

Psiquiatría privada



asepp

Asociación Española de Psiquiatría Privada

www.asepp.es

Editorial

Psiquianálisis

La psiquiatría hecha arte

En la piel del paciente

El Ave Fénix

Diez de oros / Diez de bastos

Sin perder la memoria

Maestro de profesores: Dr. Santiago Montserrat Esteve

Viajes sin mi tía

Copenhague. Capital mundial del diseño

Contrastes

Artículo científico

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: actualización

Interactivos

Decálogo de la ASEPP

Agenda

Abril
2014

1

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

Dra. Laura Ferrando Budio	Dr. Ángel Moríñigo Domínguez
Dr. Antonio Luis Galbis Olivares	Dr. Alfonso Sanz Cid
Dr. Manuel Masegoza Palma	Dr. Fernando Sopesens Serrano
Dra. Blanca Morera Pérez	

Consejo editorial

Director Dr. Josep Ramon Domènech Bisén

Dr. Antonio Arumí Vizmanos	Dr. José Antonio López Rodríguez
Dra. Laura Ferrando Budio	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.

ODA A TODAS NUESTRAS SECRETARIAS



El objetivo **único** de este editorial es claro y evidente: liquidar una deuda contraída desde hace demasiado tiempo con una de las figuras claves para el buen funcionamiento y progreso de toda la psiquiatría privada, nuestras queridas secretarias.

En los discursos de agradecimiento convencionales, sea cual sea el tipo de evento, se hace un recordatorio recurrente de la familia y de los colaboradores. En el ámbito de la medicina tampoco escapamos de este tópico, mencionamos a la familia (probablemente como mecanismo compensatorio por nuestras largas ausencias) y a los colaboradores (en la mayoría de los casos los verdaderos artífices de las distinciones y parabienes que nos pueden otorgar), pero no recuerdo ninguna ocasión en la que se haya hecho referencia, ni tan solo con una simple palabra de gratitud, a una figura tan imprescindible e insustituible como nuestras fieles secretarias.

Voy a enumerar brevemente algunos datos objetivos curriculares que las hacen merecedoras del reconocimiento personal por todos nosotros.

Elas pasan muchas más horas en el despacho que nosotros mismos, son las primeras en llegar y las últimas en retirarse. Lo tienen todo preparado minutos antes de nuestra apresurada llegada. Esperan nuestro momento emocional óptimo para comentar alguna contingencia, un error en su apreciación sería catastrófico. Y al final, tras haber abandonado nosotros la consulta, de nuevo a toda prisa, ellas lo recogen cautelosamente todo, sin dejar muestra alguna de las batallas libradas durante aquella jornada.

Son quienes dedican más minutos de tiempo a nuestros pacientes. Atienden todas las llamadas, para pedir hora, para adelantar una visita, para esclarecer dudas, para intermediar en poder hablar un minuto con el doctor, para...

Antes de entrar calman la ansiedad de los pacientes tanto subjetiva como objetivamente, en ocasiones por los largos minutos de demora. A la salida suelen compartir con ellos el cambio emocional provocado por la visita, y comentan, comentan, comentan...

Son las que conocen más y mejor algunas intimidades de nuestros pacientes, que a nosotros no se han atrevido a relatar. Cuantos secretos de estado guardan y protegen en sus voluminosas agendas memoriales.

Nos sobran los motivos para demostrarles nuestra gratitud: la cantidad de cosas que saben hacer simultáneamente, la implicación total con nuestro proyecto; sin tantas horas de libros emanan más psicología práctica y sentido común que cualquiera de nosotros, exhiben nuestras virtudes con generosa expansión, ocultan nuestros olvidos o malos días con una sonrisa angelical y no han precisado de la puesta en marcha de la ley de protección de datos para practicar día sí y día también su ley del silencio. Nos han permitido ser humanos, confidentes, olvidadizos, poco cautelosos...

Por todo ello ¡¡¡trillones de gracias y aceptad nuestras disculpas!!!

No somos malos ni despistados, siempre vamos con el tiempo justo y no valoramos vuestros grandes gestos cotidianos. Realmente nos jugamos la vida en cada una de nuestras visitas, intentamos ofrecer a personas con frecuencia confundidas y temerosas una calidez y comprensión que no pueden encontrar a su alrededor, y todo ello nos provoca una descarga de adrenalina y un centrarnos, probablemente de forma demasiado intensa, en lo que estamos compartiendo en el interior de nuestro despacho, que pasamos por alto otros muchos detalles esenciales.

Sería un grave error para todos los que aún estáis a tiempo hacer cierto el refrán aquel que cuenta que finalmente damos el justo valor a lo que tenemos cuando este ya no está a nuestro lado. Es por ello que queremos, con mayúsculas, hacerles nuestro más sentido homenaje a todas las Almudena, Beatriz, Carmen, Eugenia, Guadalupe, Isabel, Luisa, María, Mercedes, Montserrat, Pilar y Teresa de nuestro país.

Y permitidme, finalmente, una mención especial a mi Conxita del alma, que sabe más de mí (tanto por lo comunicado verbalmente y sobre todo no verbalmente) que ningún otro miembro de mi familia. Sin ella nada hubiera sido lo mismo y con toda probabilidad el pequeño o gran éxito profesional de algunos de nosotros se hubiera convertido en una tarea de todo punto imposible. ■

Dr. Josep Ramon Domènech

Director de Psiquiatría privada

La psiquiatría hecha arte



Dr. Jesús J. de la Gándara Martín

Jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Universitario de Burgos. Profesor Asociado de la Facultad de Educación y Humanidades de Burgos

El Dr. Jesús J. de la Gándara Martín nació en Tornavacas (Valle del Jerte, Cáceres) el día de San Mateo de 1956. Bejarano de adopción, pero con Salamanca, Valladolid y Burgos como vértices de su triángulo profesional. Psiquiatra, jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Universitario de Burgos y profesor asociado de la Facultad de Educación y Humanidades de Burgos. Miembro de numerosas sociedades científicas de Psiquiatría y Medicina, académico corresponsal de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid y vocal de honor de la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas.

Autor de numerosas publicaciones y contribuciones científicas, de más de 70 libros de psiquiatría y ciencias afines, una docena de ensayos y otra de libros de poesía y arte, por los que ha recibido numerosos premios científicos y literarios. Conferenciante y colaborador habitual de prensa, radio, televisión y medios online. Con igual reconocimiento por sus aportaciones científicas como por sus colaboraciones líricas, es persona de fácil acceso, con estilográfica y voz envolventes, experto en el arte de fascinar elegantemente a sus interlocutores.

¿Se considera –como se establecía anteriormente– un hombre de ciencias o de letras?

Desde pequeño, siempre compaginé mis estudios de ciencia con mi afición por la literatura y la poesía. A los 13 años escribí mi primer relato, y a los 20, un sábado por la mañana en una clase de psicopatología para voluntarios, descubrí que la psiquiatría era lo que mejor aunaba mi afición artística y médica. Desde entonces soy psiquiatra por vocación, y volvería a serlo.

Tiene todo el aspecto de haber sido un estudiante diligente...

En realidad fui un mal estudiante de bachillerato, aprobados raspados,

pero nunca me quedaba nada «para septiembre». Luego empecé medicina en Salamanca. Aunque la elección de la carrera fue por tradición familiar, enseguida descubrí que esa era mi verdadera «vocación», por lo que pasé de ser un mal estudiante a ser un «empollón» y sacar muy buenas notas. A los 22 años coseché el primer suspenso de mi vida, en el último curso de carrera, en la última asignatura, teniendo todas las demás con sobresalientes y matrículas. La culpa fue de una mujer que ahora es la madre de mis hijos y mi mejor compañera. Pero en realidad fue una suerte, pues eso me obligó a estudiar todo el verano, y en septiembre acabé la carrera, superé

el examen de licenciatura y gané la oposición MIR con plaza para hacer la especialidad que yo quería: psiquiatría.

Enamorado, apasionado...

Siempre presumo de haber tenido pocas novias, pero muy buenas, y una amante, la Psiquiatría. Además, desde 1984 Burgos ocupa otro eje esencial en mi vida, el ambiente me ha sido favorable en términos generales. La convivencia no es demasiado sencilla con gentes de carácter castellano recio y seco. Pero para una persona como yo, introvertida y solitaria, eso puede haber sido un buen apoyo. Por otra parte, mis aficiones son esencialmente interiores,

«Vivimos en un mundo en el que hay de todo y todo parece posible. Y eso es muy bueno, pero también genera tensiones y ansiedades, deseos e insatisfacciones, carencias y desgracias, estrés y depresión.»

la lectura, la escritura y las artes en general. Además, suelo practicar algunos deportes, como el ciclismo, el esquí y el montañismo. Por mi forma de ser siempre me ha costado hacer amigos, pero puedo presumir de tener muy pocos pero muy buenos. Ahora acabo de cumplir 30 años dirigiendo el Servicio de Psiquiatría de Burgos, y durante todos ellos las actividades constantes han sido el estudio, la investigación y la publicación de muchos aspectos de la psiquiatría, y su compaginación con la literatura y el arte en general. Y junto a la creatividad, la procreatividad: de hijos que pasaron de ser diminutos a enormes (Jesús, Manuel y Pablo) y una mujer cada vez más extraordinaria y más cercana.

¿Suele mirarse cada mañana en el espejo?

Reconocerse (quién soy) y conocerse (cómo soy) son las dos funciones esenciales de los espejos. Son tan importantes que me impulsaron a escribir un libro: *El síndrome del espejo* (Ed. Debate, 2013). El primer día que un homínido se vio reflejado en un charco de agua y se reconoció a sí mismo, había dejado de serlo para ser ya humano. Nosotros reproducimos cada mañana esa escena original.

Pero, ¿por qué es importante reconocerse en los espejos?

Para responder permítame que le cuente una anécdota. En 1977, la que actualmente es mi esposa trabajaba como puericultora en la casa cuna de Salamanca, donde llegaban

niños procedentes de familias muy pobres. Uno de los juegos educativos que empleaba con ellos consistía en hacerles fotos y enseñárselas. Al poco de empezar a hacerlo, me comentó un hallazgo sorprendente: algunos niños, cuando les enseñaba sus propias fotos, no eran capaces de reconocerse a sí mismos, aunque sí reconocían a sus compañeros. Indagó y encontró la causa de dicha anomalía: aquellos niños nunca se habían visto en un espejo. Hablamos de publicarlo, pero no éramos más que unos distraídos estudiantes de Salamanca. Por eso nos alegró saber que en 2009 una psicóloga argentina (Carolina Bellingi) escribió un artículo titulado «El síndrome de los niños sin espejos». Se habían topado exactamente con el mismo problema que nosotros. Más tarde publiqué mi libro, en el que se analiza esto en profundidad, así como otros asuntos de importancia para el bienestar y la salud, por ejemplo, cómo nos vemos y juzgamos, la relación que mantenemos con nuestra imagen en el espejo, etc.

Permítame preguntarle sobre otra actividad diaria, ¿cuántos besos suele dar cada día?

Bastantes..., forman parte de mi vida afectiva cotidiana. El beso es el único lenguaje universal: en todos los tiempos y lugares de la existencia humana se ha practicado el beso, aunque de manera diversa y cambiante. Es más, hoy se cree que el primer lenguaje humano se hizo con sonidos de besos (koisan, África). Hay tres tipos y usos del

beso, el social, el cariñoso o familiar y el erótico. Los tres son sistemas de comunicación que enriquecen al ser humano. Además, los besos sirven para la selección de pareja, para apaciguar tensiones, para satisfacer placeres, para inspirar obras de arte, etc. De hecho el beso es el comportamiento humano que más arte ha inspirado: cuentos, canciones, esculturas, cuadros, fotografía y, fundamentalmente, cine, cine y cine. Qué sería del cine sin los besos y de los besos sin el cine. Por todo eso escribí *El planeta de los besos* (Ed. Euromedice, 2008), que me ha dado muchas alegrías, pues interesa a todo el mundo, lo cual me ha permitido impartir decenas de conferencias, intervenciones en medios de comunicación de todo el mundo y, sobre todo, prestarle más atención al beso en mi vida personal.

¿Suele comprar por comprar?

No mucho, salvo en los viajes: soy «comprador impulsivo». En 1988 apareció por mi consulta una joven que compraba docenas de prendas de vestir, guantes, zapatos, bufandas, que no necesitaba y apenas utilizaba. Se gastaba en ellas el dinero que no tenía, hasta llegar a trabajar de noche y trapichear con drogas para tener dinero. Publiqué un breve en el *British Journal of Psychiatry*, y poco después me escribió un psiquiatra británico asegurando que a su mujer, también psiquiatra, le pasaba lo mismo, compraba siempre muchas cosas que no necesitaba y «fundía» sus tarjetas de crédito cuando iba a congresos. Esos fue-

ron algunos de los primeros casos descritos en el mundo de la adicción a comprar. Poco después se empezó a hablar de ello como de una nueva patología, la compra compulsiva. En 1996 publiqué un libro sobre ello (*Comprar por comprar*, Ed. Cauce Editorial, 1996). De nuevo la repercusión mediática fue enorme, aunque en medios científicos se criticó mucho, pues venían a decir que estábamos inventando una enfermedad. Hoy es un hecho habitual, todo el mundo sabe qué es la compra compulsiva y nadie duda de que, muchas o pocas, hay algunas personas afectadas, siempre menos de lo que dicen los medios, y siempre en el contexto de otras enfermedades, como impulsividad, ansiedad, bulimia, etc.

El síndrome de Diógenes, ¿también lo han inventado los psiquiatras?

En 1991, junto con Teresa Álvarez, dimos a conocer por primera vez en España el síndrome de Diógenes. Tuvo una enorme repercusión mediática, hasta el punto de que hoy todo el mundo sabe qué es este síndrome. Nos llevó a ello el caso de una mujer que vivía aislada y acumulaba toneladas de basura en su casa del pueblo. Entonces nadie sabía que era ese extraño comportamiento. Seguimos indagando y vimos que lo mismo les sucedía a algunos ancianos y que muchos acababan muriendo por ello. En un solo año detectamos más de veinte ancianos muertos en soledad en nuestra provincia, lo cual nos llevó a investigar y escribir un libro sobre la soledad en las personas mayores (*Envejecer en soledad*, Ed. Popular, 1995). El problema que entonces era grave, ahora sigue siéndolo. Las personas mayores son víctimas del aislamien-

to, la desatención, los malos tratos, las negligencias, y algunas responden rechazando al mundo, se aíslan, descuidan su higiene, alimentación, relaciones, y acaban padeciendo el síndrome de Diógenes. Algunas mueren en soledad, casi siempre en invierno, de desnutrición y frío. Eso no solo es una enorme desgracia y una gran injusticia, además es un escándalo intolerable en nuestra sociedad democrática hipermoderna.

Finalmente, ¿hacia dónde va nuestra sociedad?

Desde hace años estoy empeñado en analizar la relación entre la sociedad actual, con sus peculiaridades, estilos de vida, etc., y la salud mental. La era en la que vivimos es especial, diferente y peculiar. Según algunos sociólogos y filósofos, nos encontramos en la era posmoderna. Otros opinan que ya está superada y que estamos en la era hipermoderna. Eso determina nuestro comportamiento y también nuestra salud.

Pero, ¿de verdad vivimos en una era especial? ¿La era contemporánea es realmente peculiar, diferente de la anterior que llamábamos «moderna»?

Mi opinión es que sí, que vivimos en una era realmente nueva, con unas características muy específicas, que nos permiten describirla y diferenciarla de la anterior (la modernidad). Los medios de transporte, de comunicación, la velocidad y las pantallas, la información e internet, todo contribuye a que vivamos en un mundo muy peculiar, en un gran hipermercado en el que hay de todo y todo parece posible. Y eso es muy bueno, se asocia a bienestar, confort y diversión, pero también genera tensiones y ansiedades, deseos e insatisfacciones,

carencias y desgracias, estrés y depresión. Con frecuencia, muchas de esas situaciones se traducen en comportamientos patológicos que, sin ser verdaderas enfermedades, hacen sufrir a muchas personas y allegados. Podríamos denominarlos «trastornos del malvivir». De eso trata uno de mis últimos libros (*Posmodernidad y salud mental*, www.psiquiatria.com, 2010), que a tenor de los tiempos se ha publicado en formato electrónico, como aconseja el gran hipermercado global. En los últimos capítulos se desarrolla una teoría sobre cómo debería ser el nuevo ser humano adaptado a estas circunstancias, y se plantea la hipótesis de la humanotecnia como una nueva aptitud y actitud saludable para sobrevivir en el hiper mundo que nos ha tocado vivir. Justamente en esto es en lo que estoy trabajando ahora mismo, en identificar cuáles son las capacidades, habilidades, «virtudes» necesarias para vivir bien y de forma saludable en el mundo pos(hiper)moderno. ■



El Ave Fénix

Estimado lector, con mucho cariño, porque nos hace a todos mucha falta, me dirijo a ti. A ti porque te interesa el ámbito de la enfermedad mental; porque eres un paciente; porque eres un psiquiatra; porque eres un familiar, amigo o alguien que sabe que la enfermedad mental existe, que la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia u otras enfermedades de la mente no solo existen, sino que a menudo suelen ser atroces, y por lo demás muy incomprendidas cuando las personas qué poco saben de ella o nada.

