseguimos añadirlas a nuestra consulta privada, podremos darnos totalmente por satisfechos y nuestros pacientes seguro que nos lo agradecerán. ■




Diez de oros Diez de bastos

En esta sección aportamos 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. A partir de este número añadimos textos de prensa internacionales. Es importante conocer cómo les va al resto de europeos y qué visión tienen sobre la enfermedad mental.

La psiquiatría, la gran olvidada de los premios Nobel


Le Monde Science et Techno (Francia) (12/10/2015). BASTOS

 Después de haberse entregado 106 premios Nobel de medicina, solo en tres ocasiones (el austríaco Wagner-Jauregg en 1927, el portugués Moniz en 1949 y en 2000 el sueco Carlsson) han correspondido al mundo de la psiquiatría. Parece realmente poca recompensa hacia una especialidad con tanta prevalencia y originaria de tanto malestar clínicamente significativo.

La respuesta quizás haya que buscarla en una investigación con muy pocos recursos, los objetivos terapéuticos son otros o más, o quizá porque sea mejor pasar de puntillas sobre el tema.

Críticas a las restricciones de nalmefeno por parte de la Administración a los médicos de atención primaria


ABC (24/09/15). OROS

 El profesor Julio Bobes, catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo y socio de ASEPP desde su fundación, criticó el proceder de la Administración por las restricciones que se encuentran desde atención primaria a la prescripción de nalmefeno. Mientras que España continúa ocupando un lugar predominante en el consumo de alcohol, y nalmefeno ha demostrado su eficacia en estudios previos para su comercialización y sobre todo en nuestra práctica diaria, cuesta comprender tales actuaciones.

Aplaudimos totalmente sus comentarios y luchamos codo con codo con los compañeros que ven limitado, por razones distintas a las médicas, un acto claramente beneficioso para la salud de nuestros pacientes.

Casi la mitad de los pacientes con depresión no cumple con el tratamiento


DiarioFarma (04/10/15). BASTOS

 El Dr. Luis Caballero y la Dra. Marina Díaz Marsá mostraron estas cifras de abandono del tratamiento, con la consecuente repercusión posterior por parte de los pacientes afectados por trastorno depresivo. Destacaron muchos factores contribuyentes y concluyeron que mejorar la adherencia puede ser tan importante como la eficacia del fármaco.

Desde ASEPP, conocedores de esta circunstancia estamos elaborando un curso de formación específica que mejore nuestras habilidades para favorecer el cumplimiento del tratamiento antidepressivo.

El TDAH no es sólo una enfermedad infantil


La Stampa Tuttoscienze (Italia) (22/10/2015). OROS

 El TDAH se estima que afecta al 3-4,5% de adultos de la población italiana (2 millones) y por ello es necesario poner en marcha de manera urgente protocolos de actuación para detectar y actuar de manera multidisciplinaria sobre esta enfermedad.

Coincidir con los investigadores italianos en este dato es una gran noticia, ya que permite un abordaje más amplio y consensuado sobre una enfermedad real e incapacitante, y de ninguna manera inventada en beneficio de vayamos a saber qué intereses.

La psiquiatría siempre es el pariente pobre de la investigación

Le Point (Francia) (06/10/2015). BASTOS

 La profesora Marion Leboyer de la Universidad UPEC de París y directora de la fundación Fon-daMental manifiesta en esta publicación la necesidad,

ahora más que nunca, de que la investigación en salud mental debería contemplarse como una prioridad ineludible en cualquier política de acción comunitaria. Una de cada 3 personas padecerá una enfermedad mental a lo largo de su vida y se trata de una carga demasiado excesiva y que hay que poder prevenir.

En Francia es la primera causa de invalidez, la segunda de pérdida de calidad de vida y disminuyen aproximadamente en 9 años la esperanza de vida.

Sobran comentarios ante datos tan contundentes.

Psiquiatras del Comité Organizador del XVIII Congreso Nacional de Psiquiatría en Santiago piden desestigmatizar su profesión y las enfermedades mentales

Congreso Nacional de Psiquiatría Biológica. OROS

✓ El profesor y amigo Miquel Roca manifestaba claramente la necesidad de equiparar la psiquiatría con el resto de las especialidades médicas y convencer a los pacientes, familiares y demás compañeros de profesión de que no somos una especialidad de segunda fila.

Desde ASEPP nos sumamos totalmente a esta iniciativa, como bien reseñamos en el Editorial de este número, añadiendo a los objetivos el de la práctica privada de nuestra profesión.

El fútbol no da la felicidad

El País (07/10/15). BASTOS

✗ Un estudio realizado por Vincent Goutteborge, médico catedrático asociado de la Facultad de Medicina de Ámsterdam, pone de manifiesto que los jugadores profesionales sufren más trastornos depresivos y de ansiedad que el resto de la población e incluso que otros atletas de élite. Este estudio, llevado a cabo tanto en futbolistas en activo como en retirados, pretende concienciar de la necesidad de un enfoque multidisciplinario en la atención de la salud del futbolista que garantice apoyo para una cuestión aún considerada tabú.

Crear expectativas demasiado elevadas, exigencias enormes y un presente y futuro caprichosos son un caldo de cultivo exquisito para favorecer la aparición de estos trastornos.

Prevención y detección precoz, bases de la «nueva» estrategia en salud mental

Diario Médico (08/10/15). OROS

✓ El ministro de sanidad Alfonso Alonso ha presentado la nueva estrategia de salud mental. La lucha contra el suicidio, incidir en la atención e intervención con las familias, mejorar los sistemas de información, fomentar la autonomía y los derechos de los pacientes, e incrementar la participación de los agentes implicados e instituciones responsables son algunos de los objetivos.

Los problemas parecen bien detectados, ahora sólo falta que los presupuestos y la burocracia no los retrasen o imposibiliten su ejecución.

El Sistema Nacional de Salud no dispone de ningún programa para dejar de fumar

Diario Siglo XXI (27/10/15). BASTOS

✗ A diferencia de algunas comunidades autónomas que sí lo contemplan, el SNS no promocio-
na ningún tipo de asistencia sanitaria a los fumadores ni financia los tratamientos y fármacos para dejar de fumar, a pesar de que el tabaco causa en España más de 60.000 muertes anuales y es la primera causa evitable de muerte en nuestro país.

Cuesta entender cómo ante una evidencia tan nítida no se adoptan medidas de actuación que han demostrado su eficacia.

Descubierto un nuevo objetivo terapéutico para la depresión

Biomedicina y Salud (20/10/15). OROS

✓ Investigadores de la Universidad de Sevilla han publicado un estudio en *Molecular Neurobiology* que demuestra la relación entre el complejo inflamasoma y la depresión. La activación del gen *NLRP-3* podría ser un nuevo objetivo en intervenciones terapéuticas para prevenir la depresión.

Felicidades al grupo de trabajo del proyecto «Disfunción mitocondrial y activación del complejo NLRP-inflamasoma como factores etiológicos de la depresión mayor», en colaboración con la Unidad de Salud Mental del Hospital Virgen de la Macarena y la Universidad Pablo de Olavide. ■



IX CONGRESO NACIONAL DE LA Asociación Española de PSIQUIATRÍA PRIVADA

Palma de
Mallorca



2016
20 Y 21 MAYO



Uso terapéutico de las sales de litio: *serendipity* una vez más

Dra. E. Guimerà Querol



«Cuando me visite la inspiración, que me encuentre trabajando»
Pablo Ruiz Picasso

Como ya explicábamos en el capítulo que trataba sobre los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) (diciembre 2013), muchos descubrimientos científicos trascendentales han sido fruto de una azarosa y feliz casualidad. Pero esto no es suficiente, es preciso que haya alguien allí que los observe, valore y sepa comprender su significado y que además disponga de la disciplina y rigor necesarios para realizar la a veces tediosa labor de repetición, verificación y aplicación del descubrimiento. Es decir, que aunque en el hallazgo intervenga la afortunada casualidad *–serendipity–*, es preciso, como dijo el pintor, que encuentre a «*alguien trabajando*».

Definición

Una **serendipia** *–serendipity–* es un descubrimiento o un hallazgo afortunado e inesperado que se produce cuando se está buscando otra cosa distinta. También puede referirse a la habilidad de un sujeto para reconocer que ha hecho un descubrimiento importante aunque no tenga relación con lo que busca.

El descubrimiento del efecto extraordinario de las sales de litio en el tratamiento de la manía y el trastorno bipolar ilustra uno de los ejemplos más claros de *serendipity* en la historia de la psiquiatría. Fue a John Frederick Joseph Cade, un psiquiatra australiano de Melbourne, a quien encontró trabajando. Esta es la historia...

El descubrimiento del efecto antimaníaco del carbonato de litio

A finales de la década de 1940, en Australia, el director médico del Bundoora Repatriation Hospital de Melbourne, John Cade se preguntaba:

«¿Podría ser la manía un estado de intoxicación por productos normales del cuerpo que circulan en exceso, mientras que la melancolía sería la consecuencia del estado de priva-

ción correspondiente?», conjetura al estilo de la subyacente en la fisiopatología de la enfermedad tiroidea.

Estas ideas sobre los excesos y déficits humorales se remontan a la Antigüedad. Ya fueron formuladas como todos sabemos por Hipócrates y también por Areteo de Capadocia, como se explicará más adelante.

Cade consideró que la sustancia tóxica que afectaba al cerebro era producto de una alteración metabó-

lica y pensó que se eliminaba por la orina. Así pues tomó muestras de orina de pacientes maníacos y de un grupo control de individuos sanos y la inyectó en cobayas de laboratorio. Resultado: murieron todas.

Ante el fracaso, fue aislando de la orina los compuestos nitrogenados (básicamente urea) e inyectándolos de nuevo con los mismos resultados. Al final decidió inyectar junto con la urea ácido úrico, pero este es un

compuesto muy difícilmente soluble, por ello, para aumentar su solubilidad, utilizó sales de litio, formándose urato de litio, compuesto éste mucho más soluble como ya se sabía por su utilización en pacientes gotosos. Resultado: cuando se inyectó carbonato de litio al 0,5% en una solución de urea al 8% a una dosis de 1,25 ml por 30 g de peso corporal las cobayas no murieron; además, Cade observó que los animales estaban aletargados pero plenamente conscientes y mucho menos activos y asustadizos. El paso siguiente lógicamente consistió en verificar si el responsable del aletargamiento de las cobayas era el ácido úrico o el

litio. En su siguiente experimento inyectó a los animales carbonato de litio junto con urea, observando idénticos resultados que en el ensayo anterior. Concluyó que el litio por sí mismo era capaz de relajar y no matar a las cobayas.

John Cade tuvo que abandonar su hipótesis de trabajo, ya que no encontró ninguna sustancia tóxica en la orina de los pacientes maníacos, pero de repente sus experimentos le llevaron a descubrir un tratamiento farmacológico extraordinariamente efectivo, como todos sabemos, para la enfermedad bipolar.

Dada la emoción del momento y como era habitual entre los inves-

tigadores de la época, se inyectó a sí mismo una dosis de litio que para él resultó ser afortunadamente inocua. Una vez comprobada la «seguridad» del litio, procedió a probarlo en 10 pacientes maníacos, 6 con esquizofrenia y otros 3 con trastornos del humor. Observó que los 10 pacientes maníacos respondían al tratamiento de una forma espectacular, llegando a abandonar el hospital a las pocas semanas de iniciado el tratamiento y con su enfermedad totalmente controlada.

John Cade (1912-1980), con sus experimentos sobre el litio, dió comienzo a la moderna psicofarmacología.



En 1949, John Cade comunicó en el *Medical Journal of Australia* los resultados de su investigación en la que administró sales de litio a 10 pacientes con excitación psicótica. Como describió Cade, el primer paciente maníaco al que trató con sales de litio y de forma intencionada y con éxito fue W.B., un varón de 54 años que presentaba un estado de excitación maníaca crónica. Comenzó el tratamiento con citrato de litio el 29 de marzo de 1948. A los 5 días el paciente estaba más estable, menos desinhibido y menos distraído. A partir de ese momento se registró una mejoría constante, de modo que el 1 de mayo Cade escribió en sus notas clínicas: «parece una persona normal, un pequeño hombre inseguro, agradable y vigoroso». La remisión clínica se mantuvo y recibió el alta hospitalaria con tratamiento ambulatorio de 300 mg de carbonato de litio 2 veces al día. De los 10 pacientes maníacos que recibieron carbonato de litio, 9 experimentaron una acusada mejoría en las primeras 2 semanas de tratamiento y se consiguió la remisión clínica en 8 de ellos. Por el contrario, un tratamiento similar administrado a 6 pacientes con esquizofrenia no consiguió una mejoría, aunque 3 de ellos que habitualmente se mostraban inquietos y ruidosos se tranquilizaron por primera vez.

Primeras descripciones de la enfermedad bipolar: Areteo de Capadocia, Jules Baillarger, Jean Pierre Falret y Emil Kraepelin.

La idea de una relación entre la melancolía y la manía se remonta a los antiguos griegos y, en particular, a Areteo de Capadocia (s. I d.C.). Este describió la enfermedad de la siguiente manera:

«Algunos pacientes después de estar melancólicos tienen cambios a manía (...); por eso, esta manía es

probablemente una variedad del estado melancólico (...). La manía se expresa como furor, excitación y gran alegría (...). Otros tipos de manía tienen manifestaciones delirantes de tipo expansivo: el paciente tiene delirio, estudia astronomía, filosofía... Se siente poderoso e inspirado.»

El concepto del trastorno bipolar en la psiquiatría moderna tiene sus orígenes en el s. XIX.

En 1854, Jules Baillarger (1809-1890) y Jean-Pierre Falret (1794-1870) presentan de forma indepen-

diente una descripción de la enfermedad en la Academia de Medicina de París. Baillarger la denomina como «**folie à double forme**» (locura de doble forma), mientras que Falret la nombra como «**folie circulaire**» (locura circular o cíclica). Además, Falret observó que el trastorno incidía más en miembros de la misma familia y postulaba que tenía una fuerte base genética. Este animó a hacer diversas pruebas médicas con la esperanza de llegar a una terapia farmacológica eficaz para los



Areteo de Capadocia

Fue un notable médico griego de la época imperial romana de cuya vida se conocen pocos datos. Probablemente nació en Capadocia (en la actual Turquía) y vivió durante el s. I d.C. durante el reinado de Nerón o Vespasiano.

Debió formarse en Alejandría (donde se permitían las autopsias), ya que sus conocimientos de anatomía visceral son muy completos. No obtuvo la fama ni el reconocimiento público de Galeno, pero el escaso material escrito que se ha conservado demuestra un gran conocimiento y un aún mayor sentido común.

Escribió un tratado titulado *Sobre las causas y los síntomas de las enfermedades*, uno de los mejores manuales clínicos de la antigüedad, donde describe con notable detalle los síntomas y métodos diagnósticos conocidos para muchas enfermedades. Se basa en muchos casos en la obra de Hipócrates, pero desarrolla ideas innovadoras en algunas patologías, considerándosele el primer médico en describir la celiacía.

Su estilo simple y pragmático, así como su revisionismo crítico de la obra de Galeno, lo ha situado en el movimiento ecléctico.

trastornos del estado de ánimo. Sin embargo, a finales de 1800, la mayoría de los médicos todavía se aferraban a la idea de que la manía y la melancolía (depresión) se trataban de aflicciones o enfermedades crónicas con un deterioro paulatino.

En el año 1900, el psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1856-1926) estudió el curso natural del trastorno sin tratar y observó que presentaba intervalos puntuales con ausencia de síntomas, a diferencia de la demencia precoz (esquizofrenia), y acuñó en 1913 el término «**psicosis maniaco depresiva**» para describirlo.

El ión litio y las aguas litiadas

Historia del «refresco medicinal» que causó furor en Estados Unidos A principios de octubre de 1929, Charles Leiper Grigg introdujo en el mercado una nueva bebida refrescante de sabor lima-limón a la que llamó «Bib-Label Lithiated Lemon-Lime Soda». Agregó al producto un

toque supuestamente medicinal con la adición de citrato de litio que, según rezaba la publicidad, provenía del «agua de lithia» (agua mineral rica en sales de litio) usada en la elaboración de la bebida.

El refresco tuvo muy buena aceptación, pero el extraño nombre era algo difícil de recordar, de manera que Grigg lo cambió por «7 Up Lithiated Lemon Soda» y después simplemente «7 Up». A finales de la década de



Etiqueta de 7 Up anunciada como bebida con contenido de litio

1940, 7 Up era ya el tercer refresco más vendido en Estados Unidos, después de Coca Cola y de Orange Crush. Se anunciaba como bebida refrescante con propiedades medicinales, «para uso en hospitales y en el hogar», sobre todo para «asentar» el estómago, aliviar las molestias de las resacas, neutralizar la acidez y hasta para adelgazar la figura. Sin embargo, en 1948, el gobierno de Estados Unidos prohibió la adición de litio a las bebidas debido a su efecto tóxico en dosis muy altas, de manera que 7 Up dejó de contenerlo.

Como hemos comentado antes, el mismo año que se prohibió el litio en las bebidas en Estados Unidos, en el otro lado del mundo el médico australiano John Cade descubría que las sales de litio podían ser de utilidad en el tratamiento del trastorno bipolar.

Historia de las aguas carbonatadas en España: litines

Las gaseosas en polvo fueron una de las primeras maneras que los españoles tuvieron acceso a los beneficios de las aguas carbonatadas. Su inventor fue el francés M. Fèvre, que comercializaba ya en los años 30 del s. XIX sus famosos polvos en dos sobres, uno de los cuales contenía el acidulante (ácido tartárico, aunque algunas marcas posteriormente también utilizaron el ácido málico) y el otro el gasificante (bicarbonato sódico). La reacción de los dos con un líquido daba como resultado una agradable bebida a la que se le podía añadir jarabe o azúcar.

Poco tardarían los farmacéuticos nacionales en aprender el proceso, y fueron numerosísimas las farmacias, tanto de grandes ciudades como de pequeños pueblos, las que se dedicaron a la producción de es-



Sobres para la preparación de agua de litines

tos productos, que gozaron de gran aceptación entre el público. Estos farmacéuticos, al igual que ocurrió con los embotelladores, en ocasiones intentaban reproducir aguas con efectos medicinales, aunque pronto las comercializaron simplemente como refresco. Los farmacéuticos añadían además su toque personal en forma de algún aromatizante o edulcorante. Su venta se solía realizar en las mismas farmacias, aunque también algunos establecimientos de hostelería contaron pronto con ellos como forma de ofrecer bebidas carbonatadas a sus clientes.

Recibían también el nombre de sodas refrescantes, polvos refrescantes o polvos gasíferos.



Dispensación de bebidas refrescantes y medicinales en Canaletas, Barcelona (primera mitad del s. xx)

Hoy en día es habitual referirse a estas como «**agua de litines**». Litines en realidad es un neologismo en la lengua castellana que proviene de Lithinés del Dr. Gustin, que se vendieron profusamente en España en la primera mitad del s. xx. Estos sobres se utilizaban para conseguir agua alcalina y con alto contenido en litio, elemento al que se le atribuían propiedades beneficiosas en la curación de distintas enfermedades.

El hecho de que el litio actúe como un medicamento psiquiátrico es sorprendente, por tratarse no de una molécula orgánica compleja sino de un simple elemento químico. El principio activo de estos medicamentos no son siquiera las sales de litio (generalmente se usan citratos o carbonatos de litio) sino el simple ión de litio. El isótopo más común es el Litio-7, cuyo núcleo está formado por 3 protones y 4 neutrones.

La abundancia del litio en la Tierra es bastante poco uniforme para propósitos de extracción comercial. Los depósitos más importantes se encuentran en los salares de Bolivia y en otras regiones de Sudamérica, además de Australia y China. En los manantiales naturales, la concentración de litio en el agua varía geográficamente, de manera que en la mayoría de los sitios tal concentra-

ción va desde cantidades indetectables hasta 0,2 mg/l. Existen, sin embargo, manantiales particulares en los que la concentración del litio puede ser mucho más alta, como los de Lithia Springs en Florida o los de Tehuacán, en México.



¿Qué pasó después de que J. Cade con una hipótesis equivocada realizara un gran descubrimiento?

Como dijo el propio Cade:

«... no era probable que el descubrimiento efectuado por un psiquiatra desconocido, sin entrenamiento en investigación, en un pequeño hospital de crónicos en la otra punta del mundo y con técnicas primitivas y un equipo despreciable llamara la atención».

Y eso fue lo que sucedió, unido al hecho de que el litio fue prohibido en Estados Unidos al constatar-se su toxicidad cuando se utilizó en el tratamiento de la hipertensión como sustituto de la sal común. Todo ello desencadenó una gran alarma social, adquiriendo así las sales de litio una pésima reputación en la comunidad médica americana. Por el contrario, en Australia persistió el interés por el tratamiento con litio.

Fueron C.H. Noack y E.M. Trautner quienes analizaron los efectos

del litio en 30 pacientes maníacos y obtuvieron una tasa de mejoría del 80%. También iniciaron ensayos rutinarios, propusieron rangos terapéuticos seguros y destacaron que la toxicidad podía evitarse ajustándose a estos rangos. Describieron por primera vez los patrones de absorción, retención y excreción del litio, así como la necesidad de determinar las concentraciones plasmáticas para controlar el rango terapéutico. Así lo publicaron en 1949 y 1955 en el *Medical Journal of Australia*.

En 1968, Gordon F.S. Johnson y colaboradores (también en Australia) publicaron el primer ensayo clínico prospectivo, doble ciego y controlado que comparó el litio con clorpromazina en el tratamiento para la manía.

En el resto del mundo, fue en Dinamarca donde los estudios de Cade llamaron la atención de un joven investigador: Morgens Schou, que dedicó gran parte de su carrera al estudio del litio. En 1954 publicó la primera evaluación del litio en la manía, en un estudio cruzado, controlado con placebo, que confirmó las observaciones de Cade. En el Reino Unido, en un ensayo clínico de diseño similar también se comunicaron resultados parecidos.

Las primeras publicaciones norteamericanas sobre el empleo del litio en la manía aparecieron en la década de 1960. Se iniciaron ensayos clínicos de gran relevancia sobre el litio con fondos procedentes de la *Veterans Administration* y los *National Institutes of Mental Health*. Inicialmente fue difícil reclutar centros de tratamiento para estos proyectos e incluso fue más difícil persuadir a muchos médicos participantes de que no estaban administrando un tratamiento extremadamente peli-

groso. Una vez que los estudios progresaron, la actitud de los médicos cambió de manera espectacular y muchos estaban muy preocupados por estar administrando un placebo cuando existía un tratamiento tan eficaz como el litio.

Sobre la base de la evidencia de estos ensayos clínicos, en 1970 la *Food and Drug Administration* (FDA) aprobó el litio para el control de los episodios maníacos de la psicosis maníaco-depresiva.