Mi experiencia como enfermo mental (contraí un trastorno afectivo bipolar hace ya 30 años) me ha limpiado de casi todo prejuicio respecto a hablar, a ser y a convivir con lo que la vida me ha deparado: ser bipolar. Y por ello hablo claro, con el fin de realizar un bien entre los que convivimos con la enfermedad mental o con los que se relacionan a diario con ella. A fin de cuentas a todos, porque nadie está libre, y aunque esta enfermedad sea congénita o adquirida, como muchas otras, cualquier humano puede comenzar, tras una fuerte vivencia anímica desafortunada, a herírsele el sistema anímico, y con ello contraer su primera depresión, que gracias a personas cualificadas llamadas psiquiatras y a las que tantos prejuicios tenemos o hemos tenido al acudir

pueden solucionar el problema, cuando en ocasiones se deriva en algo más grave y crónico que, como digo, nadie está libre.

Como bipolar de 30 años, toxicómano, con siete tremendas depresiones y trastornos mentales con efectos horribles cada uno de ellos durante meses; con los muchos estados estrambóticos que llegaron desde la casi demencia a extraordinarias euforias «con sus luminosas lucideces»... En fin, una vivencia inaudita e increíble, me veo en la potestad de decirte a ti, un paciente de salud mental, que saldrás, porque siempre se sale, pero deja las toxicomanías por completo, porque sino lo harás a medias y volverás a caer. ¡Saldrás! Y aunque el estigma lo lleves toda la vida, como un diabético o un alérgico o un enfermo del corazón, y te debas tomar la medicina de por vida, ¡saldrás!, pero deja las toxicomanías y con ellas la última gota de alcohol.

No eres débil. Eres sensible, súper sensible.

No eres cobarde. Eres pacífico y abominas la violencia.

No eres retraído. Eres admirablemente educado.

No es que no seas de este mundo, pero prefieres lo espiritual.

No te importa perder. Te importa no hacer daño.

¿Cargas con las culpas de los otros? Porque eres muy buena persona.

No es que no seas nadie, es que no quieres aparentar, ostentar, ni tan siquiera darle importancia a lo que realmente eres.

No eres raro porque miras las estrellas y más allá de la vida te preguntas por la existencia y lo eterno. Eres un anacoreta.

No es que no tengas sentido de ser porque no eres como la mayoría. Es que eres tolerante con ellos cuando muchos de ellos no lo son contigo.

No eres celoso, ni envidioso, ni hipócrita ni tan egoísta, cuando tanto abundan estas contrarias cualidades de la que eres víctima. Y no es que seas ingenuo, pero astuto tampoco.

No es que seas ignorante... Eres un sabio de la humildad sin darte cuenta.

No es que no te estimes, pero abominas la soberbia y la prepotencia, hasta de los caracteres fuertes.

No es que no tengas personalidad. Prefieres ser árbol de bosque y no enaltecer el ego ni mucho menos el egocentrismo.

Eres diferente, pero normal.

Entonces vívelo sin dejar de ser tú y no te destruyas tras las toxicomanías y el alcohol.

Entonces, con la ayuda de la medicina y de tu psicólogo o psicóloga, tu mente dejará de hablar y hablar

frases y palabras sin sentido, idas que no entiendes de dónde vienen, por qué las piensas; por qué esas imágenes una tras otra, desordenadas y revueltas, y verás cómo al final es tan imposible que se hayan ido por completo, como imposible es que fuera todo ello, de lo que nunca, nunca debes hacer el menor caso, cuando te ocurra o después. Tan solo es un escape inconsciente de tu psique a lo que estás padeciendo, a tu problema anímico con sus angustias y amarguras, dolor, que te causa trastorno mental con sus tristezas y pena consciencial.

Mira, todo ello es porque tu psique se ha lastimado, se le ha abierto una herida. Tu psique es la suma de tu sistema anímico (o llámale alma), de tu mente y de tu consciencia, que forman tu consciente y tu inconsciente. Allí ha pasado algo, muy fuerte, tremendo, y las defensas no han podido soportarlo, es como un esguince profundo en tu psique. ¿Te has llevado un gran disgusto; un cambio radical en tu vida, una separación; un ser querido ha fallecido; un acontecimiento muy desafortunado ha roto tu camino y tu meta, tus ilusiones; alguien o algo ha matado el sentido de tu vida; has descubierto que la vida ya no tiene sentido? ¿Ya no eres el mismo o la misma, incluso puedes decir que ya no te conoces; que no quieres vivir, no hay solución, todo está perdido, no ves la luz, has perdido la esperanza, no queda nada, ni volverás ya jamás a ser el mismo o misma...?

Acepta que estás enfermo, llámalo enfermo de la psique. Pasarán despertares en la cama y con un sobresalto dirás: ¡Dios mío, estoy enfermo de la mente! Pero pasarán tantos despertares así, con el sobresalto de la consciencia, que llegará un día que lo aceptarás. Entonces serán despertares normales donde será normal que estés enfermo, y tu pensarás «que para siempre». Pero

yo te digo que no, no es para siempre: ¡SALDRÁS! Es hora de continuar con la medicina y tu psicólogo o psicóloga y buscar las causas por las que has enfermado, de tu dolor de psique, del esguince, y cuando las localices, busca la solución: perdona, perdónate; deja definitivamente lo que te hizo daño; coge el camino correcto; pierde lo que debas perder y gana lo que debas ganar, da a la vida lo que es suyo y la vida te dará lo que es tuyo; vuelve si has de volver y volverán si han de volver; vete donde está tu mal y donde está tu bien. Deja y coge, olvida y descubre, sal de lo oscuro y entra en lugares de claridad, siempre reflexionando con tus seres queridos lo mejor. Aprende de tu pasado y de tus errores para ir hacia un futuro mejor... Y entonces, poco a poco, luchando con estas armas y no escondiéndote en la cama, aunque parezca que no avances, llegará un día que verás un rayito de luz, y luego un haz, una llama y por fin el sol. El sol de tu nueva vida, porque aunque ya no seas el mismo, puede ser que seas incluso más feliz que antes de contraer la enfermedad.

Todo ello te lo digo a ti, paciente de salud mental, aunque tu proceso sea largo y recaigas, sea por los motivos que sea siempre se sale, siempre se aprende y mucho, porque por todo lo que te he dicho, fíjate en la historia, sobre todo del arte: los grandes artistas, pintores, incluso escritores, a más santos como San Francisco de Asís, Santa Teresa de Jesús o San Juan de la Cruz vivieron la enfermedad mental, la sensibilidad del alma. Los griegos lo llamaron la enfermedad sagrada.

Queridos lectores, digo todo ello con mucho cariño hacia vosotros, pacientes de salud mental, como os lo digo a todos, psiquiatras, psicólogos, familiares y amigos, porque en muchas ocasiones, por no decir en todas, la causa de la enfermedad mental es falta de amor entre

la humanidad y la falsa amistad por intereses. La mejor medicina para un enfermo mental es el amor de los familiares, la comprensión, la compañía de un ser querido si puede ser a todas horas, para alentarle a seguir adelante, y comprender todos que si la esperanza en un enfermo mental muere, él también está muerto. Se trata pues de ayudarle a resucitar, y ello, en ocasiones, y más en jóvenes como me ocurrió a mí (yo tuve mi primera depresión a los 19 años), y encima con la mala suerte que si caemos en el abismo de las drogas es una lucha donde todos sufrimos mucho, demasiado. Mas yo y mi familia podemos decir, junto a una decena de psiquiatras que me trataron a lo largo de estos 30 años, que ganamos. Yo conocí desde hace ya 10 años el milagro de mi resurrección, y cada año que pasa mi salud es más óptima, pero todo a partir de dejar por completo las toxicomanías y el alcohol.

Un enfermo mental sufre mucho y por experiencia sé que puede llegar a sufrir lo increíble, y que más vale silenciar. Gracias a que hace casi un siglo que nació la psiquiatría, el psicoanálisis y la psicología junto a la neurología, la antropología y el humanismo y otros campos del saber y los fármacos, la historia nos lleva a conclusiones de cómo debería ser de fatal la enfermedad mental en otros tiempos sin los recursos de hoy.

Estimado lector, hubiera querido dirigir este artículo en otra dirección muy particular de mi vida de bipolar. Ya ves, me he dejado llevar por el corazón, por querer dar un abrazo de esperanza e ilusión a la enfermedad mental, a todos vosotros. He sido práctico, no es idealismo. Estamos hablando más de lo invisible que de lo visible, de lo espiritual que de lo material.

Con un sentido afecto. ■

Diez de oros Diez de bastos

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

«La Dra. María Paz García-Portilla González elegida miembro del EPA Board durante el Congreso Europeo de Psiquiatría celebrado en Munich».

EPA (02/03/2014). OROS

✓ Nuestra más sincera enhorabuena a la Dra. García-Portilla, miembro del Consejo Asesor de nuestra revista, por su elección como integrante del Board de la Asociación Europea de Psiquiatría, durante el último Congreso Europeo de Psiquiatría celebrado en Munich. Es un gran reconocimiento a su persona y a todos los integrantes del grupo de Oviedo, con el Dr. Bobes y la Dra. Sáiz a la cabeza.

El trabajo constante y bien realizado siempre tiene su recompensa. Gozar de esta aprobación internacional no hace más que subrayar la buena práctica clínica y de investigación de nuestro país.

«El suicidio en España se incrementó un 11,3% durante el año 2012».

El País (31/01/2014). BASTOS

✗ Según el Instituto Nacional de Estadística, las muertes que más han aumentado durante el año 2012 han sido las originadas por trastornos mentales y del comportamiento. El número de fallecidos por suicidio aumentó un 11,3% durante 2012. El suicidio es la principal causa de mortalidad no natural desde hace unos años tras el descenso de las producidas por accidente de tráfico. La cifra es especialmente pronunciada en la franja de edad que va de los 25 a los 34 años.

Las políticas de prevención de los trastornos mentales deberían ocupar un lugar predominante en cualquier agenda política y sanitaria.

«El ADN manda: o cáncer o Alzheimer».

El País (20/02/2014). OROS

✓ Diversos estudios previos habían mostrado una menor incidencia de casos de cáncer entre enfermos de Alzheimer, Parkinson o esquizofrenia. Según un artículo publicado en la revista *Plos Genetics*, y llevado a cabo por científicos del Centro Nacional de investigaciones Oncológicas dirigidos por el profesor Alfonso Valencia, se han identificado un centenar de genes que intervienen en los dos tipos de enfermedades, aunque de forma distinta. Se sugiere que los mismos mecanismos celulares que disparan el cáncer podrían estar protegiendo de sufrir Alzheimer, y al contrario.

De nuevo vemos que el famoso concepto de serendipia, al que tantas veces apela el profesor Miguel Casas, pudiera de nuevo dar lugar a grandes descubrimientos.

«Cuatro de cada diez personas en España padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida».

ABC Salud (04/12/2013). BASTOS

✗ En España se calcula que hasta uno de cada cuatro individuos en edad adulta puede llegar a padecer alguna enfermedad mental a lo largo de su vida, y hasta el 11% de la población infantil está en riesgo de desarrollar una mala salud mental. Estas patologías son la causa del 30% de la discapacidad producida por enfermedades médicas, superando a las cardiovasculares u oncológicas.

Si a ello añadimos que, lamentablemente, gran parte de los afectados son diagnosticados de forma tardía y suelen pasar varios años hasta recibir el tratamien-

to más adecuado, las alertas se disparan de manera preocupante.

«España se encuentra entre los cuatro países más innovadores de Europa en Salud mental».

El Mundo (17/02/2014). OROS

✓ Los ponentes (Dres. Celso Arango, Claudi Camps y Ana Cabrera) de una de las mesas más interesantes del pasado Congreso Nacional de Ansiedad y Trastornos comórbidos aportaron esta conclusión. El desarrollo de redes de salud mental comunitarias, una mayor formación y aplicación de técnicas de rehabilitación psicosocial y la coordinación con atención primaria nos permite un abordaje de las personas con trastorno mental severo más orientado a su plena integración en la sociedad.

Nunca hemos dudado de la calidad y afán de superación de nuestros profesionales. El problema hay que buscarlo en otros ámbitos, donde un tratamiento de choque o incluso uno «quirúrgico» salvarían la situación.

«España sólo invierte en salud mental un 5% del gasto sanitario».

Diario Vasco (17/02/2014). BASTOS

✗ Este 5% de inversión del total del gasto sanitario queda muy lejos del 10% que dedican de media el resto de países de la Unión Europea, debido sobre todo a la característica improvisación innata que nos caracteriza y que da como resultado la falta de políticas sanitarias a largo plazo.

Como en tantas ocasiones, reconoceremos la magnitud del problema cuando su posible resolución sea ya prácticamente imposible de aplicar.

«La ansiedad afecta a más de seis millones de españoles».

El Correo Gallego (14/02/2014). BASTOS

✗ Durante el VII Congreso Nacional de Ansiedad y Trastornos comórbidos, el Dr. Ros Montalbán aportó este dato. En España la ansiedad afecta a más de seis millones de españoles y origina un absentismo laboral de un 10%, porcentaje bastante más elevado que la media de países europeos.

La ansiedad continúa siendo el gran trastorno que con mayor secreto permanece latente en muchos de nuestros pacientes.

«SE BUSCA FAMOSO, la nueva campaña de 'Obertament' que da la cara contra la discriminación en salud mental».

La Vanguardia (20/02/2014). OROS

✓ La plataforma catalana 'Obertament' (Abiertamente) ha lanzado una campaña para buscar personas famosas o mediáticas que quieran «dar la cara» y reconocer públicamente tener una enfermedad mental. Con la colaboración de instituciones políticas y económicas catalanas, pretende contribuir a la desestigmatización de los pacientes mentales.

Al margen de posibles controversias por la aparición de personajes mediáticos, es un paso adelante hacia la normalización de nuestra profesión y nuestros pacientes.

«Más de un millón de personas tienen una enfermedad mental en España, y el 80% de ellas no tiene trabajo».

La Vanguardia (10/02/2014). BASTOS

✗ La Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) denunció las gravísimas consecuencias de la crisis en el ámbito laboral de los enfermos mentales. Tenemos que aprender todos a convivir con las enfermedades que afectan a la mente, normalizar su presencia y facilitar una sociedad que vea más allá de las etiquetas y apueste por todo el potencial que tienen las personas con esta enfermedad.

Sin lugar a dudas, dentro de la preocupante situación global, los pacientes afectados con enfermedad mental sufren una doble exclusión que complica aún más su reinserción.

«Los Premios Goya del cine español».

Madrid (09/02/2014). OROS

✓ Nuestra felicitación a todos los integrantes del cine español. En tiempos de recortes, incrementos de IVA culturales y presupuestos ínfimos, el que puedan mostrarse películas de tanto nivel como las presentadas a los Premios Goya merece nuestro aplauso como usuarios habituales de las manifestaciones culturales.

Si a ello añadimos la tendencia a dar a conocer con total claridad y normalidad personajes afectados de enfermedades mentales (*La gran familia española, La herida, Caníbal, Los últimos días, La plaga*) y disecciones y explicaciones psicológicas de gran calibre (*Todas las mujeres*), no nos queda por menos que contribuir a su resistencia, acudiendo semanalmente a deleitarnos con alguna de sus producciones. ■



Maestro de profesores Dr. Santiago Montserrat Esteve

Dra. Elena Guimerà Querol



Aquí en el sur de Cataluña, donde el Ebro desemboca, donde los campos de arroz configuran un paisaje que varía en colores y olores según la época del año, donde a escasa distancia del mar se levanta una cadena montañosa de bosque mediterráneo, fauna autóctona y laderas abancaladas en las que crecen los olivos y donde las huertas y fincas de cítricos crecen al lado del río, aquí, decía, inicié mi andar como psiquiatra hace ya más de 25 años.

Además de un paisaje único, enseguida me di cuenta de que también sus gentes tenían costumbres ancestrales muy arraigadas y muy diversas, pese a ser un territorio tan pequeño. Se trataba también de núcleos rurales que habían permanecido hasta hacía poco genéticamente muy aislados unos de otros así como de su capital de provincia: Tarragona. De hecho existía más relación cultural, comercial, lingüística y genética con los pueblos del Maestrazgo, al norte de la provincia de Castellón y al sur de la de Teruel, para los cuales era y había sido tradicionalmente Tortosa su ciudad de referencia.

Pronto observé también —al hacer la historia clínica de mis pacientes— que muchos de ellos en su juventud —o sus padres o sus abuelos, afectos igualmente de diversas enfermedades psiquiátricas— ya a mitad del siglo pasado habían acudido a Barcelona en busca de tratamiento.

Cual fue mi sorpresa al descubrir que habían sido tratados eficazmente con sales de litio, imipramina, desipramina, inhibidores de la monoaminooxidasa, clorpromazina, etc... en una época en la que pocos especialistas conocían su existencia y menos aún su manejo.

¿A quién acudían aquellos pacientes del Delta y demás tierras del Ebro? ¿A dónde iban? Pues iban a Barcelona y eran visitados muchos de ellos por el Dr. Santiago Montserrat Esteve, el mismo hombre que yo no conocí nunca pero de quién había oído hablar frecuentemente, con admiración y gratitud, a aquellos que fueron mis maestros durante mi formación como médico primero y como psiquiatra después en el Hospital Clínic de Barcelona.

¿Quién fue Santiago Montserrat Esteve?

Santiago Montserrat i Esteve nació en Barcelona el año 1910, hijo de María y Jaume, matrimonio procedente del Alt Camp, comarca de Tarragona, que se estableció en la capital catalana donde regentaron un colmado.

Como nos explica el Profesor Costa Molinari en su excelente libro biográfico (*Homenatge al mestre*), el joven Montserrat fue un estudiante brillante, interesado por todas las ramas del saber, desde la astronomía a las matemáticas. El estudio posterior de la biología despertó en



él el interés por la medicina, la psiquiatría y la psicología.

Imaginemos al joven Santiago serio, responsable, disciplinado, perseverante, mirando al mundo que le rodeaba con curiosidad. El mundo que existió entre las dos grandes guerras, el que vivió la caída de los últimos imperios y generó una nueva ideología y orden social. Pero sobre todo, a los ojos de un joven científico con ganas de entenderlo todo e integrar conociemien-

tos, un mundo que había dado forma a dos grandes revoluciones en la concepción de la realidad: la Teoría de la relatividad universal, que a primeros del siglo xx desmontó la física newtoniana y con ella la seguridad que otorgaban la inmovilidad del espacio y del tiempo, y la denominada física cuántica, que con los años ha demostrado ser la más estable y exacta de todas la teorías que describen la realidad, pese a lo incomprensible, desconcertante y extravagante que resulta. Un mundo, como decíamos, en el que también florecían las exhaustivas y brillantes descripciones de la psicopatología, realizadas en la Europa germánica por Kräpelin y Bleuler, dando lugar a las clasificaciones nosológicas que son aún vigentes. El mundo en el que en Rusia se estudiaban los jugos gástricos de los perros en el laboratorio y Palov describía los reflejos condicionados. Y un mundo en el que en Viena, un mal hipnotizador hacía hincapié en la existencia de una mente inconsciente que influía ¡y mucho! en la conducta humana.

El Dr. Montserrat inició sus estudios de Medicina en el Hospital Clínic de Barcelona en 1927. Fue un estudiante brillante con excelentes resultados académicos. Fue alumno interno de la cátedra de Patología General. Aprendió francés, inglés y sobre todo alemán, idioma que dominaba y que le permitió realizar multitud de traducciones de textos médicos escritos en esa lengua.

Remitiéndonos una vez más al extraordinario libro del profesor Costa Molinari, el joven y adulto Montserrat gustaba de observar y describir, después de analizar y verificar, y sobre todo poder explicar y reunificar los conceptos, las observaciones e interpretaciones en una gran teoría sintetizadora que fuera más allá de las inevitables parcelas en las que se divide el conocimiento.

Como ejemplo de este afán sintetizador, cabe mostrar que ya en el año 1932 en un escrito titulado «*Apunts per un assaig de psicologia anatomo-fisiològica*», justificó su trabajo como una tentativa de «... *fondre en un conjunt harmònic els fets certs adquirits per les diverses escoles psicològiques, tota vegada que, com és ben sabut, treballen independentment*» (... «fundir en un conjunto armónico los hechos ciertos adquiridos por las diversas escuelas psicológicas, ya que, como es bien sabido, trabajan independientemente»).

Este afán unificador y sintetizador es el germen de la que fue su forma de concebir la psiquiatría, que le llevó ya en los años 40 a introducir los conceptos

de **cibernética, teoría de la información, teoría general de sistemas, computación e inteligencia artificial**.

La carrera profesional de Montserrat se llevó a cabo principalmente en el denominado Dispensario de Me-

Entrevista al Sr. J.V.

J.V. es un paciente varón, nacido y residente en un pueblo del sur de Cataluña que visité por primera vez el año 2001 por un trastorno bipolar. Ese mismo año, también visité a su padre por una depresión psicótica, hasta que falleció 3 años después.

Ambos, en su juventud, habían sido pacientes del Dr. Montserrat, visitados por él en su consulta privada de Barcelona e ingresados varias veces en diversas instituciones psiquiátricas catalanas.

J.V., actualmente a sus 60 años, se halla eufónico y recuerda bien el debut de su enfermedad al final de la adolescencia. También recuerda bien la figura del psiquiatra que lo atendió en aquel entonces: el Dr. Santiago Montserrat Esteve.

Dra. Guimerà —Sr. J.V. ¿Qué pensó cuando vio por primera vez al Dr. Montserrat?

Sr. J.V. —*Que era un hombre muy sabio. Seguro. Hablaba poco, pero decía las verdades. Inspiraba confianza. Me emociona recordarle.*

—¿Recuerda como se sentía en aquella primera visita?

—*Una mezcla de euforia e irritabilidad. Me tranquilicé al verlo. Me dijo que si no me paraba y me frenaba acabaría muy mal por culpa de la enfermedad.*

—¿De qué año estamos hablando y qué edad tenía usted?

—*Tenía 20 años. Era el año 1972. Yo ya había estado ingresado en el Psiquiátrico de Villablanca en Tarragona.*

—¿Qué medicinas le dio?

—*Meleril®, inyecciones, entre otros. Me visitaba también el Dr. Porta.*

—¿Cómo era su despacho?

—*Tenía unas puertas con vidrieras, los ventanales también tenían vidrieras. Se entraba a su despacho desde la sala de espera y se salía por otra puerta que daba al recibidor. Tenía una camilla para la exploración.*

Me dijo que yo era un atleta, pero que tenía una enfermedad. Que me había de medicar. Sin medicinas no podría vivir con normalidad. Recuerdo que me dijo que debía protegerme del sol.

dicina Psicosomática y Psiquiatría, de la Clínica Médica A, del profesor Agustí Pedro i Pons, en el Hospital Clínic, donde creó escuela, impartió sus conocimientos y formó profesionales que después han llegado a ser los grandes profesores de la psiquiatría catalana de la segunda mitad del siglo xx y del actual. (No hay que olvidar al profesor Valentín Conde López, catedrático de Psiquiatría de Valladolid, que también se ha manifestado discípulo suyo).

Siempre ejerció la psiquiatría privada en su domicilio del Eixample de Barcelona.

Hay que mencionar también su paso por el Institut Mental de la Santa Creu y su formación en Viena. Su colaboración en la Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears y, ya en los años 70, su trabajo en la Residencia Sanitaria de la Vall d'Hebron y su labor docente (aunque muy breve) en la Universidad Autónoma de Barcelona.

Entrevista al profesor Ballús



Dra. Guimerà —Quiero recoger, profesor Ballús sus palabras escritas en 1994 en el Anuario de Psicología tras la muerte del Dr. Montserrat, en febrero del mismo año. Decía usted:

...su herencia en el campo científico y cultural han sido sus obras y publicaciones; en el campo de la docencia, fueron sus lecciones y enseñanzas expuestas siempre con diáfana claridad, así como su ejemplo de vocación para el estudio y para la investigación que supo transmitir a cuantos tuvimos la suerte de formarnos y trabajar junto a él; en el campo del humano recuerdo, permanecerá su bondad,

dedicación y generosidad para con sus discípulos y enfermos: descanse en paz el maestro.

Son palabras que emocionan y que me permiten encuadrar el título de este artículo: «Maestro de profesores».

— ¿Fue él también profesor?

— *No fue profesor de universidad por circunstancias más bien políticas.*

Al acabar la guerra él había estado en el ejército republicano y, como todos los médicos que estaban en la zona, fue capitán médico. Cuando Franco ganó la guerra hubo una depuración de médicos, y como él había sido capitán... Eso le hacía vivir con cierta angustia y temor. No pasó nada, pero esto hizo que no accediera a la universidad. Él tenía miedo de que su nombre llamara la atención a las digamos «derechas».

— Pero él no había tomado partido político por ningún bando...

— *No, pero era un hombre muy miedoso. Por eso durante bastantes años después de la guerra no se movía de su consulta privada (por cierto muy cerca de aquí, en la calle Valencia/ Aribau) hasta que al final el Profesor Pedro i Pons lo recuperó para el Clínic...*

— Porque tengo entendido que se formó en Medicina Interna con el profesor Pedro i Pons...

— *Fue el psiquiatra del Servicio de Pedro i Pons... El profesor Agustí Pedro i Pons tenía un Servicio de Medicina Interna con dispensarios de neurología, psiquiatría, endocrinología, gastroenterología... había 6-7 u 8 dispensarios... Esto es lo que se denominó Clínica Médica A y en realidad no se llamaba Dispensario de Psiquiatría sino de Medicina Psicosomática (de Psiquiatría y Medicina Psicosomática) para no generar ningún conflicto en otros ámbitos docentes. En 1950 se creó la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona (previamente era la Cátedra de Medicina Legal la encargada de la enseñanza de la psiquiatría) que ganó el profesor Sarró. Fue el Dr. Pigem, profesor adjunto de Sarró, quien dirigía el Dispensario de Psiquiatría de la propia cátedra. Montserrat iba, dijéramos por su cuenta. Iba, no digamos camuflado, pero sí, sin llamar la atención, era un hombre muy discreto. La gente sabía que era un buen maestro y algunos nos «acurrucamos a su lado» (como pollitos al lado de la clueca) y nos formamos con él. Con el paso de los años, poco a poco, se fueron reunificando todos los dispensarios de psiquiatría dispersos por el Hospital Clínic hasta la formación de un único dispensario de psiquiatría dirigido por la propia cátedra, hacia los años 70.*

—Y, ¿qué circunstancias le llevaron a usted allí?... si me permite preguntarlo.

—Yo aparecí por allí... Precisamente por el ambiente que había, por la excelencia y el prestigio. Al acabar yo la carrera él ya llevaba varios años en aquel dispensario de la ya mencionada Clínica Médica A, y fueron varios médicos de esta clínica que me lo recomendaron...

—Que estamos hablando de... ¿De qué año estamos hablando?

—1950...

—1950, todavía no se había descubierto la imipramina...

—No, fue unos años después.

Yo había acabado la carrera, tenía 21 años, ya había estado en el Dispensario mientras era estudiante, como alumno.

—De todos los que se formaron con él, que aprendieron de él... ¿Qué figuras más destacadas me podría mencionar?

—El Dr. Costa (quién fue catedrático de la Universidad Autónoma), muchos otros médicos de España y del extranjero. Los Dres. Josep Toro, Joan Massana, Edelmira Domènech, Lluís Sánchez Planell, Josep Corominas, Julio Vallejo Ruiloba... profesores universitarios todos ellos.

—Dígame, ¿tenían alguna característica en común?

—¿Nosotros?

—Sí, ¿tenían alguna especie de «imprenta» característica?

—Yo diría que todos sus discípulos somos bastante heterogéneos. Tanto por forma de ser como por nuestras orientaciones profesionales posteriores. Unos con una orientación más psicológica, incluso psicoanalítica, otros más integradores, otros más «biologicistas», porque Montserrat pecaba de ser un hombre con una mentalidad muy científica y muy biológica. Muchos encajaban por este factor. Yo encajaba por sus rasgos en general. Él estaba también muy abierto a la psicología y a mi me interesaba este aspecto. Yo fui profesor de Psicobiología en la Facultad de Filosofía de la Universidad de Valencia, de Psicofisiología de la Facultad de Filosofía de Barcelona y después pasé a la Facultad de Medicina un poco por insistencia del profesor Obiols, que me decía: «escucha Ballús, por tu formación médica tú has de estar en Medicina, no en Filosofía y Letras». Y pasé a Medicina, hice oposiciones. Primero adjunto, después profesor agregado, después catedrático de Psiquiatría en Córdoba (durante un año) y después, a la muerte de Obiols, pasé a la Cátedra de Barcelona, por traslado.

—Volviendo al Dispensario de Psiquiatría y Medicina Psicosomática, Costa Molinari en su libro sobre Montserrat menciona que hacia 1970 se clausuró. ¿Por qué se cerró? ¿es porque desapareció la figura del cátedro?

—Sí, Pedro i Pons en los últimos años pasó a ser el jefe de Medicina Interna de la Seguridad Social y se llevó a sus colaboradores al Hospital del Valle Hebrón.

—Cuando yo estudié y trabajé en el Hospital Clínico, este tenía un convenio con la Seguridad Social, pero, por lo que yo sé, durante los años 40, 50, 60 no era así, de hecho no existía la Seguridad Social tal como la hemos conocido siempre los de mi generación. ¿Cómo funcionaba en aquella época el Hospital Clínico? ¿Cómo se financiaba?

—Durante todos esos años ¿cómo funcionaba?... ¡no funcionaba!

Hasta que no apareció la Seguridad Social y se hizo cargo del Clínico, este hospital era un poco «Can seixanta» (iba todo un poco «manga por hombro»), no había dinero, no había ayudas... tenía fama, eso sí, mucha, porque tenía médicos buenos, de prestigio, pero no tenía medios económicos.

—¿Pero algo tendría? ¿Era de beneficencia?

—Primera cosa, buena parte de los médicos no cobrábamos, éramos voluntarios. Después cobramos alguna cosa, puramente simbólica, pero daba igual, el Clínico tenía una fama, un prestigio y los pacientes acudían. Teníamos un papel que acreditaba que éramos médicos del Hospital Clínico. Algunos pacientes tenían mutuas, otros eran de beneficencia, y así fue durante muchos años.

—Es decir, la famosa Clínica Médica A, donde tanta gente trabajó, estudió y se formó, estaba atendida básicamente por personal médico motivado, con ganas de aprender y entusiasta, pero con nula o muy escasa recompensa económica.

—Sí, así era hasta que apareció la Seguridad Social, al principio muy criticada y rechazada por el propio personal, pero, a la que vieron que cobraban cada mes, las opiniones fueron cambiando: «Poderoso caballero es Don Dinero»...

—En otro orden de cosas: leyendo los escritos de Montserrat, sus artículos, sus publicaciones... Por todas partes aparecen los conceptos cibernética, homeostasis, teoría general de sistemas... Son conceptos modernos, muy de actualidad. Esto me llama mucho la atención, ya que a mitad del siglo pasado dudo que formaran parte del vocabulario médico-psiquiátrico.