Esta aprobación supuso un retraso de 20 años entre el descubrimiento de los efectos terapéuticos del litio y su aceptación y uso, especialmente en Estados Unidos (que es como decir en todo el mundo).



Nathan Kline

Es por ello que quiero acabar este artículo recordando las acertadas palabras de Nathan Kline cuando abordó este tema diciendo:

«... el litio, la Cenicienta de la psicofarmacología durante 20 años, recibe al fin su derecho soberano. Así, el viejo litio –desacreditado por el abuso inicial y erróneo consumo como sustituto de la sal, precisamente en el tipo de pacientes en

quienes no hubiera debido ser utilizado, como aquellos con insuficiencia cardíaca o renal– sólo fue modestamente recomendado para su uso en la manía y en otros estados de excitación en una revista de circulación limitada de un remoto país que casi pasa desapercibida». ■

Bibliografía

- López-Muñoz F, Álamo C. Historia de la Psicofarmacología. Tomo II. Editorial médica Panamericana 2006. Madrid.
- Noack CH, Trautner EM. Lithium treatment of maniacal psychosis. *Med J Austral*. 1949;14:349-52.
- Trautner EM, Morris R, Noack CH, Gershon S. The excretion and retention of ingested lithium and its effect on the ionic balance of man. *Med J Austral*. 1955;2:280-91.
- Kline N. Lithium comes into its own. *Am J Psychiatry*. 1968;125:150-1.

Enlaces de interés

- <https://paradigmedical.wordpress.com/2010/03/21/litio-por-causalidad/>
- <http://www.soybipolar.com/historia-del-trastorno-bipolar/>
- <http://sifonesantiguos.blogspot.com.es/2014/11/las-gaseosas-en-polvo.html>
- www.nutritelia.com › Alimentos
- https://es.wikipedia.org/wiki/Areteo_de_Capadocia
- <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=5040832&fileId=S0033291700031561>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3712976/>

Ámsterdam

Dr. José Antonio López Rodríguez

Una típica calle entre canales en la «anfibia» Ámsterdam

Bueno, tía: nos vamos. ¿A dónde? A Ámsterdam. La capital de Holanda... Bueno, no, es una broma. Todo el mundo cree que Ámsterdam es la capital, pero ni Ámsterdam lo es (es La Haya) ni Holanda se llama Holanda, sino Países Bajos.

¿Por qué, me preguntarás? ¿Vamos a algún congreso? No. Voy a celebrar mi cumpleaños. ¡Caramba! ¡Qué sitios se te ocurren! Te explicaré. Ámsterdam es para mí como una segunda casa, con unos grandes lazos afectivos y amigos con los que quiero celebrar mi cumpleaños.

Como siempre, para entender un sitio, lo primero es conocer su historia. El nombre de Holanda viene de la palabra «*Hoet land*» (país de la madera). Pero esta denominación es en realidad el nombre de las dos provincias occidentales: Holanda meridional y Holanda septentrional. Se puede usar el nombre de Holanda para denominar el país, pero no es oficial. El nombre oficial es Países Bajos (Nederland).

Un poco de historia

Los primeros ocupantes de estas tierras llegaron tras la retirada de los últimos glaciares y eran pueblos cazadores recolectores. Fueron elaborando su propia cultura hasta la llegada de los romanos en el s. I a.C. Al llegar los romanos, esta región estaba habitada predominantemente por celtas y germanos. Al norte vivían los frisones, que fueron bajando y dominando el país, y crearon su propia cultura.

Para defenderse de las monarquías reinantes a su alrededor, construyeron ciudades que convirtieron en

principados. Así nacieron principados tan importantes como Flandes, Utrecht y Lieja, que lucharon para resistir a las monarquías cercanas.

En el s. XI, los frisones desarrollaron un sistema de drenaje que hacía bajar el nivel del agua y dejaba la tierra apta para pastos y otros cultivos. Nacen los sistemas actuales en la construcción de diques.

Las ciudades se fueron convirtiendo gradualmente en centros independientes con poder para efectuar acuerdos comerciales, políticos o militares con otras ciudades. Se mantienen independientes, a pesar de las presiones e intentos de las casas reales de alrededor. Finalmente, se instala entre ellos la monarquía de la Casa de Orange.

En el s. XVII se establece la llamada «Edad de Oro» en la historia de Holanda, porque el país estuvo en el centro de los acontecimientos, alternando con las grandes potencias de la época.

En 1602 se crea la Compañía de las Indias Orientales, con bases en Ceylán, India e Indonesia. En 1621 se crea la Compañía de las Indias Occidentales y en 1648 estas compañías establecen bases en toda América.

El potencial naval se debilitó en el s. XVIII por la guerra con Inglaterra. En 1806, Francia se lo anexiona con el nombre de Reino de Holanda y coloca como monarca a Luis Bonaparte. En 1814 el príncipe Guillermo de Orange restaura la monarquía. La constitución de 1848 se convierte en la base de la actual democracia holandesa, constituyendo una monarquía parlamentaria.

Con esta historia te preguntarás cómo una nación de poco más de 6 millones de habitantes ha tenido y



sigue teniendo tanta influencia en el mundo. La respuesta está, me parece, en su religión (calvinismo: ahorro y reinversión) y su expansión comercial, que esta nación supo aprovechar perfectamente.

Me recuerda lo que dijo John Adams, el que fue segundo presidente de Estados Unidos, a quien le denegaron un crédito para la nascente nación americana cuando fue a Ámsterdam a solicitarlo. Él lo explica definiendo a los holandeses como unos prodigiosos comerciantes (pero sin ningún tipo de afectos).

La ciudad

Pero vamos a Ámsterdam. A las ciudades les ocurre lo mismo que a las personas: su infancia determina en buena medida el sesgo de sus ideas. Esta ciudad nació del agua, pero no de un agua placentera, sino del esfuerzo y la determinación. El agua ha sido aliada y enemiga, desde que unos pescadores y un perro naufragaron en el cruce del río Amstel, con ese brazo de mar que es el «ij», y decidieron levantar un dique («dam») que frenara el mal humor de las crecidas. Esto debió ocurrir al iniciarse el s. XIII. Cien años más tarde, en 1306, aquel poblacho fluvial ya lucía su primera iglesia gótica, la «oude kerk» o iglesia vieja, y ahí sigue.

En esta ciudad «anfibia» que es Ámsterdam no puede uno fiarse de la firmeza del suelo ni de la solidez de los dogmas. No es lugar apropiado para verdades absolutas e inamovibles. El sentido común, la necesidad si se quiere, obligan a canalizar, a dar paso al ímpetu de las corrientes, a tender puentes. Dicho en otras palabras: esta ciudad acuática lleva adherida a sus raíces el gen de la libertad. De todos los títulos y apostillas con que han em-

paquetado a la hija del Amstel los genios publicitarios, ninguno más acertado que este: «La ciudad más libre del mundo».

Esta libertad lleva asociada la tolerancia, lo que hace que para mí sea la ciudad de la libertad y de la tolerancia.

Esto se ha manifestado a lo largo de la historia, cuando Descartes, Montesquieu, Voltaire y otros publicaban sus malditos manuscritos en las imprentas de esta ciudad. Y esto ha hecho que sea lugar de acogida de todos los refugiados políticos y fundamentalmente religiosos.

“Esta ciudad acuática lleva adherida a sus raíces el gen de la libertad”

Sus barrios y rincones

Pero, me dirás que esto está bien, pero ¿quieres saber algo más práctico de Ámsterdam? Pues mira, tía:

te voy a hablar de mis tres barrios favoritos. Sin duda alguna, mi barrio preferido es el **Jordaan**. Primero, porque me parece un barrio donde se sigue manifestando el tipo de vida, tolerancia, libertad e intelectualidad de los holandeses. Y segundo, puñetas, porque tiene un significado afectivo muy especial para mí.

Este barrio, construido hace 300 años, se llama Jordaan, término que parece que procede de la palabra francesa «jardin», aunque es este un punto que se discute. Lo que no se discute es que era un barrio construido por los grandes burgueses de la época para alojar huertas con las que abastecer a la ciudad y dar vivienda a quienes trabajaban para ellos: artesanos, empleados y mercaderes. Un antiguo gueto que hoy es un barrio atractivo por la variedad de su oferta comercial y por la gran cantidad de galerías de arte que ocupa la parte central de la telaraña acuática que conforma la ciudad. Un barrio popular recuperado por intelectuales y universitarios, cuyas calles, ya te dije, tienen el calor hu-



Tienda de quesos en las «9 calles» del Jordaan

mano que van perdiendo otras zonas de la ciudad. Su arquitectura es muy particular y, en ocasiones, uniforme por el uso casi generalizado del ladrillo.

Me encanta perderme –y también correr– por sus calles y canales. Ir de compras a la zona de las llamadas «9 calles» (¡figúrate!, hasta tienen una tienda de relojes antiguos) y, para finalizar el día, ir a cenar a uno de esos maravillosos bistrotts holandeses pequeños, agradables y donde se cena majestuosamente.

Ahora quiero hablarte un poco de otro barrio: te comentaré algo sobre el **barrio judío**. Los primeros judíos que llegaron a Ámsterdam, los prósperos comerciantes de diamantes, de Sefarad, y aquellos que huían de Europa oriental, se establecieron en este barrio. Es un barrio muy peculiar que a mí me gusta especialmente porque allí vivieron mis dos personajes favoritos de la ciudad: Rembrandt y Spinoza.

Rembrandt, en 1639, adquirió la casa ubicada en el número 4 de la

Jodenbreestraat, en pleno barrio judío. Allí comenzó su época más prolífica. Debido a sus avatares económicos, la casa se subastó en 1656. Posteriormente se volvió a adquirir por el Ayuntamiento de la ciudad y hoy es su casa-museo.

Paseando por este barrio me imagino a mi querido Spinoza des-pachando en la tienda con su hermano, que ambos heredaron de su padre, y periódicamente irse a la trastienda a leer y a escribir manuscritos que fueron prohibidos. Después, como consecuencia de una denuncia, fue expulsado, por lo que tuvo que emigrar a La Haya. La construcción que más me gusta de este barrio es De Waag, un edificio de 1488 que asemeja una fortaleza y es uno de los pocos testimonios arquitectónicos de aquella Ámsterdam primigenia. En su interior Rembrandt pintó «La lección de anatomía del profesor Tulp».

Por último, no podemos irnos de Ámsterdam sin visitar el **barrio rojo**. Ya sé que puede no gustarte, pero para mí es la expresión de la tole-

rancia y la normalidad con la cual los holandeses aceptan este tipo de actividad. Paseando por este barrio no te sientes en peligro, como en otras ciudades del mundo, como Hamburgo. Se establecen esos negocios con absoluta cotidianidad y lo mismo puedes ir a estos establecimientos, con sus meretrices en los escaparates, que tomarte una copa o cenar. Para mí, como te decía, es un reflejo de la filosofía de los holandeses.

El arte y sus protagonistas

Como consecuencia de su cultura y tolerancia, Ámsterdam es un gran centro de arte, especialmente de la pintura. Te voy a hablar un poco de sus museos: mi preferido, tía, es el Rijksmuseum. Como corresponde a un país en el que la sociedad civil es tan fuerte, este museo fue promovido por un financiero, Alexander Gorel, y abrió bastante pronto, en 1800 (pensemos que nuestro maravilloso Museo del Prado se inauguró en 1819). Realmente, dado que la capital de los Países Bajos estaba en La Haya, fue allí donde se ubicó al principio, pero durante el periodo napoleónico el rey Luis Napoleón (hermano de nuestro Pepe Botella) lo trasladó a Ámsterdam. Las colecciones que alberga son de procedencia diversa: inicialmente formaban parte de los «Stadthouders», los lugartenientes de las provincias de los Países Bajos. Otras formaban parte de la colección del ayuntamiento de Ámsterdam. Más tarde, el propio museo fue adquiriendo obras y se trasladó en 1885 al edificio donde hoy se encuentra. Se trata de una construcción ideada por Pierre Cuyper, con elementos neogóticos y neorrenacentistas. El lugar donde se ubica el «*Museumplein*», o plaza de los museos, es típicamente holan-



Autorretrato de mi admirado Rembrandt

dés: rodeado de canales, zonas verdes, bicicletas, turistas... es el típico lugar de esparcimiento, tranquilo y casi siempre animado. La zona es tan típicamente holandesa que las últimas obras de rehabilitación del edificio han debido tener en cuenta la posibilidad de que este pueda ser atravesado en su planta baja por el tráfico rodado de ciclistas. Esto complicó las obras de tal manera que los arquitectos encargados –los sevillanos Cruz y Ortiz– tuvieron que emplear casi un lustro en solucionar este problema. Por otra parte, en esta zona de la ciudad es donde se ubican las casas más elegantes, las tiendas de lujo –los comerciantes de diamantes– y mi adorado Concertgebouw, una de las salas de conciertos míticas en Europa. Pero volvamos al museo: el arte holandés tuvo una edad de oro más o menos a la

“El barrio rojo es la expresión de la tolerancia y la normalidad con la que los holandeses aceptan este tipo de actividad”

vez que la nuestra, en el s. xvii. Aquí en España, como sabes tía, podemos ver pocos ejemplos de arte de esa época, porque las provincias de los Países Bajos eran enemigas de España y, por tanto, ni la Casa Real ni los nobles españoles podían coleccionar esas obras.

Hay dos artistas que marcan el inicio y el crepúsculo de la edad de oro holandesa: Johannes Vermeer y Rembrandt. La pintura holandesa responde, lógicamente, a la mentalidad de ese país, profundamente



La galería del Rijksmuseum con «La ronda de noche» al fondo

burguesa. En el momento de la independencia de los Países Bajos del Norte, la sociedad generó, como es natural, un tipo de arte, de pintura, que lo identificara. Se llevaron a cabo obras destinadas a las casas burguesas, tremendamente comerciales: tanto es así, que los pintores se especializaron por temas, para ser así más competitivos. Así, por ejemplo, Ruysdael se especializaba en paisajes, Jan Steen en interiores, Cuypers en escenas de caballos... Pero el más sobresaliente, el más exquisito es **Johannes Vermeer**, un artista un poco enigmático, casado con una mujer de buena posición económica y que, por tanto, no tuvo nunca la necesidad de pintar por dinero. Es posible que por esta razón su producción fue muy escasa. Sus composiciones son casi siempre interiores, con mujeres como protagonistas; mujeres enigmáticas, ensimismadas, muy bellas. Su manera de pintar, además, tiene un aspecto especial, una luz como blanquecina, lechosa, que ha hecho a más de uno pensar que utilizó la cámara oscura para pintar. El Rijksmuseum conserva algunas obras extraordinariamente conocidas de él, como «La lechera» o mi favorito,

«La mujer leyendo la carta». El azul de esta obra, obtenido con el exclusivo polvo de lapislázuli, es totalmente exquisito. Es probable que lo que le hace tan moderno son el número limitado de colores y esas mujeres tan independientes, tan holandesas, tan adelantadas a su tiempo... y tan elegantemente sencillas y bellas.

Pero no es menor, tía, mi emoción al contemplar los cuadros de **Rembrandt**. Cuando te conté mi viaje a Londres, te relaté muchas cosas sobre este maravilloso pintor, por lo que no me repetiré, pero sí quiero recordarte que aquí, en el Rijksmuseum, se exhibe la obra más famosa de este pintor, «La ronda de noche». De hecho, parecería como si toda la disposición museográfica del Rijks estuviera pensada como una gran basílica en cuyo altar mayor está esta obra. La pintura representa algo muy holandés, ese tipo de guardias urbanas municipales que velaban por la seguridad en las calles. Se trata de una obra temprana del pintor, pero ya apunta maneras: es todo un catálogo de expresiones y rostros. Pero a algunos les impresiona más el cuadro «La novia judía», en el que aparecen dos recién casados mirando, de frente, al



pintor. Lo más llamativo de esta obra es el modo en que está «construido» el volumen de las telas de los vestidos: es todo un alarde de técnica pictórica, en la cual las texturas textiles se crean a base de acumulación de pigmento y materia. Puede decirse que el vestido de la novia es un alarde de texturas, de informalismo matérico tres siglos antes de que apareciera en la historia de la pintura. Ello explica que Rembrandt sea aún un maestro del que aprenden los artistas contemporáneos.

Enfrente del Rijks se encuentra otro museo enormemente popular dedicado a otro artista que también ha sido modelo para los pintores del s. xx. Se trata de **Vincent Van Gogh**. A pesar de la pereza que dan las largas colas de turistas, creo que este pintor merece trascender los tópicos que han hecho de él un personaje maldito de película para estudiar el modo de pintar tan original y moderno que tuvo, a quien se debe el mérito de abrir nuevos caminos en la pintura (todo el expresionismo puede decirse que deriva de aquí). Desde el punto de vista psiquiátrico merece unas líneas la psicopatología de Vincent. Se ha escrito mucho sobre si estaba loco

o cuál era su problema. No sabría definirme, pero sí puedo contarte que Vallejo Nájera, en su libro de «Locos egregios» lo define como una psicosis epiléptica. Otros, como una psicosis tóxica por todo lo que el bueno de Vincent se metió en el cuerpo. Por último, el Dr. Toledo, en un estudio exhaustivo, piensa que sufría un trastorno bipolar. No estoy seguro de cuál será, pero esa visión de la luz y su capacidad de pintar la naturaleza no como es sino como la ve, a mí me huele a un fondo psicótico. Esto, unido al hecho de que no vendiera ningún cuadro, lo cual es tremendamente popular, justifica la «pasión» que despierta Van Gogh. Sus primeras obras, como los «Comedores de patatas», denotan ya una angustia vital que se plasma en la tristeza de los ambientes, siempre oscuros y opresivos. En este museo encontramos obras mundialmente famosas, como la «Habitación» (1888), pintada en la casa amarilla de Arlés. Se trata de una pintura absolutamente moderna, no sólo porque los colores están alejados de lo retiniano y son totalmente subjetivos, sino porque aquí Van Gogh ejecuta el arriesgado ensayo de

«aplanar» el espacio de la habitación, cuestionando así la perspectiva renacentista que llevaba en vigor cuatro siglos. Pero encontramos también otras obras muy conocidas, como una de las versiones de los archifamosos «Girasoles», que pintó en Arlés en enero de 1889, un año antes de morir, o el bellissimo «Almendra en flor», dedicado a su recién nacido sobrino, Vincent Willem, el hijo de su hermano Theo, obra que denota una mirada más optimista y esperanzada de la vida.

Además, tía, aunque no soy muy aficionado al arte abstracto, tengo que reconocer que una visita al Stedelijk Museum para contemplar la colección de obras de **Malevich** y **Mondrian** vale mucho la pena.

Por último, hay algunos museos curiosos y menos visitados, pero que te gustarían, tía, como el Museo van Loon, una casa-palacio del s. xvii, en la que se puede ver, más que grandes obras de arte, cómo vivía la alta burguesía de la ciudad, con un gusto que, aún alejado de la opulencia –no hay que olvidar que estamos en tierra protestante–, sí denota una calidad de vida muy notable, llena de comodidades, vajillas de porcelana china, jardines interiores y bellas estatuas.

No quiero acabar sin recordar otro de los alicientes que para mí tiene Ámsterdam: la orquesta del Concertgebouw. Como sabes, está catalogada como una de las cuatro mejores orquestas del mundo, y escuchar a Mahler en ese edificio del Concertgebouw es uno de los recuerdos de mi vida.

En fin tía, como ves, Ámsterdam es algo especial para mí. Te podría contar muchas más cosas, pero como volveré, en otro viaje te enseñaré sitios menos conocidos y populares de la ciudad. ■

VIII CONGRESO NACIONAL

ANSIEDAD Y TRASTORNOS COMÓRBIDOS

19 y 20 de febrero de 2016
ESADEFORUM - Av. Pedralbes 60-62 - Barcelona

Secretaría Técnica:

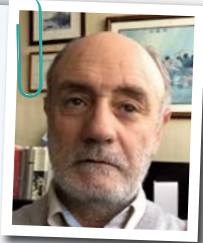
Noemi Casanova Alba
Tel. 932186379/934151077

Avalado por la Asociación de Psiquiatría Privada Española (ASEPP)



Contrastes

Escuchar atentamente y encontrar una buena solución para el malestar son objetivos prioritarios en la labor del psiquiatra. Aprender de cualquier persona y rechazar la confrontación otorgan al ser humano inteligencia y libertad. Contrastes propone preguntar y aprender desde posiciones heterogéneas. Descifremos los enigmas del Dr. Miguel Ángel Rodríguez, el gran mago de Cuenca y que salta enseguida, y del Dr. Manuel Alejandro, también de sesenta y tantos e inventor del vocablo «divanarse».



Nombre:

Manuel Alejandro

Edad (aproximada al menos):

sesenta y tantos.

Actividad profesional y cargo:

actualmente solo realizo una consulta privada como psiquiatra y en psicoterapia psicoanalítica; anteriormente y durante muchos años he compatibilizado la consulta como psiquiatra de cupo y la consulta privada.

El mejor año de su vida: el actual... porque es el que mejor me encuentro.

De pequeño quería ser... «aviador».

Pasional o racional: metódico apasionado.

Comida o cena: comida... los años no pasan en balde.

Su plato más íntimo: con todos acabo teniendo intimidad...

Su color preferido: los del campo.

Un defecto: ¿defectos yo?...

Bloque personal

Planes de futuro: los del presente.

Salud, trabajo o amor (la suma ha de ser igual a 100): 60/20/20.

Un lugar para perderse: cualquiera en el que te encuentres a gusto.

Un viaje pendiente: uno de esos cualquiera...

La palabra que más veces utiliza a lo largo del día: ... ¡yo que sé!

Qué libro regalaría: *Allegro ma non troppo* de Carlo Cipolla.

Canción de la que siempre solicitaría dos besos: ninguna.

Película inolvidable: *Johnny Éuitar*, de Nicholas Ray.

Su último concierto: no recuerdo.

Diurno o nocturno: nocturno por devoción, diurno por obligación.

¿A qué edad se jubilaría?: lo estoy desde hace poco..., lo debería haber hecho antes.

¿Cuánto tiempo lleva dedicándose a la psiquiatría?:

Treinta y tantos años.

Profesional que más le ha influido: varios.

Una depresión es... un hundimiento generalizado.

Pelota, caballo o manzana: caballo.

Rorschach o MMPI: MMPI.

Amar es... mejor que explicarlo es pasar por ello.

El pecado capital más extendido: la estupidez... ¿qué no es un pecado capital?... pues lo debería ser.

Un diván sirve para... «divanarse».

Fármaco más importante en la historia de la psiquiatría: son tres, largactil-haloperidol, imipramina-*I*MAO, librium-valium.

Bloque profesional

Una teoría que explique el comportamiento humano: en su totalidad... ¿existe?

Qué tipo de trastorno mental cree que incrementará más su prevalencia en los próximos años: ¿quizás la tontería-estupidez?... pero tengo serias dudas de que sea un trastorno mental...

La última vez que... qué.