—No formaban parte en absoluto del vocabulario médico. Aportar estos conceptos estaba

dentro de una concepción muy abierta de la psiquiatría. Montserrat tenía una visión biológica muy amplia. Quiso y pudo hacer una psiquiatría de base científica, no una de tipo bla, bla, bla... con bonitos conceptos, pero indemostrables, e insuficiente base empírica. Halló que la cibernética y la teoría general de sistemas encajaban mucho en su mentalidad, y aplicó estos esquemas y principios a la comprensión de la psicopatología. Eran los conceptos cibernéticos de circuitos autorregulables descritos por Bertalanffy (a Montserrat le interesaba mucho este biólogo) y mecanismos de autocompensación para el mantenimiento del equilibrio (inestable este por definición). Tenía y tiene mucho sentido aplicar estos conceptos a la conducta humana y a la psiquiatría en general. La conducta humana tiene sus mecanismos de autorregulación: biológicos, sociales, emocionales... conscientes o no, estos la van moldeando y modificando, y asimismo ella actúa como moldeadora de otras respuestas que pasan a ser causa y efecto al mismo tiempo de un conjunto de circuitos que se automantienen y modifican, intentando siempre y en todo momento adaptarse a las necesidades. Aplicó estos esquemas de la teoría general de sistemas a la interpretación de la psicopatología.

— ¡Pero esto no lo había hecho nunca nadie! Debió resultar impactante ¿no?

— Sí, fue impactante, y rechazado también por muchos profesionales del mundo de la psiquiatría, básicamente porque no conocían estos conceptos. A otros que sí los conocíamos nos agradó ¡y mucho!

— Dígame profesor, usted, concretamente usted: ¿qué fue lo más importante que aprendió del Dr. Montserrat?

— Lo que más aprendí de él, diría yo que fue a ser lo más objetivo posible. A describir lo que veía. A no ir con interpretaciones meramente subjetivas de los trastornos de los pacientes.

— Por lo que he leído, deduzco que el Dr. Montserrat era reservado, serio e introvertido. No le gustaba llamar la atención.

— Sí, era reservado, con un gran espíritu de autosuperación y una gran inteligencia que le permitía superarse a sí mismo.

— ¿Podría referirnos alguna anécdota personal que nos ilustrara el personaje?

— Ahora me viene a la memoria una que habla de él y de mí:

Llevaba yo ya cierto tiempo trabajando con él cuando un día estaba en el Dispensario con la que entonces era mi novia (mi esposa en el día

de hoy y madre de mis hijos y abuela de mis nietos), que también estaba allí formándose ya que era enfermera y planeábamos casarnos pronto y montar una consulta en la que ella me ayudaría... Pues bien, como decía, yo también me quería sentir importante e impresionar a mi novia y le estaba enseñando unos tests de Rorschach, dándole explicaciones al respecto, cuando acudió otra enfermera que se llamaba Mercedes y me dijo: “-Dr. Ballús, el Dr. Montserrat dice que vaya a su despacho.-Dígale que ahora no puedo, que estoy con unos tests, que enseguida iré”, le contesté yo. Al momento volvió, pálida y presurosa, diciéndome: «Dr. Ballús, el Dr. Montserrat dice ¡que vaya rápido y no haga bromas!»



Karl Ludwig von Bertalanffy (Viena 1901- Buffalo 1972) Biólogo y filósofo austriaco conocido fundamentalmente por su **teoría general de sistemas** (TGS). Aunque esta teoría puede remontarse a los orígenes de la ciencia y la filosofía, sólo en la segunda mitad del siglo xx adquirió tonalidades de una ciencia formal gracias a la valiosa aportación teórica de este biólogo

austriaco. Al buscar afanosamente una explicación científica sobre el fenómeno de la vida, Bertalanffy descubrió y formalizó algo que ya había intuido Aristóteles y Heráclito, y que Hegel tomó como la esencia de su *Fenomenología del Espíritu*: **Todo tiene que ver con todo.**

Corrían los años 50, y ya Julian Huxley (el hermano de Aldous) había desarrollado sus conceptos sobre la síntesis evolutiva moderna y Francis Crick y James Watson avanzaban en su trabajo sobre la estructura helicoidal del ADN. Es por eso que el ambicioso programa de investigación de Ludwig von Bertalanffy buscaba responder a la pregunta principal de la biología: ¿qué es la vida? Por su carácter globalizado y abierto, Bertalanffy no pudo dar respuesta a esta pregunta crucial, pero se acercó a su resolución con ideas que transformaron radicalmente nuestra visión del mundo: **El todo es más que la suma de sus partes**; el todo determina la naturaleza de las partes; las partes no pueden comprenderse si se consideran aisladas del todo; las partes están dinámicamente interrelacionadas o son interdependientes. La TGS contiene la paradoja de ser uno de los ámbitos más apasionantes de la ciencia moderna y también uno de los más incomprendidos.

Su legado: la escuela del Dr. Montserrat

La “escuela del Dr. Montserrat” es el conjunto de personas que colaboraron, trabajaron y convivieron científicamente con él. Fue un maestro destacado, con ideas propias, poseedor de un marco teórico bien definido, con capacidad para transmitirlo y para despertar entusiasmo e interés por la labor que se llevaba a cabo. Su escuela es el círculo que se formó entorno a su figura y a su labor investigadora, y sobre todo viene definida por el aprecio y gratitud que repetidamente han manifestado sus discípulos.

Son palabras del profesor Costa Molinari:

«El Dr. Montserrat creaba ideas, contagiaba entusiasmo a los que le rodeaban, estimulaba en ellos el deseo de trabajar y ayudaba en todo aquello que podía a sus colaboradores. Le importaba el grupo de trabajo y cualquiera de nosotros contribuía en la medida de sus posibilidades al éxito del grupo como un todo».



Foto de familia con algunos de sus antiguos colaboradores: Wulff, Sánchez Planell, Miret, Rom, Costa, Porta, Lidji, Ballús, Romeu, Folch y Vallejo (1990). (Homenatge al Mestre. Pag.151.J.M.Costa Molinari)

Sus colaboradores y discípulos fueron: C. Ballús Pascual, J.M. Costa Molinari, J. Vallejo Ruiloba, J. Toro Trallero, A. Porta, J. Massana Ronquillo, Ll. Sánchez Planell, J. Corominas, E. Domènech, V. Conde López, P. Folch Mateu, entre otros.

Él fue el núcleo aglutinador determinante en la formación de todos ellos, psiquiatras destacados tanto por su labor clínica como académica dentro de la psiquiatría y psicología españolas.

El Dispensario de Medicina Psicosomática de la Clínica Médica A del profesor Agustí Pedro i Pons fue creado por Montserrat en 1932, donde, y hasta su clausura en 1972, convivieron, trabajaron y se formaron todos estos profesionales.

Lecturas recomendadas

- Santiago Montserrat i Esteve: *Homenatge al Mestre*. J.M. Costa Molinari. Fundació Uriach 1838. Barcelona, 1995.
- Psicología y Psicopatología Cibernéticas. Montserrat Esteve S. Barcelona: Editorial Herder, 1985.
- En memoria del Dr. Montserrat Esteve. Ballús C. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona. *Anuario de Psicologia*. 1994;60:95-6.
- Pasos hacia la aproximación entre psicología y cibernética: obra de Santiago Montserrat Esteve (1910-1994). Lichtenstein F, Vilardaga R. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona. *Revista de Historia de la Psicologia*. 2003;25:753-64.
- El dueto: paseo por los almacenes de la memoria. Aquello que el viento no se llevó. Entrevista con el Dr. Josep Toro. Farré JM, Tomás E. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*. 2010;93/94:58-78.
- Necesidad de una metapsicología: notas sobre el libro *Psicología y psicopatología cibernéticas*, del Dr. Santiago Montserrat Esteve. Sánchez-Turet M. Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica. Universidad de Barcelona. *Anuario de Psicologia*. 1988;27:117-28.
- Nociones de cibernética y su aplicación a la neurología. *Tratado de Patología y Clínica Médica*. Prof. Pedro i Pons. Vol. IV, 1952.

Enlaces de interés

- <http://teoriageneraldesistemaipsm.blogspot.com.es/2010/05/biografia-de-ludwig-von-bertalanffy.html>
- http://es.wikipedia.org/wiki/Ludwig_von_Bertalanffy
- <http://www.biografiasyvidas.com/biografia/w/wiener.htm>
- <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/27103>
- <http://dpsiquiatria.uab.cat/es/reculls.php>
- http://dpsiquiatria.uab.cat/es/informacioDocumental_18.php
- <http://www.uab.es/servlet/Satellite/noticias/detalle-de-una-noticia-1099409749848.html?noticiaid=1297667052777>
- http://www.revistahospitalarias.org/info_2007/03_189_indice.htm

Agradecimientos

Quiero agradecer al Prof. C. Ballús el concederme su tiempo y el responder con paciencia y exquisita amabilidad a todas mis preguntas.

También quiero dar las gracias al Prof. L. Ortega-Monasterio por sus esclarecedoras explicaciones y por facilitarme extraordinariamente los contactos necesarios para realizar este artículo

Por último, al Sr. J.V. quiero agradecerle su desinteresada colaboración al permitirme acceder a sus recuerdos. ■

Copenhague. Capital mundial del diseño

Dr. José Antonio López Rodríguez

El nuevo edificio de la ópera, en la bahía de la ciudad

A mi tía le gustaba viajar. Si hubiera nacido en otra época y hubiera podido, habría recorrido el mundo viendo paisajes y culturas desconocidas. Pero no pudo. Entonces, yo viajaba por ella, hacía viajes y luego los compartía con ella. Así conocía cosas nuevas a través de mis relatos.

Tía: esta vez nos vamos a Copenhague. Me preguntarás por qué a Copenhague, si ya he estado otras veces. Bueno, es cierto, ya he estado, pero siempre me gustó y es una de esas ciudades, que como las buenas películas, cada vez que las ves te gustan más.

Una de las cosas que me interesaba de Copenhague antes de ir es que es una ciudad nórdica en la que la calidad de vida es muy alta. A pesar de que el clima es duro, la ciudad es enormemente confortable. Después de visitarla, confirmé algo que intuía antes de conocerla mejor: una de las claves de la confortabilidad y habitabilidad de la ciudad está en la calidad de su mítico diseño. Es cierto que Dinamarca es un país rico, con una tradición social importante, lo cual contribuye a que el confort esté generalizado. Pero es que, además, la educación y la formación en diseño son básicas, forman parte de su cultura, permean en la forma de vida cotidiana, confiriéndole un carácter extraordinariamente agradable. Moverse, sentarse, abrir una puerta en Copenhague, es sencillamente más fácil y agradable. Todo funciona y funciona bien.

Nos imaginamos Copenhague como la capital de los vikingos, y eso despierta en nosotros aromas de

nuestra infancia. Qué buenas películas de vikingos hemos visto. ¿Te acuerdas, tía, de la película *Los vikingos*, con Kirk Douglas y Tony Curtis? Sin embargo, hoy día, realmente, es la capital europea del diseño y esto es lo que me ha traído aquí.

Los primeros asentamientos humanos datan de 8.000 años atrás. Sin embargo, Copenhague no ha sido siempre la capital de Dinamarca. Es en el s. xv cuando se establece como capital. Hasta entonces, era una pequeña población de pescadores y punto de defensa contra los piratas y los suecos. Aparecen nuestros amigos vikingos hacia el año 800, y desde aquí emprenden sus famosas expediciones de rapiña hasta bien alejados de su territorio. Incluso, en el 844, llegan hasta Sevilla.

Como todos los países, los daneses tienen su Rey Sol. En este caso, fue Christian IV, que en el s. xvii reinó durante casi 60 años, en los cuales enriqueció y modernizó el país. Fue un hombre inquieto, interesado en la música y la arquitectura, y gracias a él, Copenhague creció en todas direcciones, construyendo edificios y calles que aún se conservan.

Pero es a partir del s. xix, después de que dos fuegos destruyeran parte de la ciudad, cuando Copenhague comienza a sufrir un proceso de crecimiento y modernización que no ha parado hasta nuestros días. A finales del s. xix es cuando Carl Jacobsen se enriquece gracias a su mundialmente famosa cerveza, y con sus beneficios crea el emblema museístico de Copenhague: la Gliptoteca NY Carlsberg.





El Tivoli, el parque de atracciones de la ciudad

Cuando uno llega a Copenhague, lo primero que le llama la atención es la tranquilidad y amabilidad de la gente. Son afables y dispuestos a ayudar. Pero, ¿cómo se podrían explicar estos rasgos de su carácter si son los descendientes de un pueblo tan agresivo y luchador como los vikingos? La respuesta está en cómo las condiciones vitales y sociales pueden modificar nuestra conducta. Es una ciudad relativamente poco poblada (600.000 habitantes), con amplios espacios y sin agobios. Además, tienen un nivel de vida muy alto. Estas condiciones hacen que uno se vuelva afable y tranquilo; no tienen que estar luchando competitivamente con los demás (todos tienen asegurada su supervivencia) y no hay agobios de espacio.

Estas circunstancias me recuerdan al pueblo más amable y colaborador que yo he conocido en mi vida: el australiano. Qué curioso: sus circunstancias socioeconómicas son las mismas: pocos y ricos. Pero en fin, voy a dejar mi pasión por

la antropología, tía, y te voy a seguir hablando de Copenhague...

Es una ciudad de canales. La llaman «la Venecia del norte», ¿cuántas hay? De esos canales, el más importante es el de Nyhavn.

Como los demás, se construyó para permitir el acceso de los barcos al centro de la ciudad, pero hoy día es un centro de tiendas, restaurantes, cafés flotantes, que son la atracción de los turistas. En este canal vivió Hans Christian Andersen, su autor y cuentista más famoso. Subiendo por dicho canal llegamos a la plaza donde se encuentra el Teatro Real danés, el cual antes de



Uno de los canales más conocidos de la ciudad

la construcción del edificio moderno de la Ópera, ejercía también como teatro de la ópera. En esta misma plaza se encuentra el glamuroso y elegante Hotel d'Angleterre.

Desde una de las esquinas de dicho hotel empezamos a caminar por un enjambre maravilloso de calles peatonales con tiendas llenas de diseño, moda, muebles, anticuarios, que son en sí mismas un placer para el paseante. A través de esta multitud de calles llegamos a la plaza del Ayuntamiento, y unos metros más adelante, al famoso Tivoli.

El Tivoli es el segundo parque de atracciones más antiguo del mundo, y el lugar más visitado de Dinamarca. Es una reunión de atracciones, restaurantes, cafés, lagos, que hacen su visita imprescindible y, si se tiene suerte y no hay millones de personas, es hasta agradable.

Cambiando totalmente de tercio, otra de las atracciones importantes de Copenhague es Christiania. Este barrio, en los años 70, fue «okupado» por los hippies de la época que se instalaron en una antigua base militar en el centro de la capital danesa. Hoy día consiste en una colección de jóvenes que pretenden ser «diferentes» al resto de la sociedad a través de formas externas, sin tener claro que lo que nos diferencia no es el exterior, sino el interior. Junto a ellos viven otro grupo de «no tan jóvenes» que tienen instalados sus negocios allí. El principal negocio es la venta de marihuana: se calcula que se venden 150 millones de euros al año. Personalmente, os diré que este tipo de sitios no son santo de mi devoción, pero merece la pena conocerlo.

Pero volvamos al origen de nuestro viaje: el diseño. Tradicionalmente existen dos maneras contrapuestas de entender el diseño: por una parte,



La inevitable Sirenita

la cultura del diseño italiano, exquisito, en el cual la estética es el elemento principal, y por otra, el diseño nórdico, en que el óptimo funcionamiento de aquello que se quiere diseñar constituye su esencia. El objeto diseñado debe ser ante todo útil, funcionar a la perfección y además, ser bello y lo más accesible posible a todas las capas sociales. Frente al diseño aristocrático italiano, el diseño nórdico es democrático y utilitario. Sigue la máxima «la forma sigue a la función», como dijo Louis Sullivan, arquitecto de la Escuela de Chicago a principios del s. xx.

Dinamarca ha hecho del diseño una seña de identidad nacional, llegando en ocasiones casi hasta la vulgarización. Es el único país del mundo en el cual he visto que existen las tiendas de souvenirs de diseño. Los productos que se encuentran no son de calidad, como en cualquier tienda de souvenirs, pero desde luego la proliferación de este tipo de tiendas da que pensar. Igual que nosotros vendemos estatuillas de gitanas y toreros, ellos venden

objetos de diseño. Junto a esto, algunas tiendas de diseño son auténticos museos vivos. Quizás la más conocida sea Illum Bollinghus. Reúne lo mejor del diseño no solo danés, sino mundial. La sección de accesorios domésticos y de menaje es el mejor resumen del mejor diseño mundial que pueda encontrarse: aun mejor que la tienda de diseño del MoMA de Nueva York, que pasa por ser el templo del diseño. Probablemente, el héroe nacional danés en este terreno sea Arne Jacobsen, arquitecto, diseñador, autor de mobiliario famosísimo, que hoy en día se ha extendido y es fabricado en serie por medio mundo. Igual que podría hacerse una ruta por Roma siguiendo los pasos de Bernini, podría hacerse lo mismo en Copenhague siguiendo los pasos de Jacobsen (me quedo con el primero, la verdad: ya lo haremos en próximas ocasiones).