Característica psíquica que mejor define los tiempos actuales: ¿la superficialidad?

Proverbio o frase/ejemplo ilustrativo que suele utilizar en su consulta: «a mal tiempo buena cara»... bueno, es broma...

El año que viene... «Dios dirá».

Un psiquiatra no debería ser... por ejemplo, impaciente.

Bloque personal



Nombre:

Miguel Ángel Rodríguez Fernández

Edad: 63 años.

Actividad profesional y cargo: he sido funcionario por oposición de los ministerios de: Educación, Justicia e Interior. Ahora estoy

en situación de excedencia voluntaria y desde el año 1999 me dedico con exclusividad a la consulta privada.

El mejor año de su vida: hay varios. En 1972 fui campeón de España de Magia. En 1977 me casé y después han ido naciendo mis hijos, que por supuesto son años importantísimos en mi vida.

De pequeño quería ser: a los 6, 7 años presencié la actuación de un mago en mi Cuenca natal; desde entonces la ilusión de mi vida fue la de llegar algún día a ser como él.

Pasional o racional: la pasión por suerte o por desgracia se va acabando o transformando con el paso de los años. En este momento de mi vida creo que soy más racional.

Comida o cena: si es entre semana cena y a ser posible no demasiado corta, la sobremesa es muy importante. Los fines de semana, siempre que puedo, comida con mis hijos y mis nietos.

Su plato más íntimo: el de la ducha, el de tirar con escopeta, el de la bicicleta que está más cerca de los pedales, tengo muchos, incluso la paella y la fabada.

Su color preferido: los colores vivos, aunque yo visto de azul, gris y marrón.

Un defecto: ¿mío? Tengo poca paciencia, salto en seguida, por poner uno de los 4328 que tengo. De la humanidad, no saber vivir el día a día haciendo planes para el futuro. Siempre he dicho que un día en el que no ries es un día perdido. Aplíquese a cualquier otra actividad comparable a la risa...

Planes de futuro: vivirlo. Estar ahí. Un balcón con vistas al mundo. Un rincón con Mari Pazui.

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

en mi caso, amor, salud y trabajo. En ese orden. Ese ha sido el organigrama de mi vida. Cada ítem se alimenta del anterior. Habrá a quien no le guste leer esto, pero ¿qué quieres con mi edad? Tendré que decir la verdad... Si tengo que hablar en porcentajes 45, 10, 45.

Un lugar para perderse: Cuenca, siempre Cuenca. Mágica Cuenca. Paz, armonía, naturaleza, tranquilidad, amigos, zarzajos, morteruelo, ajo arriero y vino.

Un viaje pendiente: pocos lugares me quedan por visitar. Aquel que haga con mis 6 hijos y mi mujer. Aunque repita. El destino, créeme, no importa. Todo depende de la compañía.

La palabra que más veces utiliza a lo largo del día: gracias, por favor, perdón, hay muchas.

Qué libro regalaría: 13 citas por Internet, un iPad en los ochenta, 50 días... Cualquiera de las novelas de Mac Lupén, escritor al que quiero como un hijo (o a lo mejor lo es...).

Canción de la que siempre solicitaría dos bises: My way, de Frank Sinatra. Sin ser cantante ni haberlo deseado nunca, he tenido el honor de cantarla acompañado de algunas prestigiosas orquestas en más de 15 países del mundo. También lo he hecho en petit comité con orquestas de crucero y de hotel. La canción bien lo vale...

Película inolvidable: El Gran Houdini. Cualquiera de Sherlock Holmes.

Su último concierto: el de Aranjuez, pero no recuerdo en qué pueblo lo escuché.

Diurno o nocturno: difícil pregunta para alguien que ha vivido los dos mundos. El día y la noche. Usado como muletilla para definir experiencias destinadas a ser enemigas. ¿Por qué no aunarlas?

A qué edad se jubilaría?: cuando sea mayor, aún me quedan muchos años.

¿Cuánto tiempo lleva dedicándose a la psiquiatría?:

digamos que 30 años para no parecer tan viejo.

Profesional que más le ha influido: todos los compañeros que he tenido me han enseñado algo, quiero creer que yo a ellos también.

Una depresión es... yo entiendo más de 'de prisión', por mis más de 20 años de psiquiatra en la cárcel.

Pelota, caballo o manzana: mi ilusión es un caballo que se parezca a una manzana. La pelota parecida a una manzana es demasiado corriente y por tanto vulgar.

Rorschach o MMPI: ni uno ni otro. Si a un psiquiatra le falla su olfato, su intuición o su ojo clínico es mejor que se dedique a la cría del canario.

Amar es... en mi caso, el motor de mi vida; sin la gente a la que amo no sería nada.

El pecado capital más extendido: muchos dirían que la envidia, pero hoy día es peor la avaricia. El dinero lo es todo, y conseguirlo como sea es el objetivo prioritario.

Un diván sirve para... nada, el que sirve es el que se sienta al lado.

Bloque profesional

Fármaco más importante en la historia de la psiquiatría: el haloperidol. Que sigue vigente a pesar de los pesares.

Una teoría que explique el comportamiento humano: el comportamiento humano es tremendamente fácil de explicar e incluso de predecir, otra cosa sería explicar el comportamiento personal, individual.

¿Qué tipo de trastorno mental cree que incrementará más su prevalencia en los próximos años?: me gustaría pensar que ninguno.

La última vez que... me preguntaron esto no era ni siquiera la primera vez.

Característica psíquica que mejor define los tiempos actuales: mejor no hacer ninguna afirmación porque probablemente iba a resultar un tanto negativa.

Proverbio o frase ilustrativa que suele utilizar en su consulta: no a mí no, ahora te cobra la secretaria.

Un psiquiatra no debería ser... psiquiatra. Esta es una profesión de locos.

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 parte privada de la página web, participando en alguno de los foros abiertos.

Además, en este número os proponemos una serie de 10 libros de psiquiatría considerados esenciales o de gran utilidad para la consulta de psiquiatría privada, así como lecturas para complementar nuestra profesión que abarcan desde la filosofía, la psicoterapia y la medicina pura.

Historia de los síntomas de los trastornos mentales

German Berrios, en diferentes ediciones publicadas desde 1998 hasta 2013. Editorial Fondo de cultura económica de España.

De un clínico tan importante solo podemos esperar una obra magistral. Berrios nos descubre y describe la historia de los principales síntomas psiquiátricos, dónde y cómo se describieron por primera vez, el curso que siguieron y sus sucesivas modificaciones a lo largo del tiempo, desde la segunda mitad del siglo XIX hasta nuestros días.

A través de sus descubridores nos aporta también la visión filosófica y social de la época. Presenta numerosas notas eruditas, así como una amplia bibliografía.

Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría, 11.ª edición

Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock, Lip-pincott Williams and Wilkins. Editorial Wolters Kluwer Health, 2105.

El clásico libro de referencia de la psiquiatría americana llega ya a su 11.ª edición. Nos ofrece una visión amplia y exhaustiva de todos los conceptos básicos que conforman nuestra especialidad, tratados desde todas las perspectivas de exploración posibles.

Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 8.ª edición

J. Vallejo Ruiloba. Editorial Masson, 2015.

A nivel nacional es nuestro tratado psiquiátrico de referencia. En esta reciente edición, el profesor Julio Va-

llejo y sus dos directores asociados (Dr. Antoni Bulbena y Dr. Jordi Blanch) llevan a cabo un abordaje espléndido de los fundamentos psicopatológicos de la psiquiatría; partir de la base para llegar a la mejor práctica clínica.

La obra continúa recopilando gran número de expertos de nuestro país que nos muestran de manera clara y pragmática los síntomas, el diagnóstico diferencial y las posibilidades terapéuticas de los trastornos mentales. Todos los capítulos han sido actualizados y adaptados al DSM-5, recogiendo los últimos avances acontecidos en la especialidad.

The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 12th edition

David Taylor, Carol Paton, Shitij Kapur. Editorial Wiley-Blackwell, 2015.

La última edición de este clásico continúa siendo de lectura obligada para cualquier psiquiatra que se precie de estar al día en el arte de la prescripción de medicación psicotrópica en el tratamiento de los principales trastornos psiquiátricos.

Su base se fundamenta en la evidencia clínica y en la experiencia compartida entre prestigiosos psiquiatras de reconocimiento internacional. Ofrece una explicación razonada de cada una de las decisiones en las diferentes patologías mentales.

Manual de medicina para psiquiatras

Peter Manu. Editorial Elsevier Masson, 2007.

De vez en cuando nos toca refrescar la interacción de las enfermedades médicas en nuestros pacientes

psiquiátricos. La obra estudia las principales enfermedades médicas presentes en los pacientes con diagnóstico y tratamiento psiquiátrico.

Nos propone en forma de algoritmos los procesos a seguir en cada caso. Se organiza por síntomas comunes en vez de síntomas orgánicos. Muestra las características esenciales de la presentación clínica, los diagnósticos diferenciales y su valoración y gestión en el contexto psiquiátrico.

Tratado de psiquiatría del niño y adolescente. **M.^a José Mardomingo Sanz**

María Jesús Mardomingo. Editorial Díaz de Santos, 2015.

La Dra. Mardomingo Sanz nos propone en este tratado de reciente publicación una visión actual y de futuro de la psicopatología infantil, mostrando los nuevos retos que se esperan conseguir.

Estructurado en cinco partes. Una primera que nos ofrece una visión histórica, conceptual y metodológica de la psiquiatría infantil. Sigue una amplia reseña de los fundamentos neurobiológicos asociados. En tercer lugar, hay una descripción de los principales trastornos con sus cambios producidos en sus criterios diagnósticos. Continúa con la explicación de las diferentes técnicas de diagnóstico existentes, y en su último apartado se exponen los tratamientos más adecuados para cada situación.

Novedades en el tratamiento del trastorno bipolar

Eduard Vieta. Editorial Panamericana, 2014.

El Dr. Vieta, uno de nuestros psiquiatras con mayor reconocimiento internacional, nos presenta la 3.^a edición de este libro, donde se aporta información extensa y explícita sobre el trastorno bipolar.

Esta obra presenta las estrategias más actuales y consensuadas en el tratamiento del trastorno bipolar en sus diferentes fases. Da una visión global: abordaje farmacológico, intervenciones psicoterapéuticas y de rehabilitación a través de la intervención de un equipo interdisciplinario de expertos psiquiatras, psicólogos, farmacólogos clínicos, farmacéuticos y enfermeras. En el último capítulo no se olvida tampoco de dar su opinión más que fundamentada sobre las perspectivas de futuro del tratamiento de la enfermedad.

Manifestaciones somáticas de los trastornos mentales (DSM-V)

Joel E. Dimsdale. Masson, 2010.

Este libro nos proporciona una guía clara, descriptiva y de actuación ante una forma de presentación de patología mental muy habitual en nuestras consultas privadas.

La obra explora el rango completo de esta categoría de trastornos, incluyendo el trastorno de conversión, el dolor crónico y la fatiga, la hipocondría, la somatización y la multitud de presentaciones de los síntomas médicamente no explicados, y revisa los retos culturales, diagnósticos y clínicos para tales problemas.

Analiza los últimos datos disponibles sobre fenomenología, etiología, curso clínico y opciones de tratamiento de toda esta amplia gama de trastornos.

Cognitive behavior therapy, 2nd edition: basics and beyond

Judith S. Beck. Guilford Press, 2011.

La 2.^a edición de esta manual espléndido de Judith S. Beck nos pone al descubierto la evidencia clínica de este tipo de abordaje en las enfermedades mentales.

Inicialmente hay una excelente introducción clara y de forma bien articulada de los elementos conceptuales y los enfoques de tratamiento que caracterizan la terapia cognitiva.

Libro eminentemente práctico, donde la autora nos enseña paso por paso a aplicar esta técnica psicológica complementaria de reconocimiento unánime para el tratamiento de gran parte de las enfermedades mentales.

Elogio de la infelicidad

Emilio Lledó. Cuatro Ediciones, 2005.

Emilio Lledó, a sus 88 años, ha conseguido en menos de 12 meses su reconocimiento nacional e internacional con el Premio Nacional de las letras españolas y el Premio Princesa de Asturias de comunicación y humanidades.

De su amplia obra literaria, fruto de su reflexión y pensamiento, he escogido este *Elogio de la infelicidad*, descrito como libro de filosofía poética y en el que reconoce su autor que la felicidad es una idea casi trivial y una aspiración insoslayable. Esta obra va desde el reconocimiento activo del dolor y de la corporeidad hasta la interiorización de los conflictos. ■

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 2016

Enero-febrero

APSARD 2016 Annual Meeting of American Professional Society of ADHD and related disorders.

Washington, 15-17 de enero de 2016.

3rd International Conference on Education and Psychological Sciences.

Florenca, 3-4 de febrero de 2016.

XXII Reunión Anual de la Sociedad Española de Psicogeriatría.

Tarragona, 11-13 de febrero de 2016.

XLVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática.

Sevilla, 18-20 de febrero de 2016.

VIII Congreso Nacional de Ansiedad y Trastornos Comórbidos.

Barcelona, 19-20 de febrero de 2016.

IX Congreso (Inter) Nacional de Psicología Jurídica y Forense.

Madrid, 25-27 de febrero de 2016.

Marzo

XXIV Curso de Actualización en Psiquiatría.

Vitoria-Gasteiz, 3-4 de marzo de 2016.

6th International Conference of Physical Therapy in Psychiatry and Mental Health.

Madrid, 9-11 de marzo de 2016.

XLIII Jornadas Nacionales Socidrogalcohol.

Alicante, 10-12 de marzo de 2016.

24th European Congress of Psychiatry (EPA 2016).

Madrid, 12-15 de marzo de 2016.

Abril

5th Biennial Schizophrenia International Research Society Conference.

Florenca, 2-6 de abril de 2016.

VI Encuentros en Psiquiatría.

Sevilla 8-9 de abril de 2016.

XVIII Jornadas Nacionales de Patología Dual.

Madrid, 14-16 de abril de 2016.



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			

10th Biannual Congress. Trauma, Dissociation and Affect dysregulation across the life-span.
Amsterdam, 14-16 de abril de 2016.

8th Congress on Psychopharmacology & 4th International Symposium on Child and Adolescent Psychopharmacology.
Antalya, Turquía, 20-24 de abril de 2016.

23rd International Symposium about Current Issues and Controversies in Psychiatry.
Barcelona, 28-30 de abril de 2016.

Mayo

VI Reunión Anual de Terapéutica en Psiquiatría.
Barcelona, 5-6 de mayo de 2016.

IVth International Congress of Psychiatry.
Hong Kong, 8-12 de mayo de 2016.

169th Annual Meeting of American Psychiatric Association.
Atlanta, 14-18 de mayo de 2016.

2nd Annual International Stress and Behavior Neuroscience and Biopsychiatry Conference.
San Petersburgo, 16-19 de mayo de 2016.

Recent advances in Neuropsychiatric, Psychological and Social Sciences.
Atenas, 17-20 de mayo de 2016.

IX Congreso Nacional de ASEPP.
Palma de Mallorca, 20-21 de mayo de 2016.

III Congreso Ilicitano de Psiquiatría.
Elche, 26-27 de mayo de 2016.

XI Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad.
Toledo, 26-28 de mayo de 2016.

Junio-julio

Debates en Psiquiatría.
Oviedo, 3-4 de junio de 2016.

24th EFPT (European Federation of Psychiatric Trainees) Forum.
Amberes, 2-6 de julio de 2016.

The 18th Annual Conference of the International Society for Bipolar Disorders.
Amsterdam, 13-16 de julio de 2016.