Jacobsen fue el autor de un hotel mítico, el SAS Radisson. A pesar de que hoy en día está desvirtuado, aún conserva el mobiliario original en el

vestíbulo y una de las habitaciones –la 606– se ha conservado tal como era originalmente. El restaurante del hotel todavía utiliza la cubertería que este diseñó para el hotel y que utilizó Stanley Kubrick para su película 2001, *Una Odisea del espacio*.

Vámonos ahora de museos. Un prodigio de buen diseño es también uno de los museos más exquisitos que he conocido, a pocos kilómetros de Copenhague: el Louisiana Art Museum. Se trata de un espacio pequeño, situado en la llamada Riviera danesa, a orillas del Oresund. Fundado en 1954 por el industrial y coleccionista Knud Jensen, se sitúa en una pequeña villa decimonónica a la que posteriormente se le añadieron nuevos pabellones. El tamaño del complejo es fundamental, ya que no es ni muy grande ni muy alto. La profusión de galerías acristaladas de los nuevos pabellones hace que el paisaje se integre a la perfección con el continente y el contenido del museo.

“Una de las claves de la confortabilidad y habitabilidad de la ciudad está en la calidad de su mítico diseño”

La poética luz del norte, tenue, blanquecina, baña con un punto lechoso las salas del museo, en las que luce una magnífica colección de escultura del s. xx, que también se extiende por los jardines del edificio, a orillas del lago. Giacometti, Calder, Henry Moore, Joan Miró son algunos de los artistas que pueden admirarse allí, entre los bosques. La colección permanente se centra en el arte posterior a 1945, con gran-

des obras de artistas como Louise Bourgeois, Andy Warhol, Philip Guston o Georg Baselitz. La tienda, como no podía ser de otra manera, es una mina para amantes del diseño y una decepción para amantes de los libros, ya que la sección de librería es pequeña y errática. Bueno: es el signo de los tiempos...

Como te decía, tía, el gran museo de Copenhague, es la Ny Carlsberg Glyptotek. Fundado por la familia Carlsberg –hay que ver lo que da de sí la cerveza. Se creó como un regalo que esta familia decidió entregar a la ciudadanía y como contribución a su educación y delectación. Creado inicialmente como museo de escultura, ofrece auténticas joyas de la Antigüedad: piezas sumerias, asirias, egipcias y una espléndida colección de terracotas etruscas. Posteriormente ha enriquecido sus colecciones con pintura, en especial pintura francesa del impresionismo.

Así, es impresionante la colección de bronce de Degas, la mejor fuera de Francia, o la cantidad y calidad de sus «gauguins» (más de una treintena). Pocos saben que este artista vivió aquí durante todo un invierno y se casó con una danesa.

“Es una ciudad relativamente poco poblada, con amplios espacios y sin agobios”

Después de pasear por los museos, un poquito de gastronomía: evidentemente, la referencia mundial gastronómica de Copenhague en este momento es Noma, con su cocinero Rene Redzepi. Es un tipo de cocina, como la que se lleva ahora, muy parecida a la de Ferran Adrià. Como podrás imaginar, tía, no fui, por varias razones. Una,

porque mi presupuesto no me lo permitía, y otra, porque no estoy convencido de que esta cocina valga lo que cuesta. En cambio, me encantaron esos pequeños restaurantes estilo bistró, con una cocina franco-danesa, con ambiente acogedor, excelente iluminación, buena comida, y buena relación precio-calidad.

No nos podemos ir de Copenhague sin ver su famosa Sirenita, obra de realizada por el escultor Eduard Eriksen inspirada en un cuento de Andersen. Ya sé, tía, que lo que te digo no es la opinión general, pero, desde la primera vez que la ví, nunca le encontré nada especial, salvo un sitio lleno de turistas haciéndose fotos.

Adiós, Copenhague. Me voy, pero estoy seguro de que regresaré. ■



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. Por primera vez una pareja en nuestra revista. Belén y Luis, personas entrañables que comparten el negar la última vez y apostar por la repetición, incluso de Supertramp.



Nombre:

Luis San Molina

Edad:

59 camino de los 60

Actividad profesional y cargo: Psiquiatra y, en la actualidad, Jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues.

El mejor año de su vida: Siempre pienso que puede ser el que está por venir.

De pequeño quería ser... Camionero, cura, médico.

Pasional o racional: Pasionalmente racional.

Comida o cena: Comida en el lugar de trabajo, cena con los amigos y si es posible en petit comité.

Su plato más íntimo: Arroz hervido en casa, no es muy glamoroso pero siento de gloria.

Su color preferido: Rojo

Un defecto: Querer siempre lo mejor, puede resultar muy frustrante.

Bloque personal

Planes de futuro: Todos los proyectos vitales pueden tener cabida pero hay que prepararse para lo que todos sabemos y no queremos mentar.

Salud, trabajo o amor: Me gustaría poder decir 80,20 y 20 pero soy consciente que no puedo cumplirlo.

Un lugar para perderse: Cualquiera si puedo estar solo

Un viaje pendiente: Cuando cumpla 60, irme con mi mujer y mis cuatro hijos y sus parejas, el lugar es lo de menos.

La palabra que más veces utiliza a lo largo del día: Por favor y gracias.

Qué libro regalaría: 'La sombra del viento', es mi obra preferida.

Canción de la que siempre solicitaría dos bises: Muchas de las canciones de Carlos Cano, pero si tuviera que quedarme con una elegiría 'Vestida de nit', de Silvia Pérez Cruz.

Película inolvidable: La Trilogía del Señor de los Anillos.

Su último concierto: Supertramp, en Barcelona.

Diurno o nocturno: Diurno, desde siempre, incluso en plena juventud. La noche es para dormir o soñar.

¿A qué edad se jubilaría? Aquella en que perdiera la ilusión por la vida o por mi profesión.

Bloque profesional

¿Cuánto tiempo lleva dedicándose a la psiquiatría?

Toda la vida, porque siento que es mi vida.

Profesional que más le ha influido: A todos mis maestros y mentores les debo lo que soy. Pero también a aquellos con los que he trabajado y a todos mis pacientes. Solo con su influencia sería lo que soy.

Una depresión es... Una enfermedad que puede ser mortal y quien la ha padecido sabe muy bien lo que significa.

Pelota, caballo o manzana: Aún puedo recordar las tres palabras a corto y largo plazo. Todo un alivio a partir de una determinada edad.

Rorschach o MMPI: MMPI, aunque me maravilla lo que algunos pueden interpretar de un Rorschach.

Amar es... Pensar en el otro como centro de tu vida.

El pecado capital más extendido: La envidia es el peor de los pecados.

Un diván sirve para... Hacer la siesta

Fármaco más importante en la historia de la psiquiatría: La 'serendipity'. La mayoría de fármacos se

han descubierto a partir de estudios sistemáticos que tuvieron su origen en el azar.

Una teoría que explique la conducta humana: La conducta humana es impredecible, individual, compleja, inexplicable, sorprendente,...

Qué tipo de trastorno mental cree que incrementará más su prevalencia en los próximos años. La depresión se constituirá en la primera causa de discapacidad en el mundo

La última vez que... Nunca hay una última vez, siempre volverá a ocurrir sea para bien o para mal.

Característica psíquica que mejor define los tiempos actuales: La manipulación de las personas por todos los medios posibles o la búsqueda del hedonismo sin ningún esfuerzo.

Proverbio o frase/ejemplo ilustrativo que suele utilizar en su consulta: 'No hay que decir todo lo que se piensa, sino pensar todo lo que se dice'. La frase no es mía, fue del Abad Escarré.

El año que viene... Dios dirá...

Un psiquiatra no debería ser... Un charlatán de feria.

**Nombre:**

Belen Arranz

Edad:

Más de 40 y menos de 60.

Actividad profesional y cargo: Psiquiatra en Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

El mejor año de su vida: 2006, cuando estuve un año sabático trabajando en casa y con mucho tiempo para estar con mis hijos.

De pequeña quería ser... Psiquiatra.

Pasional o racional: Racional y metódica.

Comida o cena: Cena.

Su plato más íntimo: No asocio la intimidad con la comida.

Su color preferido: Violeta.

Un defecto: Controladora.

Planes de futuro: Todos.

Salud, trabajo o amor: 60, 10, 30.

Bloque personal

Un lugar para perderse: Una pequeña isla del Mediterráneo.

Un viaje pendiente: La ruta Maya.

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

Qué libro regalaría: Cualquier libro de Murakami, pero si tengo que elegir alguno, IQ84 o Norwegian Wood.

Canción de la que siempre solicitaría dos bises: Hallelujah de Alexandra Burke.

Película inolvidable: La sonrisa de Mona Lisa.

Su último concierto: Supertramp, en Barcelona.

Diurna o nocturna: Diurna.

¿A qué edad se jubilaría? A los 65 años, para tener tiempo para hacer otras muchas cosas.

Bloque profesional

¿Cuánto tiempo lleva dedicándose a la psiquiatría? 20 años.

Profesional que más le ha influido: Mi padre, también psiquiatra.

Una depresión es... Una mala jugada.

Pelota, Caballo o Manzana: Me gustaría que fueran los tres, pero no siempre es así.

Rorschach o MMPI: MMPI.

Amar es... Pensar en el otro por encima de ti mismo.

El pecado capital más extendido: La codicia profesional.

Un diván sirve para... Relaxarse con un buen libro.

Fármaco más importante en la historia de la psiquiatría: Todos son importantes si curan a algún paciente.

Una teoría que explique la conducta humana: Lamentablemente, en estos momentos prevalece la teoría del mínimo esfuerzo.

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

La última vez que... No hay última vez, siempre se puede volver a repetir.

Característica psíquica que mejor define los tiempos actuales: La insatisfacción.

Proverbio o frase/ejemplo ilustrativo que suele utilizar en su consulta: Hay que vivir el presente.

El año que viene... Será mejor que este.

Un psiquiatra no debería ser... Un consejero ni un amigo de los pacientes.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: actualización



J. Antoni Ramos-Quiroga
Servicio de Psiquiatría. Programa de TDAH.
Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.
Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental,
CIBERSAM. Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal.
Facultad de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona

Introducción

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una patología en la que está afectado el neurodesarrollo normal, mostrando una prevalencia elevada tanto en la infancia como en la edad adulta, y que provoca importantes alteraciones en diferentes áreas vitales¹. Hasta hace relativamente poco tiempo se consideraba que el trastorno no se manifestaba más allá de la adolescencia, y después se producía una remisión o desembocaba en otras patologías, como los trastornos de la personalidad. Sin embargo, a partir de finales de la década de 1960, aparecen estudios en los que se demuestra la persistencia de los síntomas en una parte significativa de los adultos que padecen TDAH en la infancia, poniendo de manifiesto la cronicidad del trastorno². Se estima que la proporción en adultos de la población general está entre un 2,5-5%¹. La prevalencia del TDAH en esta población con cualquier otro trastorno psiquiátrico (depresión, ansiedad, trastornos por abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, etc.) se eleva al 10-20%^{1,3,4}.

Manifestaciones clínicas

En los adultos con TDAH las dificultades atencionales y la disfunción ejecutiva se manifiestan por los problemas para organizarse, planificar tareas, establecer prioridades, estructurar el tiempo y terminar los proyectos o las tareas asignadas. Son sujetos que se distraen con suma facilidad, presentan dificultades para focalizar o mantener la atención, muestran olvidos con frecuencia y pierden objetos⁵. La hiperactividad se manifiesta en el adulto como una sensación interior de inquietud motora, dificultad para permanecer sentado

o un movimiento excesivo de manos y pies. Además, tienden a hablar de forma excesiva y con un tono elevado². Los síntomas impulsivos también pueden persistir a lo largo de la vida, generando graves repercusiones sociales, familiares e incluso legales. Muestran dificultad para esperar su turno, responden precipitadamente e interrumpen a los demás. Las decisiones irreflexivas como cambios súbitos de trabajo, las conductas temerarias al volante, las adicciones y las explosiones de ira serán más problemáticas en esta edad². La inestabilidad emocional y las dificultades en el control del temperamento son otros síntomas que no se recogen en los actuales criterios diagnósticos internacionales, pero que son frecuentes en los adultos con TDAH⁶.

En estos adultos, al igual que otras patologías como el trastorno bipolar, es relativamente frecuente observar a lo largo de la vida otros trastornos comórbidos como los trastornos del humor, de la personalidad y los trastornos por abuso de sustancias^{3,7}.

Diagnóstico

El diagnóstico del TDAH en el adulto se fundamenta en la historia clínica del paciente. Actualmente se basa en los criterios diagnósticos de la 5.^a edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5) o bien en los criterios de la *Clasificación internacional de enfermedades*, décima versión (CIE-10). Para el diagnóstico, por vez primera en la edad adulta, es preciso objetivar el inicio de los síntomas desde la infancia, con un curso crónico y un deterioro funcional en diversos ámbitos⁵. Asimismo, se tendrán que poner de manifiesto los síntomas del TDAH en el momento actual y, como siempre, con un deterioro sustancial y consistente en diferentes ámbitos¹.

Para responder a esta última pregunta, es útil poder disponer tanto de la información aportada por el propio sujeto como de la reportada por un familiar directo¹. En tercer lugar, se tendrá que evaluar si los síntomas que refiere el paciente se explican mejor por la presencia de otro trastorno psiquiátrico o médico⁵. Finalmente, es necesario valorar la posible presencia de otros trastornos comórbidos con el propio TDAH⁵.

Entrevistas diagnósticas y escalas de evaluación en adultos con TDAH

Los síntomas de TDAH se pueden evaluar mediante el diagnóstico clínico abierto o entrevistas semiestructuradas y escalas autoadministradas, las cuales pueden ser autorreportes del sujeto y de un observador (p. ej., padres, pareja, etc.).

La Entrevista diagnóstica del TDAH en adultos (DIVA 2.0, por sus siglas en neerlandés) se divide en tres partes que son aplicables en la infancia y en la etapa adulta: criterios para el déficit de atención, criterios para la hiperactividad-impulsividad, y el inicio y la disfunción causada por los síntomas de TDAH⁸. Se proporcionan ejemplos de los tipos de disfunción comúnmente asociados a los síntomas en cinco áreas de la vida diaria: trabajo y educación, relaciones y vida en familia, contactos sociales, tiempo libre y pasatiempos, y seguridad en sí mismo y autoimagen. Siempre que sea posible esta debe llevarse a cabo en presencia de la pareja y/o un familiar, a fin de poder evaluar al mismo tiempo la información colateral (heteroanamnesis) y retrospectiva. Hay una versión en español y catalán de la DIVA 2.0 disponible de forma gratuita en la web www.divacenter.eu.

El *ADHD Rating Scale-IV* es un cuestionario que incluye 18 ítems referidos a los síntomas del DSM-IV. Cada ítem se puntúa de 0 a 3 y se utiliza para determinar la presencia de cada uno de los síntomas en un individuo en el momento actual⁹. Este cuestionario puede ser realizado por un clínico experto o ser autoadministrado tanto al paciente como a un familiar directo. Se ha llevado a cabo una validación del mismo al castellano, observándose que el punto de corte de 24 es el que mejor discrimina el TDAH tipo combinado en adultos, y se propone un punto de corte de 21 en el caso del TDAH tipo inatento sensibilidad².

El *Adult Self-Report Scale (ASRS v1.1)*, versión reducida, es un cuestionario autoadministrado que consta de 6 ítems, desarrollado en conjunto por la OMS y Kessler et al⁹. Los cuatro primeros ítems evalúan los síntomas de inatención y los dos últimos, los síntomas de hiperactividad. En nuestro medio se ha validado en la población clínica adulta y en pacientes con trastornos por uso de sustancias, concluyéndose que es un cuestionario útil en el cribado del TDAH en esta población^{10,11}.

El *Wender Utah Rating Scale (WURS)* es un cuestionario autoadministrado. Este instrumento evalúa de manera retrospectiva la presencia de síntomas de TDAH en la infancia. La versión para el paciente consta de 61 ítems, con una puntuación que va de 0 a 4, de los cuales se han seleccionado 25 ítems por su capacidad para discriminar el TDAH de otros trastornos¹².