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

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 hidrocloreuro). Excipientes con efecto conocido: Cada cápsula puede contener hasta 56 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 hidrocloreuro). Excipientes con efecto conocido: Cada cápsula puede contener hasta 111 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. **Posología 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 superiores a 60 mg/día hasta un máximo de 120 mg/día. Sin embargo, no existe evidencia clínica que sugiera que los pacientes que no responden a la dosis inicial recomendada se beneficien de incrementos en la dosis. Normalmente la respuesta terapéutica se observa a las 2-4 semanas de tratamiento. Después de la consolidación de la respuesta antidepressiva se recomienda continuar con el tratamiento durante varios meses, con el fin de evitar las recaídas. En pacientes que responden a la duloxetina, y con una historia previa de episodios repetidos de depresión mayor, se podría considerar un tratamiento a largo plazo adicional a dosis de 60 a 120 mg/día. *Trastorno de ansiedad generalizada.* La dosis inicial recomendada en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada es de 30 mg una vez al día independientemente de las comidas. La dosis se debe incrementar a 60 mg en pacientes con respuesta insuficiente, ésta es la dosis habitual de mantenimiento en la mayoría de los pacientes. En pacientes con trastorno depresivo mayor con-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 plasmática de duloxetina muestra una gran variabilidad interindividual, de ahí que algunos pacientes que responden de forma insuficiente a la dosis de 60 mg pueden 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). *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 o trastorno de ansiedad generalizada, donde existen datos limitados (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). *Insuficiencia hepática.* Xeristar no se debe utilizar en pacientes con enfermedad hepática que produzca insuficiencia hepática (ver sección "Contraindicaciones"). *Insuficiencia renal.* No es necesario un ajuste posológico en pacientes con insuficiencia renal leve o moderada (aclaramiento de creatinina de 30 a 80 ml/min). Xeristar no se debe utilizar en pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina <30 ml/min; ver sección "Contraindicaciones"). *Población pediátrica:* Duloxetina no se debe utilizar en niños y adolescentes menores de 17 años para el tratamiento del trastorno depresivo mayor por motivos de seguridad y eficacia (ver secciones "Advertencias y precauciones especiales de empleo" y "Reacciones adversas"). No se ha establecido la seguridad y eficacia de duloxetina en niños de 7-17 años para el tratamiento de trastorno de ansiedad generalizada. Los datos actualmente disponibles están descritos en la sección "Reacciones adversas". No se ha estudiado la seguridad y eficacia de duloxetina para el tratamiento del dolor neuropático periférico diabético. No hay datos disponibles. *Interrupción del tratamiento.* Se debe evitar la interrupción brusca del tratamiento. Cuando se interrumpir el tratamiento con Xeristar la dosis debe ser reducida gradualmente durante un período como mínimo de una o 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 aparecen 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 algunos de los excipientes incluidos en la "Lista de excipientes". El uso de Xeristar en combinación con inhibidores irreversibles no selectivos de la monoaminooxidasa (IMAOs) está contraindicado (ver sección "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). Enfermedad hepática que produzca insuficiencia hepática. Xeristar no debe utilizarse en combinación con fluvoxamina, ciprofloxacino o enoxacino (inhibidores potentes del CYP1A2) dado que la combinación da lugar a concentraciones plasmáticas de duloxetina elevadas (ver sección "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). Insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina <30 ml/min) (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). El inicio del tratamiento con Xeristar está contraindicado en pacientes con hipertensión no controlada, ya que esta situación podría exponer a los pacientes a un riesgo potencial de crisis hipertensiva (ver secciones "Advertencias y precauciones especiales de empleo" y "Reacciones adversas"). **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** *Manía y convulsiones.* Duloxetina debe utilizarse con precaución en pacientes con antecedentes de manía o diagnóstico de trastorno bipolar y/o convulsiones. *Midriasis.* Se han descrito casos de midriasis en asociación con duloxetina, por lo que se debe tener especial cuidado cuando se prescriba Xeristar a pacientes con presión intraocular elevada, o a pacientes con riesgo de glaucoma agudo de ángulo estrecho. *Tensión arterial y frecuencia cardíaca.* Duloxetina ha sido asociada con un aumento de la tensión arterial e hipertensión clínicamente significativa en algunos pacientes. Esto podría ser debido al efecto noradrenérgico de la duloxetina. Se han notificado casos de crisis hipertensivas con duloxetina, especialmente en pacientes con hipertensión preexistente. Por lo tanto, en pacientes con hipertensión y/o otros trastornos cardíacos conocidos, se recomienda un seguimiento clínico de la presión arterial adecuado, especialmente durante el primer mes del tratamiento. Se debe utilizar duloxetina con precaución en aquellos pacientes cuya patología de base pueda verse comprometida por un aumento de la frecuencia cardíaca o de la tensión arterial. También se debe tener precaución cuando se utilice duloxetina con otros medicamentos que puedan perjudicar su metabolismo (ver sección "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). Para aquellos pacientes que experimenten un aumento sostenido de la tensión arterial durante el tratamiento con duloxetina debe considerarse bien la reducción de la dosis o bien la suspensión gradual del tratamiento (ver sección "Reacciones adversas"). En aquellos pacientes con hipertensión no controlada, no debe iniciarse el tratamiento con duloxetina (ver sección "Contraindicaciones"). *Insuficiencia renal.* En pacientes con insuficiencia renal grave en hemodiálisis (aclaramiento de creatinina <30 ml/min) las concentraciones plasmáticas de duloxetina se encuentran incrementadas. Para pacientes con insuficiencia renal grave, ver sección "Contraindicaciones". Para pacientes con insuficiencia renal leve o moderada ver sección "Posología y forma de administración". *Síndrome serotoninérgico.* Como ocurre con otros agentes serotoninérgicos, con el tratamiento con duloxetina puede producirse un síndrome serotoninérgico, situación potencialmente mortal, particularmente con el uso concomitante de otros agentes serotoninérgicos (incluyendo los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores de la recaptación de serotonina/noradrenalina (IRSN), antidepresivos tricíclicos o triptanos), con agentes que afectan al metabolismo de la serotonina como IMAOs, o con antipsicóticos u otros antagonistas dopaminérgicos que pueden afectar a los sistemas de neurotransmisión serotoninérgicos (ver secciones "Contraindicaciones" e "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). Los síntomas del síndrome serotoninérgico pueden incluir vómitos en el estado mental (p.ej. agitación, alucinaciones, coma), inestabilidad del Sistema Nervioso Autónomo (p.ej. taquicardia, tensión arterial labil, 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, sobre todo durante el inicio del tratamiento y en los aumentos de dosis. *Hierba de San Juan (Hypericum perforatum).* Las reacciones adversas pueden ser más frecuentes durante el uso en combinación de Xeristar con preparaciones fitoterápicas que contengan la hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*). *Suicidio.* Trastorno depresivo mayor y Trastorno de ansiedad generalizada. La depresión se asocia con un aumento del riesgo de pensamientos suicidas, autolesiones y suicidio (acontecimientos relacionados con suicidio). El riesgo persiste hasta que se produzca una remisión significativa. Ya que la mejoría puede no producirse durante las primeras semanas o más de tratamiento, se debe hacer un seguimiento cercano del paciente hasta que se produzca dicha mejoría. La práctica clínica general indica que el riesgo de suicidio podría incrementarse en las primeras fases de la recuperación. Otras enfermedades psiquiátricas para las cuales se prescribe Xeristar, pueden también estar asociadas con un riesgo incrementado de acontecimientos relacionados con el suicidio. Además, estas enfermedades pueden ser comórbidas con un trastorno depresivo mayor. Por lo tanto, las mismas precauciones mencionadas para los pacientes con trastorno depresivo mayor deben ser tomadas en pacientes con otros trastornos psiquiátricos. Se conoce que los pacientes con historia de sucesos relacionados con suicidio o aquellos que presenten un significativo grado 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 metaanálisis de ensayos clínicos controlados con placebo de medicamentos antidepressivos en enfermedades psiquiátricas, mostró un aumento 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 (antidepresivos), se han notificado casos aislados de ideación y comportamiento suicida durante el tratamiento con duloxetina o poco después de la interrupción del mismo. Consultar el texto del apartado anterior en relación con los factores de riesgo para los sucesos relacionados con el suicidio en depresión. Los médicos deben alertar a sus pacientes a que les comuniquen cualquier pensamiento o sentimiento de angustia en cualquier momento. *Uso en niños y adolescentes menores de 18 años.* Xeristar no debe emplearse para el tratamiento de niños y adolescentes menores de 18 años. En ensayos clínicos en niños y adolescentes tratados con antidepressivos en general, se han observado con mayor frecuencia comportamientos suicidas (intentos de suicidio y pensamientos suicidas) y hostilidad (predominantemente agresión, comportamientos oposicionistas e ira) en comparación con aquellos tratados con placebo. No obstante, si basándose en la necesidad clínica, se toma la decisión de tratar al paciente, se deberá monitorizar cuidadosamente la aparición de síntomas suicidas. Además, no se dispone de datos de seguridad a largo plazo en niños y adolescentes en relación con el crecimiento, la maduración y el desarrollo cognitivo y del comportamiento (ver sección "Reacciones Adversas"). *Hemorragia.* Se han notificado casos de anomalías hemorrágicas, como equimosis, púrpura y hemorragia gastrointestinal con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y con los inhibidores de la recaptación de serotonina/noradrenalina (IRSN), incluyendo duloxetina. Se recomienda precaución en pacientes en tratamiento con anticoagulantes y/o medicamentos que se sabe que afectan la función plaquetaria (p.ej: los AINE o ácido acetil salicílico (AAS)) y en pacientes con diátesis hemorrágica conocida. *Hiponatremia.* Se ha notificado hiponatremia en pacientes en tratamiento con Xeristar, incluidos casos con sodio sérico inferior a 110 mmol/L. La hiponatremia puede deberse a un síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH). La mayoría de los casos de hiponatremia fueron notificados en pacientes de edad avanzada, especialmente cuando se asociaban con una historia reciente o con una condición que predispona a una alteración en el balance de fluidos. Se debe tener precaución en pacientes con riesgo elevado de hiponatremia, como pacientes de edad avanzada, con cirrosis o pacientes que presenten deshidratación o que estén en tratamiento con diuréticos. *Interrupción del tratamiento.* Los síntomas de retirada cuando se interrumpir 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 tratados con Xeristar y un 23% de los pacientes del grupo de placebo. El riesgo de aparición de los síntomas de retirada con los ISRS y los IRSN puede depender de varios factores, incluyendo la duración y dosis del tratamiento y del patrón de reducción de la dosis. Las reacciones adversas más frecuentes se detallan en la sección "Reacciones adversas". Generalmente estos síntomas son de naturaleza leve a moderada, sin embargo, en algunos pacientes pueden ser graves en cuanto a intensidad. Los síntomas de retirada suelen aparecer en los primeros días tras la suspensión del tratamiento, aunque muy rara vez han habido notificaciones de estos síntomas en pacientes que intencionadamente olvidaron tomar una dosis. Generalmente estos síntomas son autolimitados y suelen desaparecer en dos semanas, si bien en algunos pacientes pueden tener una duración más prolongada (2-3 meses o más). Se aconseja por lo tanto que la dosis de duloxetina se disminuya gradualmente a lo largo de un período de como mínimo dos semanas cuando se suspenda el tratamiento, de acuerdo con las necesidades del paciente (ver sección "Posología y forma de administración"). *Pacientes de edad avanzada.* Se dispone de datos limitados del uso de Xeristar 120 mg en pacientes de edad avanzada con episodio depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada. Por ello, se debe tener precaución al tratar a los pacientes de edad avanzada con la dosis máxima (ver sección "Posología y forma de administración"). *Acetasis/Inquietud psicomotor.* El uso de duloxetina se ha asociado con el desarrollo de acetasis, caracterizada por una inquietud subjetivamente desagradable o preocupante, y por la necesidad de movimiento, a menudo acompañada por la incapacidad de permanecer sentado o estar quieto. Esto es más probable que se produzca en las primeras semanas de tratamiento. En aquellos pacientes que desarrollan esta sintomatología, el aumento de la dosis puede ser perjudicial. *Medicamentos que contienen duloxetina.* Duloxetina se utiliza bajo diferentes nombres comerciales en varias indicaciones (tratamiento del dolor neuropático diabético, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada e incontinencia urinaria de esfuerzo). Se debe evitar el uso de más de uno de estos productos de forma conjunta. *Hepatitis/ Elevación de las enzimas hepáticas.* Se han notificado casos de daño hepático con duloxetina, incluyendo un aumento grave de las enzimas hepáticas (> 10 veces por encima del límite normal), hepatitis e ictericia (ver sección "Reacciones adversas"). La mayoría de ellos ocurrieron durante los primeros meses de tratamiento. El patrón de daño hepático fue predominantemente hepatocelular. Duloxetina debe emplearse con precaución en pacientes tratados con otros medicamentos que se asocian con daño hepático. *Sacarosa.* Las cápsulas duras gastroresistentes de Xeristar contienen sacarosa. Los pacientes con problemas hereditarios raros de intolerancia a la fructosa, malabsorción de glucosa o galactosa, o insuficiencia de sacarasa-isomaltasa no deben tomar este medicamento. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** *Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAOs):* Debido al riesgo del síndrome serotoninérgico, no se debe utilizar duloxetina en combinación con inhibidores irreversibles no selectivos de la monoaminooxidasa (IMAOs), o en los 14 días posteriores a la interrupción del tratamiento con un IMAO. Debido a la vida media de duloxetina, deben transcurrir al menos 5 días desde la interrupción del tratamiento con Xeristar y el inicio del tratamiento con un IMAO (ver sección "Contraindicaciones"). No se recomienda el uso en combinación de Xeristar con IMAOs selectivos reversibles, como moclobemida (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). El antibiótico linezolid es un IMAO reversible no selectivo y no se debe administrar a pacientes en tratamiento con Xeristar (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). *Inhibidores del CYP1A2:* Puesto que el CYP1A2 está implicado en el metabolismo de la duloxetina, el uso concomitante de duloxetina con inhibidores potentes del CYP1A2 es probable que produzca concentraciones mayores de duloxetina. La fluvoxamina (100 mg una vez al día), un potente inhibidor del CYP1A2, disminuyó el aclaramiento plasmático aparente de duloxetina alrededor del 77 % y aumentó en 6 veces el AUC. Por ello, no se debe administrar Xeristar en combinación con inhibidores potentes del CYP1A2 como la fluvoxamina (ver sección "Contraindicaciones"). *Medicamentos que actúan en el sistema nervioso central (SNC):* No se ha evaluado sistemáticamente el riesgo de usar duloxetina en combinación con otros medicamentos que actúan a nivel del SNC, a excepción de los mencionados en esta sección. Por lo tanto, se aconseja precaución cuando se use Xeristar en combinación con otros medicamentos o sustancias de acción central, incluyendo alcohol y medicamentos sedantes (p.ej., benzodiazepinas, morfomiméticos, antipsicóticos, fenobarbital y antihistamínicos sedantes). *Agentes serotoninérgicos:* En raras ocasiones, se ha notificado síndrome serotoninérgico en pacientes en tratamiento concomitante de ISRS/IRSN con agentes serotoninérgicos. Se recomienda precaución si se utiliza Xeristar conjuntamente con antidepressivos serotoninérgicos como ISRS, IRSN, antidepresivos tricíclicos como clomipramina o amitriptilina, IMAOs como moclobemida o linezolid, hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) o triptanos, tramadol, petidina y triptófano (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). *Efectos de la duloxetina en otros medicamentos. Medicamentos metabolizados por el CYP1A2:* La farmacocinética de la teofilina, sustrato del CYP1A2, no se vio significativamente afectada por la administración conjunta de duloxetina (60 mg dos veces al día). *Medicamentos metabolizados por el CYP2D6:* Duloxetina es un inhibidor moderado del CYP2D6. Cuando se administró duloxetina a una dosis de 60 mg dos veces al día con una dosis única de desipramina, un sustrato del CYP2D6, el área bajo la curva (AUC) de desipramina aumentó tres veces. La administración conjunta de duloxetina (40 mg dos veces al día) aumenta el área bajo la curva (AUC) en el estado de equilibrio de toletoridina (2 mg dos veces al día) en un 71 % pero no afecta la farmacocinética de su metabolito activo 5-hidroxi y no se recomienda un ajuste de dosis. Se recomienda precaución si se administra Xeristar con medicamentos metabolizados predominantemente por el CYP2D6 (risperidona, antidepresivos tricíclicos (ADTs) como nortriptilina, amitriptilina e imipramina) particularmente si tienen un estrecho índice terapéutico (como flecaicidina, ropafenona y metoprolol). *Anticonceptivos orales y otros esteroides:* Los resultados de los estudios *in vitro* demuestran que la duloxetina no induce la actividad catalítica del CYP3A. No se han realizado estudios específicos de interacciones en *in vivo*. *Anticoagulantes y agentes antiplaquetarios:* Se debe tener precaución cuando se combine duloxetina con anticoagulantes orales o agentes antiplaquetarios debido a un riesgo potencial incrementado de sangrado que se atribuye a una interacción farmacodinámica. Se han notificado además, incrementos en los valores de INR cuando se administra conjuntamente duloxetina a pacientes tratados con warfarina. Sin embargo, la administración concomitante de duloxetina con warfarina en voluntarios sanos, bajo condiciones de estado de equilibrio como parte de un estudio de farmacología clínica, no resultó en un cambio clínicamente significativo del INR con respecto al valor basal, ni en la farmacocinética de la R- o S-warfarina. *Efectos de otros medicamentos sobre la duloxetina. Anticídios y antagonistas H2:* La administración conjunta de duloxetina con anticídios que contengan aluminio y magnesio, o con famotidina no tiene efecto significativo sobre la velocidad y magnitud de la absorción de la duloxetina, tras la administración de una dosis oral de 40 mg. *Inductores del CYP1A2:* Los análisis farmacocinéticos en la población han mostrado que los fumadores tienen concentraciones plasmáticas de duloxetina casi un 50 % más bajas que los no fumadores. **Fertilidad, embarazo y lactancia.** *Fertilidad:* Duloxetina no tuvo efectos sobre la fertilidad masculina, y los efectos en mujeres fueron solo evidentes en dosis que causaron toxicidad materna. *Embarazo.* No existen datos adecuados relativos al uso de duloxetina en mujeres embarazadas. Los estudios en animales han mostrado toxicidad reproductiva a niveles de exposición sistémica (AUC) de duloxetina menores que los niveles máximos de exposición clínica. Se desconoce el riesgo potencial en los humanos. Datos epidemiológicos sugieren que el uso de ISRS durante el embarazo, particularmente en fases tardías del embarazo, puede incrementar el riesgo de hipertensión pulmonar persistente del recién nacido (HPPRN). Aunque no hay estudios en los que se haya investigado la asociación de HPPRN con el tratamiento con IRSNs, no se puede descartar este riesgo potencial al uso de duloxetina teniendo en cuenta el mecanismo de acción relacionado (inhibición de la recaptación de serotonina). Al igual que con otros medicamentos serotoninérgicos pueden aparecer síntomas de retirada en el neonato si la madre ha tomado duloxetina poco antes del parto. Entre los síntomas de retirada observados con duloxetina pueden incluirse hipotonia, temblores, nerviosismo, dificultad de alimentación, disnea y convulsiones. La mayoría de los casos han ocurrido tanto en el momento del nacimiento como durante los primeros días tras el nacimiento. Xeristar se debe utilizar durante el embarazo solamente si el beneficio potencial supera el riesgo potencial para el feto. Las mujeres deben comunicar a su médico si se quedan embarazadas, o tienen intención de quedarse embarazadas, durante el tratamiento. *Lactancia.* La duloxetina se excreta muy débilmente en la leche materna humana según un estudio realizado en 6 madres en período de lactancia, que no dieron el pecho a sus hijos. La dosis diaria estimada para el lactante en mg/kg es aproximadamente de un 0,14% de la dosis consumida por la madre. Puesto que se desconoce la seguridad de duloxetina en niños, no se recomienda el uso de Xeristar durante la lactancia materna. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Xeristar puede estar asociado con la aparición de sedación y mareos. Por consiguiente, se debe indicar a los pacientes que si experimentan sedación o mareos, deben evitar la realización de tareas potencialmente peligrosas, como conducir o utilizar maquinaria. **Reacciones adversas. a. Resumen del perfil de seguridad.** Las reacciones adversas notificadas con mayor frecuencia en pacientes tratados con Xeristar fueron: náuseas, cefalea, sequedad de boca, somnolencia y mareos. No obstante, la mayoría de las reacciones adversas frecuentes fueron de