Tratamiento

Todo tratamiento médico debe estar orientado en la medicina basada en pruebas (*evidence based medicine*), la cual tiene como objetivo primordial que la actividad médica cotidiana se fundamente en datos científicos y no en suposiciones. Con esto, las decisiones tendrán una base para el uso racional, explícito, juicioso y actualizado de los mejores datos objetivos aplicados al tratamiento de cada paciente.

Tratamiento farmacológico

Existen múltiples fármacos que han mostrado resultados favorables en diversos ensayos clínicos en el tratamiento del TDAH en adultos⁸.

Los fármacos psicoestimulantes son la primera opción terapéutica para el tratamiento del TDAH en adultos en las guías internacionales^{1,13}. A pesar de ello, atomoxetina es el único que dispone de la indicación terapéutica por la *European Medicines Agency (EMA, Agencia Europea del Medicamento)* en pacientes que inicien el tratamiento en la edad adulta⁸. Como fármacos de segunda elección generalmente se consideran bupropión, guanfacina, modafinilo o antidepresivos tricíclicos, es decir, fármacos dopaminérgicos o noradrenérgicos^{1,13}.

Fármacos psicoestimulantes

Los estimulantes (metilfenidato y lisdexanfetamina) han mostrado su efectividad y seguridad en diversos estudios controlados, mejorando no solo los síntomas y el deterioro asociado a la conducta, sino los problemas asociados como la baja autoestima, la irritabilidad, los cambios en el humor, los problemas cognitivos y el funcionamiento social y familiar^{1,13-15}.

Metilfenidato dispone de tres presentaciones diferentes (duración corta, intermedia y prolongada). Es un fármaco que inhibe el transportador presináptico de dopamina y en menor medida de noradrenalina. Su metabolismo es por vía renal. En adultos se recomienda emplear presentaciones de una única dosis diaria, como metilfenidato OROS (duración prolongada: 10 h) o metilfenidato pellets (duración intermedia: 5-8 h)¹³. Se debe iniciar con unas dosis de 0,5 mg/kg y ajustar hasta 1 mg/kg en función de la eficacia y la tolerancia¹. Antes de empezar un tratamiento es preciso valorar la presión arterial y los antecedentes personales de enfermedades cardiovasculares¹³. También es necesario evaluar a nivel familiar la presencia de casos de muerte súbita,

ya que es una contraindicación incrementar el riesgo en el paciente.

Lisdexanfetamina (LDX) es un profármaco de larga duración. Esta molécula se encuentra inactiva hasta que después de su ingestión oral se convierte en l-lisina y d-anfetamina en el tracto gastrointestinal y se transforma en una molécula activa de d-anfetamina en sangre². Esta combinación de moléculas permite una liberación sostenida de d-anfetamina, lo cual ha demostrado una eficacia comparada con placebo 12-13 horas posdosis, tanto en niños como en adultos¹⁶. La dosis de inicio es de 30 mg y debe ajustarse de forma gradual a 50 o 70 mg/día¹⁷. Es un fármaco que inhibe el transportador presináptico de dopamina, favorece la liberación de dopamina a nivel presináptico e inhibe la degradación de esta, por lo que estimula la actividad dopaminérgica de forma global¹⁷. También inhibe el transportador presináptico de noradrenalina. Se metaboliza en el hígado y requiere la misma evaluación de los antecedentes cardiovasculares que metilfenidato¹⁷.

Fármacos no psicoestimulantes

Atomoxetina es un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina y es el fármaco para el TDAH en adultos que dispone de un mayor número de pacientes incluidos en los estudios⁸. Las dosis recomendadas en adultos son entre 80 y 100 mg/día, debiéndose iniciar el tratamiento con 40 mg/día, en una dosis única por la mañana⁸.

Este fármaco ha mostrado su eficacia en adultos con TDAH al compararse con placebo¹⁸. Además, se ha evaluado su eficiencia a largo plazo y como fármaco en la prevención de recaídas de los síntomas del TDAH¹⁹. Se ha estudiado con resultados positivos su eficacia para el control del TDAH en pacientes con fobia social y en los que presentan trastornos por el abuso de alcohol^{20,21}. Puede suspenderse sin necesidad de reducir progresivamente la dosis y sin provocar un síndrome de discontinuación ni síntomas de rebote²². Presenta un buen perfil de efectos secundarios, sin riesgo de abuso del medicamento. Al igual que con los estimulantes, siempre hay que explorar mediante la historia clínica correcta los antecedentes cardiovasculares.

Tratamiento psicológico

Según las recomendaciones europeas, se considera que el tratamiento de los adultos con TDAH debe ser multimodal, combinándose las intervenciones farmacológicas, con las psicológicas y las psicosociales^{1,8,13}. La psicoeducación se considera el primer paso en el plan de tratamiento de estos pacientes. Por otra parte, las intervenciones cognitivo-conductuales son las que han demostrado de forma

clara su eficacia en el manejo del TDAH en adultos, asociadas al tratamiento farmacológico²³. ■

Bibliografía

1. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas Brugué M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*. 2010;10:67. doi:10.1186/1471-244X-10-67.
2. Ramos-quiroya JA, Chalita PJ, Vidal R, Bosch R, Palomar G, Prats L, et al. Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Rev Neurol*. 2012;54(Supl 1):105-15.
3. Van de Glind G, Konstenius M, Koeter MWJ, van Emmerik-van Oortmerssen K, Carpentier PJ, Kaye S, et al. Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: Results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria. *Drug and Alcohol Depend*. 2014;134:158-66. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.09.026. Epub 2013 Oct 5
4. Fernández-Aranda F, Agüera Z, Castro R, Jiménez-Murcia S, Ramos-Quiroya JA, Bosch R, et al. ADHD symptomatology in eating disorders: a secondary psychopathological measure of severity? *BMC Psychiatry*. 2013;13:166. doi:10.1186/1471-244X-13-166.
5. Barkley RA. Challenges in diagnosing adults with ADHD. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(12):e36.
6. Retz W, Stieglitz R-D, Corbisiero S, Retz-Junginger P, Rösler M. Emotional dysregulation in adult ADHD: what is the empirical evidence? *Expert Rev Neurother*. 2012;12:1241-51. doi:10.1586/ern.12.109.
7. Sobanski E. Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;256(Suppl 1):i26-i31. doi:10.1007/s00406-006-1004-4.
8. Ramos-Quiroya JA, Montoya A, Kutzelnigg A, Deberdt W, Sobanski E. Attention deficit hyperactivity disorder in the European adult population: prevalence, disease awareness, and treatment guidelines. *Curr Med Res Opin*. 2013;29(9):1093-104. doi:10.1185/03007995.2013.812961.
9. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. 2005;35(2):245-56.
10. Daigre Blanco C, Ramos-Quiroya JA, Valero S, Bosch R, Roncero C, Gonzalvo B, et al. Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) symptom checklist in patients with substance use disorders. *Actas Esp Psiquiatr*. 2009;37(6):299-305.

11. Ramos-Quiroga JA, Daigre C, Valero S, Bosch R, Gómez-Barros N, Nogueira M, et al. Validation of the Spanish version of the attention deficit hyperactivity disorder adult screening scale (ASRS v. 1.1): a novel scoring strategy. *Rev Neurol*. 2009;48(9):449-52.
12. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 1993;150:885-90.
13. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults; 2008. Disponible en: <http://publications.nice.org.uk/atte>. <http://publications.nice.org.uk/attention-deficit-hyperactivity-disorder-cg72>. Accessed January 5, 2014.
14. Castells X, Ramos-Quiroga JA, Rigau D, Bosch R, Nogueira M, Vidal X, et al. Efficacy of methylphenidate for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a meta-regression analysis. *CNS Drugs*. 2011;25:157-69. doi:10.2165/11539440-000000000-00000.
15. Castells X, Ramos-Quiroga JA, Bosch R, Nogueira M, Casas M. Amphetamines for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;CD007813. doi:10.1002/14651858.CD007813.pub2.
16. Mattingly G. Lisdexamfetamine dimesylate: a prodrug stimulant for the treatment of ADHD in children and adults. *CNS Spectr*. 2010;15:315-25.
17. Dew RE, Kollins SH. Lisdexamfetamine dimesylate: a new option in stimulant treatment for ADHD. *Expert Opin Pharmacother*. 2010;11:2907-13. doi:10.1517/14656566.2010.531009.
18. Michelson D, Adler L, Spencer T, Reimherr FW, West SA, Allen AJ, et al. Atomoxetine in adults with ADHD: two randomized, placebo-controlled studies. *Biol Psychiatry*. 2003;53(2):112-20.
19. Upadhyaya H, Ramos-Quiroga JA, Adler LA, et al. Maintenance of response after open-label treatment with atomoxetine hydrochloride in international European and non-European adult outpatients with attention-deficit/hyperactivity disorder: a placebo-controlled, randomised withdrawal study. *Eur J Psychiatry*. 2013;27(3):185-205. doi:10.4321/S0213-61632013000300004.
20. Adler LA, Liebowitz M, Kronenberger W, Qiao M, Rubin R, Hollandbeck M, et al. Atomoxetine treatment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid social anxiety disorder. *Depress Anxiety*. 2009;26(3):212-21. doi:10.1002/da.20549.
21. Adler L, Wilens T, Zhang S, Durell T, Walker D, Schuh L, et al. Retrospective safety analysis of atomoxetine in adult ADHD patients with or without comorbid alcohol abuse and dependence. *Am J Addict*. 2009;18(5):393-401. doi:10.3109/10550490903077663.
22. Wernicke JF, Adler L, Spencer T, West SA, Allen AJ, Heiligenstein J, et al. Changes in symptoms and adverse events after discontinuation of atomoxetine in children and adults with attention deficit/hyperactivity disorder: a prospective, placebo-controlled assessment. *J Clin Psychopharmacol*. 2004;24(1):30-5.
23. Vidal R, Bosch R, Nogueira M, Casas M, Quiroga JAR. Tratamiento psicológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: revisión sistemática. :1-23.

Interactivos



Esta sección pretende promover la comunicación entre los diferentes asociados, tanto a través de cartas, opiniones o mensajes dirigidos a asepp.revista@gmail.com o mediante nuestra página web. Damos información sobre diferentes páginas web relacionadas con el mundo de la psiquiatría, con una referencia breve a su contenido para que puedan ser utilizadas por el propio psiquiatra o darla a conocer a pacientes y familia.

Detallamos algunas páginas web o documentos formativos que pueden descargarse y que probablemente resultarán de interés para vosotros o para vuestros pacientes.

www.aemps.gob.es

La web de la Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios es una página de enorme interés para todos los profesionales de la salud. Está dividida en diferentes secciones que nos informan detalladamente sobre temas de: vigilancia, investigación clínica, legislación, notificación de sospechas de reacciones adversas, registro de estudios clínicos, notas de seguridad, medicamentos ilegales, etc.

Probablemente su número de visitantes se ha incrementado en los últimos meses en su apartado de «Problemas de suministros de medicamentos», cuando hemos sabido a través de muchos pacientes que han acudido a nuestra consulta desesperados ante la supresión de algunos fármacos. Nos informa de los productos de difícil o imposible obtención (Deanxit®, Tofranil®, Ludiomil®, Eskazine®), de amplio uso en psiquiatría, y de las alternativas disponibles.

www.rehacop.deusto.es

Esta página de la Facultad de Psicología y Educación de la Universidad de Deusto nos permite el acceso a la aplicación Rehacop, un programa de rehabilitación neuropsicológica diseñado para psicosis y esquizofrenia.

Realizado por el equipo formado por **Natalia Ojeda** (directora), **Javier Peña** y **Naroa Ibarretxe**, el Rehacop es una herramienta pionera que ha demostrado su eficacia en el abordaje de los síntomas cognitivos, funcionales y negativos de la enfermedad mental.

Dispone de 300 ejercicios de rehabilitación estructurados en 8 módulos de trabajo: atención, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas, actividades de la vida diaria, habilidades sociales, cognición social y psicoeducación.

www.diariodeuntoc.blogspot.com.es

Poder conocer el relato en primera persona de una enfermedad tan mantenida en silencio como es el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) seguramente resulte de gran utilidad como ejercicio de repaso de nuestros conocimientos teóricos. En este blog, y bajo el seudónimo de Adrián Díaz, se exponen las vivencias y comentarios de un día cualquiera en la vida cotidiana de un paciente con TOC. Puede, asimismo, utilizarse para ofrecérsela a nuestros pacientes en general, como contribución a la normalización de las enfermedades mentales.

www.mindbank.info

Auspiciada por la OMS, Mindbank es una plataforma en línea para el intercambio de recursos esenciales sobre salud mental, abuso de sustancias, discapacidad y derechos humanos, así como sobre las políticas, estrategias, leyes y normas de servicio que se aplican en distintos países. Se enmarca en la iniciativa de la OMS QualityRights, que aspira a acabar con la violación de los derechos humanos que sufren las personas con trastornos mentales.

Los usuarios pueden examinar políticas, leyes y estrategias, y realizar búsquedas de prácticas óptimas y ejemplos de casos que han dado buenos resultados en el campo de la salud mental. Entre otros objetivos hay que citar el facilitar la promoción e impulsar la investigación.

www.somospacientes.com

Somos pacientes es una comunidad que ofrece un espacio compartido de información, participación, formación, servicios y trabajo colaborativo dirigido a todas las asociaciones de pacientes (y discapacitados) de España.

Dotada de un amplio abanico de contenidos, servicios y herramientas para facilitar la interrelación entre las diferentes asociaciones de pacientes. Pretende dotar de información y opinión a pacientes, familiares, profesionales y demás ciudadanos interesados en el mundo de la salud. ■

Psique
Congresos

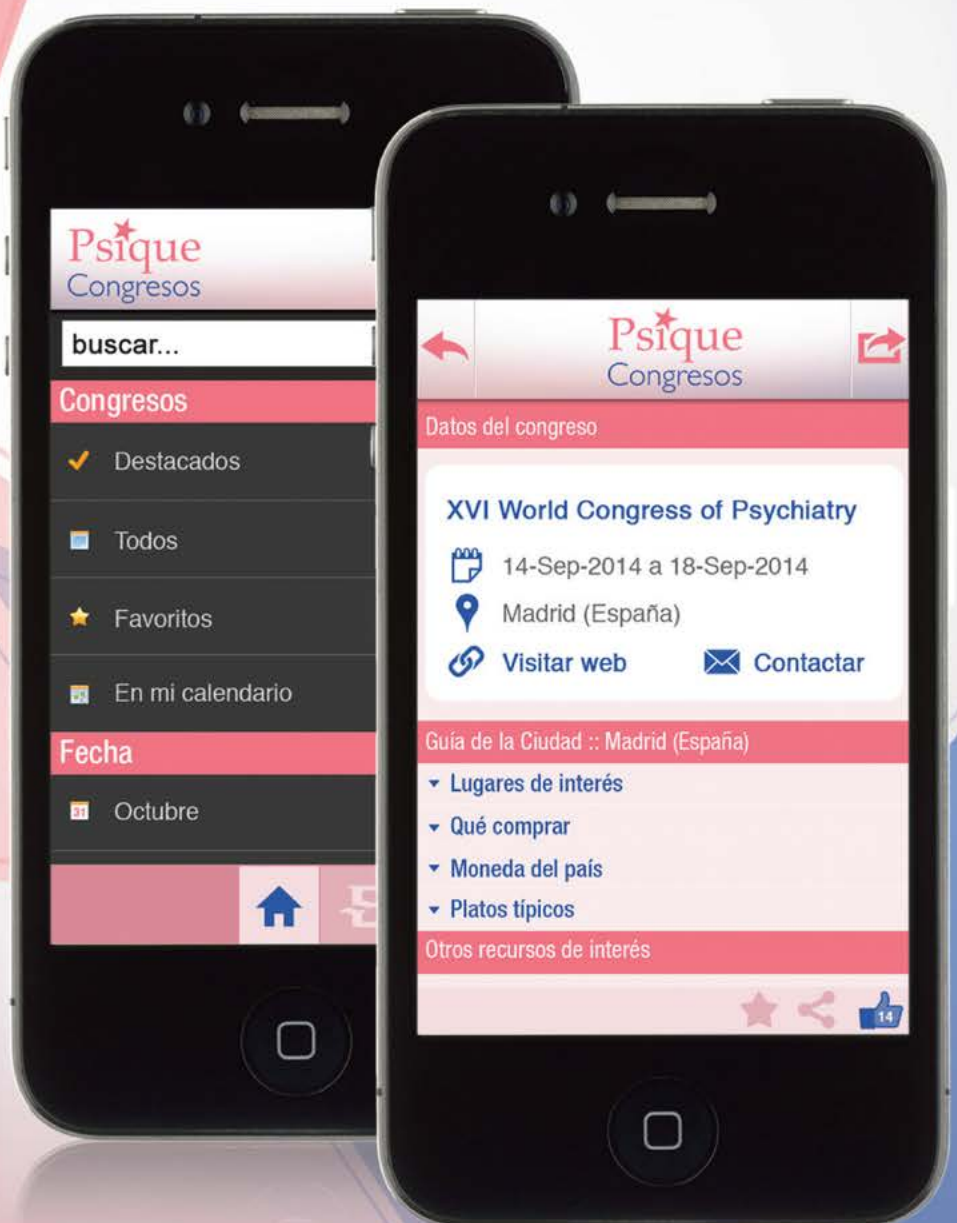
Tu agenda de congresos de *Psiquiatría*

Disponible en el
App Store

 **Google play**



Para obtener el código de acceso
contactar con ESTEVE





Entra

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



Busca

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



Selecciona

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



Guarda

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



Conoce toda la información esencial sobre el congreso con antelación

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

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



Donostia-
San Sebastián
23-24 Mayo
2014



asepp

Asociación Española de Psiquiatría Privada

«UNA CITA OBLIGADA QUE ESPEREMOS DISFRUTÉIS»

VII CONGRESO ASEPP. DONOSTIA-SAN SEBASTIÁN, 23-24 DE MAYO DE 2014

La Asociación Española de Psiquiatría Privada celebra los días 23 y 24 de mayo, en Donostia-San Sebastián, el que ya es su VII Congreso Nacional. Se consolida así el esfuerzo de un amplio grupo de psiquiatras que, hace ya algunos años, entendieron la necesidad de un marco asociativo que recogiera los intereses e inquietudes de los profesionales que ejercían la psiquiatría en el ámbito privado.