leves a moderadas, normalmente comenzaron al inicio del tratamiento, y la mayoría tendieron a remitir con la continuación del tratamiento. *b. Resumen tabulado de reacciones adversas.* La tabla 1 muestra las reacciones adversas comunicadas por notificaciones espontáneas y durante los ensayos clínicos controlados con placebo. *c. Descripción de determinadas reacciones adversas.* La interrupción del tratamiento con duloxetina (particularmente cuando se lleva a cabo de forma brusca) con frecuencia conduce a la aparición de síntomas de retirada. Las reacciones más comúnmente notificadas son mareos, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesia o sensación de descarga eléctrica, especialmente en la cabeza), trastornos del sueño (incluyendo insomnio y sueños intensos), fatiga, somnolencia, agitación o ansiedad, náuseas y/o vómitos, temblores, cefalea, irritabilidad, diarrea, hiperhidrosis y vértigo. Generalmente, para los ISRS y IRSN estos acontecimientos son de leve a moderados y autolimitados, sin embargo, en algunos pacientes pueden ser graves y/o prolongados. Se recomienda por lo tanto que cuando ya no sea necesario continuar el tratamiento con duloxetina, se realice una reducción gradual de la dosis (ver secciones "Posología y forma de administración" y "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). En la fase aguda (12 semanas) de tres ensayos clínicos con duloxetina en pacientes con dolor neuropático diabético, se observaron pequeños incrementos, pero estadísticamente significativos, de los niveles de glucemia en ayunas en los pacientes tratados con duloxetina. Los valores de HbA1c permanecieron estables tanto en el grupo tratado con duloxetina como en el grupo tratado con placebo. En la fase de extensión de estos ensayos, de una duración de 52 semanas, se observó un aumento de HbA1c tanto en el grupo tratado con duloxetina como en el de terapia habitual, pero el incremento medio fue de un 0,3% mayor en el grupo tratado con duloxetina. Se observó también un pequeño incremento de la glucemia en ayunas y del colesterol total en el grupo de pacientes tratados con duloxetina mientras que estos parámetros analíticos mostraron una ligera disminución en el grupo de terapia habitual. El intervalo QT corregido en función de la frecuencia cardíaca que presentaron los pacientes tratados con duloxetina no difirió del observado en los pacientes tratados con placebo. No se observaron diferencias clínicamente significativas para los intervalos QT, PR, QRS, o QTcB entre los pacientes tratados con duloxetina y los pacientes tratados con placebo. *Población pediátrica* Un total de 509 pacientes pediátricos de 7 a 17 años con trastorno depresivo mayor y 241 pacientes pediátricos de 7 a 17 años con trastorno de ansiedad generalizada fueron tratados con duloxetina en ensayos clínicos. En general, el perfil de reacciones adversas de duloxetina en niños y adolescentes fue similar al observado en adultos. Un total de 467 pacientes pediátricos inicialmente aleatorizados a duloxetina en ensayos clínicos experimentaron una disminución media en el peso de 0,1 kg a las 10 semanas en comparación con un aumento medio de 0,9 kg en 353 pacientes tratados con placebo. Posteriormente, durante el período de extensión de cuatro a seis meses, el promedio de estos pacientes presentó una tendencia a recuperar su percentil de peso basal esperado, basado en los datos de población emparejados por edad y género. En estudios de hasta 9 meses se observó una disminución global media de 1% en el percentil de altura (disminución de 2% en niños (7-11 años) y aumento de 0,3% en adolescentes (12-17 años) en pacientes pediátricos tratados con duloxetina (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). *Notificación de sospechas de reacciones adversas* Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del sistema nacional de notificación incluido en el Apéndice 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 sobredosisificación (con duloxetina sola o en combinación con otros medicamentos) incluyeron somnolencia, coma, síndrome serotoninérgico, convulsiones, vómitos y taquicardia. No se conoce un antídoto específico para duloxetina, pero si aparece el síndrome serotoninérgico, debe considerarse un tratamiento específico (como con ciproheptadina y/o control de la temperatura). Se debe establecer una vía respiratoria. Se recomienda el control de los signos cardíacos y vitales, junto con apropiadas medidas de apoyo y sintomáticas. El lavado gástrico puede estar indicado si se realiza poco después de la ingestión o en pacientes sintomáticos. El carbón activado puede ser útil para limitar la absorción. La duloxetina tiene un gran volumen de distribución, por lo que es poco probable que la diuresis forzada, la hemoperfusión y la exanguinoperfusión sean beneficiosas. **DATOS FARMACÉUTICOS. Lista de excipientes. Contenido de la cápsula:** Hipromelosa. Succinato acetato de hipromelosa. Sacarosa. Esferas de azúcar. Talco. Dióxido de titanio (E171). Citrato de trietilo. **Cubierta de la cápsula,** 30 mg: Gelatina. Laurilsulfato de sodio. Dióxido de titanio (E171). Indigo carmin (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). Indigo carmin (E132). Óxido de hierro amarillo (E172). Tinta blanca comestible. La tinta blanca comestible contiene: Dióxido de titanio (E171). Propilenglicol. Shellac. Povidona. **Incompatibilidades.** No procede. **Período de validez,** 3 años. **Precauciones especiales de conservación.** Conservar en el envase original para protegerlo de la humedad. No conservar a temperatura superior a 30°C. **Naturaleza y contenido del envase.** Blisters de policloruro de vinilo (PVC), polietileno (PE) y policloro de trifluoroetileno (PCTFE) sellados con una lámina de aluminio. Xeristar 30 mg está disponible en envases de 7 y 28 cápsulas. Xeristar 60 mg está disponible en envases de 28, 56, 84, 98, 100 (cada envase contiene 5 estuches de 20 cápsulas) y 500 cápsulas (cada envase contiene 25 estuches de 20 cápsulas). Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones.** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Eli Lilly Nederland BV, Groostlag 1-5, NL-3991 RA Houten, Países Bajos. **NÚMERO(S) DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Xeristar 30 mg: EU/1/04/297/001; EU/1/04/297/006; Xeristar 60 mg: EU/1/04/297/002; EU/1/04/297/003; EU/1/04/297/004; EU/1/04/297/005; EU/1/04/297/007; EU/1/04/297/008. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN / RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Fecha de la primera autorización: 17 de diciembre de 2004. Fecha de la última renovación: 24 de junio de 2009. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Julio 2015 La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>. **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.** Financiado. Aportación reducida. **PRESENTACIÓN Y PRECIOS.** Xeristar 30 mg cápsulas duras gastroresistentes 28 cápsulas duras: P.V.P. 14,30 €; P.V.P. IVA 14,88 €; 7 cápsulas duras: P.V.P. 3,57 €; P.V.P. IVA 3,72 €. Xeristar 60 mg cápsulas duras gastroresistentes 28 cápsulas duras: P.V.P. 28,61 €; P.V.P. IVA 29,75 €. Comercializado por ESTEVE.

Tabla 1: Reacciones adversas. Estimación de las frecuencias: muy frecuentes (≥1/10), frecuentes (≥1/100 a <1/10), poco frecuentes (≥1/1.000 a <1/100), raras (≥1/10.000 a <1/1.000) y muy raras (<1/10.000). Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia.

Muy frecuentes	Frecuentes	Poco frecuentes	Raras	Muy raras
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 ⁸	
Trastornos Psiquiátricos				
	Insomnio. Agitación. Disminución de la libido. Ansiedad. Orgasmos anormales. Sueños anormales	Ideaación 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. Acatisia ⁷ . Nerviosismo. Alteraciones de la atención. Disgeusia. Discinesia. Síndrome de piernas inquietas. Sueño de baja calidad	Síndrome serotoninérgico ⁶ . Convulsiones ¹ . Inquietud psicomotora ² . Síntomas extrapiramidales ⁹	
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 laríngeos. Epistaxis		
Trastornos Gastrointestinales				
Náuseas Sequedad de boca	Estreñimiento. Diarrea. Dolor abdominal. Vómitos. Dispepsia. Flatulencia	Hemorragia gastrointestinal ⁷ . Gastroenteritis. Eructos. Gastritis. Disfagia	Estomatitis. Hematoquecia. Halitosis. Colitis microscópica ⁹	
Trastornos Hepatobiliares				
		Hepatitis ³ . Aumento de las enzimas hepáticas (ALT, AST, fosfatasa alcalina). Daño hepático agudo	Fallo hepático ⁶ Ictericia ⁸	
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	Vasculitis cutánea
Trastornos Musculoqueléticos y del Tejido Conjuntivo				
	Dolor musculoquelético Espasmo muscular	Tensión muscular. Fasciculaciones musculares	Trismo	
Trastornos Renales y Urinarios				
	Disuria Polaquiuria	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 ⁹ . 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	

¹ Los casos de convulsiones y casos de acúfenos se notificaron también después de la interrupción del tratamiento. ² Los casos de hipotensión ortostática y síncope se notificaron particularmente al comienzo del tratamiento. ³ Ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo". ⁴ Los casos de agresividad e ira se han notificado principalmente al principio del tratamiento o después de la interrupción del mismo. ⁵ Los casos de ideaación suicida y comportamiento suicida se notificaron durante el tratamiento con duloxetina o poco después de la interrupción del mismo (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). ⁶ Frecuencia estimada de las notificaciones de reacciones adversas de la vigilancia post-comercialización; no se observaron en ensayos clínicos controlados con placebo. ⁷ Sin diferencias estadísticamente significativas respecto al placebo. ⁸ Las caídas fueron más comunes en pacientes de edad avanzada (≥65 años). ⁹ Frecuencia estimada en base a todos los datos de los ensayos clínicos.

ESTEVE
más cerca

Cuando pienses en
DULOXETINA...


Xeristar[®] 60mg
duloxetina HCl

EN DEPRESIÓN,
mejoría integral hacia la
recuperación funcional

CONFÍA EN LA
ESTRELLA QUE **MÁS BRILLA**