El congreso nacional es, sin duda, el acto cumbre de las actividades que ASEPP va desarrollando a lo largo del año en distintas provincias (especialmente en Barcelona y Madrid, por la lógica concentración en el número de socios, pero con la expectativa de que se vaya consolidando en otras provincias), y también un lugar de encuentro insustituible. Al mismo tiempo, hay que cuidar que no implique un paréntesis excesivamente amplio en el trabajo y que permita un acceso a los conocimientos actualizados.

Todos estos son los aspectos que han configurado el motor de la organización del VII Congreso Nacional en Donostia-San Sebastián: conseguir que, en el marco incomparable de una preciosa ciudad de provincias, podamos encontrar elementos significativos de aprendizaje en nuestra formación continuada, al tiempo que intercambiamos experiencias y conocimientos con colegas afines, y estrechamos lazos.

El lema del congreso de este año, «Hacia una práctica de excelencia en

el ejercicio libre de la psiquiatría», es reflejo de la ambición que nos anima, esto es, que nos llevemos a casa, a la vuelta del congreso, herramientas de todo tipo que nos hagan mejores profesionales y que nos permitan tratar a nuestros pacientes desde la mejor actuación posible. No en vano la conferencia inaugural tiene como tema central la ética.

El programa de este año presenta como eje central la visión integral de las diferentes patologías y los diversos abordajes terapéuticos, sin por ello descuidar el acercamiento a nuevas estrategias farmacológicas (que se verán en muchos de los simposios patrocinados). Analizaremos las psicosis desde una nueva perspectiva, la evolutiva, y esperamos que con una mirada crítica. Con ese mismo espíritu trataremos de examinar el abordaje integral de los trastornos afectivos o de los de ansiedad, una patología creciente y que ocupa no poco lugar en nuestras consultas. También veremos las demencias, aunque en una vertiente que a menudo se presenta complicada, el apoyo a las familias o la realidad del abuso. Hemos traído al congreso algunas patologías «olvidadas», como los trastornos de la conducta alimentaria o la disforia de género, y seguimos empeñados en esa medicina holística que nos habla de psicósomática, motivo de una conferencia magistral, y una mirada a un campo específico, la psicooncología, que se verá en un taller. La

psiquiatría, en continuo avance, ha hecho necesaria incluir algunos temas de actualidad, como el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 5.ª edición (DSM-5) o la telepsiquiatría, sin renunciar a los temas legales, siempre de éxito, o a una necesaria reflexión sobre los encuentros y desencuentros entre psicoterapia y psicofarmacología. La petición vigorosa de más espacio para la visión psicoterapéutica, que muchos socios nos hicieron llegar en Sitges, se ve reflejada en el programa.

Como todos los años, la dificultad ha sido más de encajar tiempos que de encontrar profesionales dispuestos a compartir sus conocimientos. Nos preparamos para jornadas intensas, densas de contenidos y con la necesidad de elegir, es inevitable, entre temas que nos interesan.

Es aconsejable venir dispuestos a participar (hay múltiples talleres y eso siempre facilita la interacción), escuchar a otros y con otros, interaccionar, no descansar mucho, buscar tiempo para ver la ciudad (esto va ser lo más difícil), comer bien (esto es lo fácil, la gastronomía de la zona es motivo de orgullo para los donostiarros) y conseguir que estos días dejen un sabor de boca persistente, rotundo y agradable, como un buen vino. ■

Dra. Blanca Morera Pérez
Presidenta del Comité organizador
del VII Congreso Nacional de la
ASEPP

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 2014

Abril

IX Reunión Nacional de Medicina de la Adicción.
Barcelona, 3 de abril de 2014.

XXIII Congreso Nacional de Psiquiatría Legal (SEPL).

Valencia, 2-4 de abril de 2014.

XLI Jornadas Nacionales Socidrogalcohol.

Sevilla, 3-5 abril de 2014.

ECNP School of Child and Adolescent Neuropsychopharmacology.

Venecia, 6-11 de abril de 2014.

X Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad.

Barcelona, 23-25 de abril de 2014.

V Encuentros en Psiquiatría: Conducta Suicida.

Sevilla, 25-26 de abril de 2014.

ISAD. Affective Disorders: integrated approaches for the 21st century.

Berlin, 28-30 de abril de 2014.

Mayo

167th Annual Meeting of the American Psychiatric Association APA 2014.

New York, 3-7 de mayo de 2014.

Society of Biological Psychiatry Annual Meeting 2014.

New York, 8-10 de mayo de 2014.

International Review of Psychosis&Bipolarity.

Atenas, 9-12 de mayo de 2014.

19 International Congress of the A.P.P.A.C (Recent advances in Neuropsychiatric, Psychological and Social Sciences).

Atenas 13-16 de mayo de 2014.

XXI Symposium Internacional sobre Actualizaciones y Controversias en Psiquiatría. «Insight en Psicosis».

Barcelona, 14-15 de mayo de 2014.

V Congreso Nacional de TDAH.

Barcelona, 16-18 de mayo de 2014.



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			

21st Annual International «Stress and Behavior» Neuroscience and Biopsychiatry Conference.

San Petersburgo, 16-19 de mayo de 2014.

VII Congreso Nacional de la Asociación Española de Psiquiatría Privada.

San Sebastián, 23-24 de mayo de 2014.

59º Congreso de Asociación Española de Psiquiatría y Adolescencia.

Santander, 29-31 de mayo de 2014.

Junio

XXVIII Congreso Centroamericano de Psiquiatría.

Bavaro, 4-8 de junio de 2014.

XI Curso de Fases iniciales de los trastornos psicóticos.

Oviedo, 5 de junio de 2014.

14º Debates en Psiquiatría.

Oviedo, 6-7 de junio de 2014.

XVI Jornadas Nacionales de Patología Dual.

Valencia, 12-14 de junio de 2014.

29th CINP Congreso Mundial de Neuropsicofarmacología.

Vancouver, 22-26 de junio de 2014.

International Congress of The Royal College of Psychiatrists.

Londres, 24-27 de junio de 2014.

Conference of The European Association of Psychosomatic Medicine.

Sibiu (Rumania), 25-28 de junio de 2014.

Agosto

14th European Symposium of Suicide & Suicidal Behaviour 2014.

Tallin, 27-30 de agosto de 2014.

Septiembre

XVI World Congress of Psychiatry.

Madrid, 14-18 septiembre de 2014.

6th World Congress on Mental Health and Deafness.

Belfast, 16-19 de septiembre de 2014.

2nd International Conference on Alzheimer's Disease and Dementia.

Valencia, 23-25 de septiembre de 2014.

Octubre

3rd International Congress on Borderline Personality Disorder and Allied Disorders.

Roma, 16-18 de octubre de 2014.

27 th ECNP Congress.

Berlin, 18-21 de octubre de 2014.

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

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 máquinas. **Reacciones adversas. a. Resumen del perfil de seguridad.** Las reacciones adversas notificadas con mayor frecuencia en pacientes tratados con Xeristar fueron: náuseas, cefalea, sequedad de boca, somnolencia y mareos. No obstante, la mayoría de las reacciones adversas frecuentes fueron de leves a moderadas, normalmente comenzaron al inicio del tratamiento, y la mayoría tendieron a remitir con la continuación del tratamiento. **b. Resumen tabulado de reacciones adversas.** La tabla 1 muestra las reacciones adversas comunicadas por notificaciones espontáneas y durante los ensayos clínicos controlados con placebo en pacientes con depresión, trastorno de ansiedad generalizada y dolor neuropático diabético (que incluyeron a un total de 7.819 pacientes, 4.823 tratados con duloxetina y 2.996 con placebo). **Tabla 1: Reacciones adversas.** Estimación de las frecuencias: muy frecuentes ($\geq 1/10$), frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$), poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$), raras ($\geq 1/10.000$ 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.

Tabla 1. Reacciones adversas				
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. Hipernatremia. SIADH ⁶ .	
Trastornos Psiquiátricos				
	Insomnio. Agitación. Disminución de la libido. Ansiedad. Orgasmos anormales. Sueños anormales	Ideación suicida ^{5,7} . Trastornos del sueño. Bruxismo. Desorientación. Apatía.	Comportamiento suicida ^{5,7} . Manía. Alucinaciones. Agresividad e ira ⁴ .	
Trastornos del Sistema Nervioso				
Cefalea (14,4 %) Somnolencia (10,4 %)	Mareos. Letargo. Temblores. Parestesia.	Miclonía. Acatisia ⁷ . Nerviosismo. Alteraciones de la atención. Disgeusia. Discinesia. Síndrome de piernas inquietas. Sueño de baja calidad	Síndrome serotoninérgico ⁶ . Convulsiones ¹ . Inquietud psicomotora ⁶ . Síntomas extrapiramidales ⁵ .	
Trastornos Oculares				
	Visión borrosa.	Midriasis. Trastornos visuales.	Glaucoma.	
Trastornos del Oído y del Laberinto				
	Acúfenos ¹ .	Vértigo. Dolor de oído.		
Trastornos Cardíacos				
	Palpitaciones.	Taquicardia. Arritmia supraventricular, principalmente fibrilación auricular.		
Trastornos Vasculares				
	Aumento de la tensión arterial ³ . Rubor.	Síncope ² . Hipertensión ^{3,7} . Hipotensión ortostática ² . Sensación de frío periférico.	Crisis hipertensivas ^{3,6} .	
Trastornos Respiratorios, Torácicos y Mediastínicos				
	Bostezos.	Espasmos laringeos. Epistaxis.		
Trastornos Gastrointestinales				
Náuseas (24,1 %) Sequedad de boca (13,1 %)	Estreñimiento. Diarrea. Dolor abdominal. Vómitos. Dispepsia. Flatulencia.	Hemorragia gastrointestinal ⁷ . Gastroenteritis. Eructos. Gastritis.	Estomatitis. Hematoquecia. Halitosis.	
Trastornos Hepatobiliares				
		Hepatitis ³ . Aumento de las enzimas hepáticas (ALT, AST, fosfatasa alcalina). Daño hepático agudo.	Fallo hepático ⁶ . Ictericia ⁶ .	
Trastornos de la Piel y del Tejido Subcutáneo				
	Aumento de la sudoración. Erupción.	Sudores nocturnos. Urticaria. Dermatitis de contacto. Sudores fríos. Reacciones de fotosensibilidad. Aumento de la tendencia a que se produzcan hematomas.	Síndrome de Stevens-Johnson ⁶ . Edema angioneurótico ⁶ .	
Trastornos Musculoesqueléticos y del Tejido Conjuntivo				
	Dolor musculoesquelético. Espasmo muscular.	Tensión muscular. Fasciculaciones musculares.	Trismo.	
Trastornos Renales y Urinarios				
	Disuria.	Retención urinaria. Dificultad para comenzar a orinar. Nicturia. Poliuria. Disminución del flujo urinario.	Olor anormal de la orina.	
Trastornos del Aparato Reproductor y de la Mama				
	Disfunción eréctil. Trastorno de la eyaculación. Eyaculación retardada.	Hemorragia ginecológica. Trastornos menstruales. Disfunción sexual.	Síntomas menopáusicos. Galactorrea. Hiperprolactinemia.	
Trastornos Generales y Alteraciones en el Lugar de Administración				
	Fatiga.	Dolor torácico ⁷ . Caídas ⁸ . 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 creatinofosquinasa 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 ideación suicida y comportamiento suicida se notificaron durante el tratamiento con duloxetina o poco después de la interrupción del mismo (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). ⁶ Frecuencia estimada de las notificaciones de reacciones adversas de la vigilancia post-comercialización; no se observaron en ensayos clínicos controlados con placebo. ⁷ Sin diferencias estadísticamente significativas respecto al placebo. ⁸ Las caídas fueron más comunes en pacientes de edad avanzada (≥ 65 años).

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), 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 e IRSN estos acontecimientos son de leve a moderados y autolimitados, sin embargo, en algunos pacientes pueden ser graves y/o prolongados. Se recomienda por lo tanto que cuando ya no sea necesario continuar el tratamiento con duloxetina, se realice una reducción gradual de la dosis (ver secciones "Posología y forma de administración" y "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). En la fase aguda (12 semanas) de tres ensayos clínicos con duloxetina en pacientes con dolor neuropático diabético, se observaron pequeños incrementos, pero estadísticamente significativos, de los niveles de glucemia en ayunas en los pacientes tratados con duloxetina. Los valores de HbA1c permanecieron estables tanto en el grupo tratado con duloxetina como en el grupo tratado con placebo. En la fase de extensión de estos ensayos, de una duración de 52 semanas, se observó un aumento de HbA1c tanto en el grupo tratado con duloxetina como en el de terapia habitual, pero el incremento medio fue de un 0,3% mayor en el grupo tratado con duloxetina. Se observó también un pequeño incremento de la glucemia en ayunas y del colesterol total en el grupo de pacientes tratados con duloxetina mientras que estos parámetros analíticos mostraron una ligera disminución en el grupo de terapia habitual. El intervalo QT corregido en función de la frecuencia cardíaca que presentaron los pacientes tratados con duloxetina no difirió del observado en los pacientes tratados con placebo. No se observaron diferencias clínicamente significativas para los intervalos QT, PR, QRS, o QTcB entre los pacientes tratados con duloxetina y los pacientes tratados con placebo. **Sobredosis.** Se han notificado casos de sobredosis de duloxetina con dosis de 5.400 mg, sola o en combinación con otros medicamentos. Se han notificado algunos casos de sobredosis mortales con duloxetina, principalmente en combinación con otros medicamentos, pero también con duloxetina sola a una dosis de aproximadamente 1.000 mg. Los signos y síntomas de sobredosis (con duloxetina sola o en combinación con otros medicamentos) incluyeron somnolencia, coma, síndrome serotoninérgico, convulsiones, vómitos y taquicardia. No se conoce un antídoto específico para duloxetina, pero si aparece el síndrome serotoninérgico, debe considerarse un tratamiento específico (como con ciproheptadina y/o control de la temperatura). Se debe establecer una vía respiratoria. Se recomienda el control de los signos cardíacos y vitales, junto con apropiadas medidas de apoyo y sintomáticas. El lavado gástrico puede estar indicado si se realiza poco después de la ingestión o en pacientes sintomáticos. El carbón activado puede ser útil para limitar la absorción. La duloxetina tiene un gran volumen de distribución, por lo que es poco probable que la diuresis forzada, la hemoperfusión y la exanguinoperfusión sean beneficiosas. **DATOS FARMACÉUTICOS. Lista de excipientes. Contenido de la cápsula:** Hipromelosa. Succinato acetato de hipromelosa. Sacarosa. Esferas de azúcar. Talco. Dióxido de titanio (E171). Citrato de trietilo. **Cubierta de la cápsula.** 30 mg: Gelatina. Laurilsulfato de sodio. Dióxido de titanio (E171). Índigo 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). Índigo 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 policloruro de trifluoroetileno (PCTFE) sellados con una lámina de aluminio. Xeristar 30 mg está disponible en envases de 7 y 28 cápsulas. Xeristar 60 mg está disponible en envases de 28, 56, 84, 98, 100 (cada envase contiene 5 estuches de 20 cápsulas) y 500 cápsulas (cada envase contiene 25 estuches de 20 cápsulas). Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones.** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Eli Lilly Nederland BV, Groostslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Holanda. **NÚMERO(S) DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Xeristar 30 mg: EU/1/04/297/001; EU/1/04/297/006; Xeristar 60 mg: EU/1/04/297/002; EU/1/04/297/003; EU/1/04/297/004; EU/1/04/297/005; EU/1/04/297/007; EU/1/04/297/008. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN / RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Fecha de la primera autorización: 17 de diciembre de 2004. Fecha de la última renovación: 24 de junio de 2009. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO. Julio 2011.** La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>. **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.** Financiada. Aportación reducida. **PRESENTACIÓN Y PRECIOS.** Xeristar 30 mg cápsulas duras gastroresistentes 28 cápsulas duras: P.V.P. 29,80 €; P.V.P. IVA 30,99 €; 7 cápsulas duras: P.V.P. 7,45 €; P.V.P. IVA 7,74 €. Xeristar 60 mg cápsulas duras gastroresistentes 28 cápsulas duras: P.V.P. 47,67 €; P.V.P. IVA 49,58 €. Comercializado por **ESTEVE**.

ESTEVE

www.esteve.com



NOMBRE DEL MEDICAMENTO Prometax
4,6 mg/24 h parche transdérmico Prometax
9,5 mg/24 h parche transdérmico **COMPO-**
SICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Prometax 4,6 mg/24 h parche transdérmico: Cada parche transdérmico libera 4,6 mg de rivastigmina en 24 horas. Cada parche transdérmico de 5 cm² contiene 9 mg de rivastigmina. **Prometax 9,5 mg/24 h parche transdérmico:** Cada parche transdérmico libera 9,5 mg de rivastigmina en 24 horas. Cada parche transdérmico de 10 cm² contiene 18 mg de rivastigmina. Para consultar la lista completa de excipientes, ver "Lista de Excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA** Parche transdérmico. **Prometax 4,6 mg/24 h parche transdérmico:** Parche transdérmico fino, de tipo matricial, compuesto por tres capas. La capa externa es de color beis y está marcada con «Prometax», «4,6 mg/24 h» y «AMCX». **Prometax 9,5 mg/24 h parche transdérmico:** Parche transdérmico fino, de tipo matricial, compuesto por tres capas. La capa externa es de color beis y está marcada con «Prometax», «9,5 mg/24 h» y «BHD».

DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave. **Posología y forma de administración** El tratamiento debe ser iniciado y estar supervisado por un médico experimentado en el diagnóstico y tratamiento de la demencia de Alzheimer. El diagnóstico debe basarse en las directrices actuales. Como con cualquier tratamiento en pacientes con demencia, sólo debe iniciarse el tratamiento con rivastigmina si se dispone de un cuidador que regularmente administre y controle el tratamiento.

Posología

Parches transdérmicos	Tasa de liberación de rivastigmina en 24 h
Prometax 4,6 mg/24 h	4,6 mg
Prometax 9,5 mg/24 h	9,5 mg

Dosis inicial Se inicia el tratamiento con 4,6 mg/24 h. **Dosis de mantenimiento** Tras un mínimo de cuatro semanas de tratamiento, y si el médico responsable del tratamiento considera que lo tolera bien, la dosis de 4,6 mg/24 h puede aumentarse a 9,5 mg/24 h, que es la dosis efectiva recomendada y que se debe utilizar mientras el paciente continúe demostrando beneficio terapéutico. 9,5 mg/24 h es la dosis diaria efectiva que se debe utilizar mientras el paciente continúe demostrando beneficio terapéutico. El beneficio clínico de rivastigmina debe ser evaluado periódicamente. También debe considerarse la discontinuación cuando ya no exista evidencia de efecto terapéutico a la dosis óptima. Si se observan reacciones adversas gastrointestinales, debe interrumpirse el tratamiento temporalmente hasta que se hayan resuelto estas reacciones adversas. El tratamiento con el parche transdérmico puede reiniciarse a la misma dosis si no se ha interrumpido más de tres días. En caso contrario, el tratamiento debe iniciarse con 4,6 mg/24 h. **Cambio de cápsulas o solución oral a parches transdérmicos** Debido a que con la administración oral y transdérmica se obtiene una exposición comparable a rivastigmina, los pacientes en tratamiento con Prometax cápsulas o solución oral pueden cambiarse a Prometax parches transdérmicos como se indica a continuación: - un paciente con una dosis oral de 3 mg/día de rivastigmina puede cambiarse a parches transdérmicos de 4,6 mg/24 h. - un paciente con una dosis oral de 6 mg/día de rivastigmina puede cambiarse a parches transdérmicos de 4,6 mg/24 h. - un paciente con una dosis oral estable y bien tolerada de 9 mg/día de rivastigmina puede cambiarse a parches transdérmicos de 9,5 mg/24 h. Si la dosis oral de 9 mg/día no ha sido estable y bien tolerada, se recomienda cambiar a parches transdérmicos de 4,6 mg/24 h. - un paciente con una dosis oral de 12 mg/día de rivastigmina puede cambiarse a parches transdérmicos de 9,5 mg/24 h. Tras el cambio a los parches transdérmicos de 4,6 mg/24 h y asegurándose de que se toleran bien durante un mínimo de cuatro semanas de tratamiento, la dosis de 4,6 mg/24 h se debe aumentar a 9,5 mg/24 h, que es la dosis efectiva recomendada. Se recomienda aplicar el primer parche transdérmico al día siguiente de haber tomado la última dosis oral. **Poblaciones especiales:** -Población pediátrica: Prometax no debe utilizarse en la población pediátrica para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. -Pacientes con peso corporal inferior a 50 kg: Se debe tener especial atención en la titulación a dosis superiores a la dosis efectiva recomendada de 9,5 mg/24 h en pacientes con peso corporal inferior a 50 kg (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Estos pacientes pueden experimentar más reacciones adversas y tienen más probabilidad de discontinuar el tratamiento debido a reacciones adversas. - Insuficiencia hepática: No es necesario un ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia hepática. Sin embargo, debido a un aumento en la exposición al fármaco en estas poblaciones de pacientes, como se ha observado en las formas orales, las recomendaciones de dosificación deben ser controladas cuidadosamente para ajustarse a la tolerancia individual en este grupo de pacientes, ya que los pacientes con insuficiencia hepática clínicamente significativa pueden experimentar más reacciones adversas. No se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia hepática grave (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). - Insuficiencia renal: No es necesario un ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal. Sin embargo, debido a un aumento en la exposición al fármaco en estas poblaciones de pacientes, como se ha observado en las formas orales, las recomendaciones de dosificación deben ser controladas cuidadosamente para ajustarse a la tolerancia individual en este grupo de pacientes, ya que los pacientes con insuficiencia renal clínicamente significativa pueden experimentar más reacciones adversas (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Forma de administración** Los parches transdérmicos se deben aplicar una vez al día sobre la piel intacta, sana, limpia, seca y sin pelo de la zona alta o baja de la espalda, de la parte superior del brazo o pecho o en una zona donde no roce con la ropa ajustada. No se recomienda aplicar el parche transdérmico ni en el muslo ni en el abdomen, debido a que se ha observado una disminución de la biodisponibilidad de rivastigmina cuando el parche transdérmico se utiliza en estas zonas del cuerpo. No debe utilizarse el parche transdérmico sobre la piel enrojecida, irritada o con cortes. Se debe evitar repetir exactamente la misma zona de piel para la aplicación del parche transdérmico al menos durante 14 días para minimizar el riesgo potencial de irritación de piel. **Se debe instruir a los pacientes y cuidadores de las importantes instrucciones de administración:** - Cada día se debe retirar el parche del día anterior antes de aplicar un nuevo parche (ver "Sobredosis"). - El parche debe sustituirse por uno nuevo cada 24 horas. Sólo debe llevarse un parche al mismo tiempo (ver "Sobredosis"). - El parche transdérmico debe aplicarse presionando firmemente contra la piel con la palma de la mano durante un mínimo de

30 segundos hasta que los bordes estén bien pegados. - Si el parche se desprende, se debe aplicar uno nuevo durante el resto del día, y debe ser reemplazado a la hora habitual el siguiente día. - El parche puede utilizarse en todas las situaciones cotidianas, incluso durante el baño o épocas calurosas. - El parche no se debe exponer a ninguna fuente externa de calor (p.ej. excesiva luz solar, saunas, solarío) durante un periodo de tiempo largo. - El parche no debe cortarse en trozos. **Contraindicaciones** El uso de este medicamento está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida al principio activo rivastigmina, a otros derivados del carbamato o a alguno de los excipientes incluidos en Lista de excipientes. Historia previa de reacciones en el lugar de la aplicación sugestiva de dermatitis alérgica de contacto con parches de rivastigmina (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo") **Advertencias y precauciones especiales de empleo** La incidencia y gravedad de las reacciones adversas aumentan generalmente al aumentar la dosis, especialmente en los periodos de ajuste de dosis. Si se interrumpe el tratamiento durante tres días, debe reiniciarse con 4,6 mg/24 h. **Mal uso del medicamento y errores en la dosificación que producen sobredosis.** El mal uso del medicamento y errores en la dosificación con Prometax parche transdérmico han llevado a reacciones adversas graves, algunos casos han requerido hospitalización, y raramente pueden tener consecuencias fatales (ver "Sobredosis"). La mayoría de los casos de mal uso del medicamento y errores en la dosificación estaban relacionados con no retirar el parche viejo cuando se aplicaba el nuevo y el uso de múltiples parches al mismo tiempo. Se debe instruir a los pacientes y a sus cuidadores de las importantes instrucciones de administración de Prometax parches transdérmicos (ver "Posología y forma de administración"). - **Trastornos gastrointestinales.** Pueden producirse trastornos gastrointestinales dosis-dependientes, como náuseas, vómitos y diarrea, al inicio del tratamiento y/o al aumentar la dosis (ver "Reacciones Adversas"). Estas reacciones adversas ocurren con más frecuencia en mujeres. Los pacientes que experimenten signos o síntomas de deshidratación debidos a vómitos o diarrea prolongados pueden ser controlados con fluidos intravenosos y reducción o discontinuación de dosis si son reconocidos y tratados rápidamente. La deshidratación puede asociarse con consecuencias graves. - **Pérdida de peso:** Los pacientes con enfermedad de Alzheimer pueden perder peso mientras estén tomando inhibidores de las colinesterasas, como la rivastigmina. Durante el tratamiento con Prometax parches transdérmicos debe monitorizarse el peso del paciente. - **Otras reacciones adversas:** Se recomienda precaución al recetar Prometax parche transdérmico: - a pacientes con síndrome del nodo sinusal o trastornos de la conducción (bloqueo sinoauricular o bloqueo aurículoventricular) (ver "Reacciones Adversas"). - a pacientes con úlcera gástrica o duodenal activa o con predisposición a estas enfermedades, ya que la rivastigmina puede provocar un aumento en las secreciones gástricas (ver "Reacciones Adversas"). - a pacientes predispuestos a una obstrucción urinaria y convulsiones, ya que los colinérgicos pueden inducir o exacerbar estas enfermedades. - a pacientes con antecedentes de asma o enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC). - **Reacciones de la piel en el lugar de la aplicación:** Las reacciones de la piel en el lugar de la aplicación pueden aparecer con los parches de rivastigmina y generalmente son de intensidad leves a moderada. Se debe instruir adecuadamente a los pacientes y cuidadores. Estas reacciones adversas no son por sí mismas una indicación de sensibilización. Sin embargo, el uso de los parches de rivastigmina puede producir dermatitis alérgica de contacto. Se debe sospechar de dermatitis alérgica de contacto si la reacción en el lugar de la aplicación se extiende más allá del tamaño del parche, si hay evidencia de una reacción local más intensa (tales como eritema en aumento, edema, pápulas, vesículas) y si los síntomas no mejoran significativamente durante las 48 horas después de retirar el parche. En estos casos se debe interrumpir el tratamiento (ver "Contraindicaciones"). Los pacientes que experimenten reacciones en el lugar de la aplicación sugestivas de dermatitis alérgica de contacto a los parches de rivastigmina y que aún necesiten ser tratados con rivastigmina solo se deben cambiar a las formas orales de rivastigmina después de dar negativo en las pruebas de alergia y bajo monitorización médica cuidadosa. Puede que algunos pacientes sensibilizados a rivastigmina por exposición a los parches de rivastigmina, no puedan tomar ninguna forma de rivastigmina. Han habido notificaciones post-comercialización raras en pacientes que experimentaron reacciones de hipersensibilidad diseminadas de la piel cuando se les administró rivastigmina, independientemente de la vía de administración (oral, transdérmica). En estos casos se debe interrumpir el tratamiento (ver "Contraindicaciones"). **Otras advertencias y precauciones:** La rivastigmina puede exacerbar o inducir síntomas extrapiramidales. Debe evitarse el contacto con los ojos tras manipular Prometax parches transdérmicos. Después de retirar el parche las manos se deben lavar con jabón o agua. En caso de contacto con los ojos o si los ojos se enrojecen después de manipular el parche, se deben lavar inmediatamente con abundante agua y pedir consejo médico si los síntomas no se resuelven. **Poblaciones especiales:** Los pacientes con peso corporal inferior a 50 kg pueden experimentar más reacciones adversas, y es más probable que interrumpen el tratamiento por esta causa (ver "Posología y forma de administración"). Se debe titular y monitorizar cuidadosamente a estos pacientes de reacciones adversas (p. ej. náuseas o vómitos excesivos) y si aparecen estos efectos adversos considerar la reducción de la dosis de mantenimiento al parche transdérmico de 4,6 mg/24 h. - Insuficiencia hepática: Los pacientes con insuficiencia hepática clínicamente significativa pueden experimentar más reacciones adversas (ver "Posología y forma de administración"). En estos pacientes se debe considerar el uso de los parches transdérmicos de 4,6 mg/24 h tanto como dosis inicial como dosis **máxima**. - Insuficiencia renal: Los pacientes con insuficiencia renal clínicamente significativa pueden experimentar más reacciones adversas (ver "Posología y forma de administración"). En estos pacientes se debe considerar el uso de los parches transdérmicos de 4,6 mg/24 h tanto como dosis inicial como dosis **máxima**. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** No se han realizado estudios de interacciones específicas con Prometax parches transdérmicos. Como inhibidor de las colinesterasas, la rivastigmina puede potenciar excesivamente los efectos de los relajantes musculares del tipo succinilcolina durante la anestesia. Se recomienda seleccionar cuidadosamente los agentes anestésicos. Si es necesario, debe considerarse un ajuste de dosis o una interrupción temporal del tratamiento. Teniendo en cuenta sus efectos farmacodinámicos, la rivastigmina no debe administrarse junto con otras sustancias colinérgicas, y además podría interferir con la actividad de medicamentos anticolinérgicos. En ensayos con voluntarios sanos, no se observó interacción farmacocinética entre la rivastigmina por vía oral y digoxina, warfarina, diazepam o fluoxetina. El aumento del tiempo de protrombina inducido por la warfarina no está afectado por la administración oral de rivastigmina. No se observaron efectos adversos sobre la conducción cardíaca tras la administración concomitante de digoxina y rivastigmina por vía oral. No se detectaron alteracio-

nes en la farmacocinética de la rivastigmina ni un aumento del riesgo de sus efectos adversos clínicamente significativos tras la administración concomitante de rivastigmina con medicamentos recetados frecuentemente, tales como antiácidos, antieméticos, antihipertensivos de acción central, betabloqueantes, bloqueantes de los canales de calcio, agentes inotrópicos, antianginosos, antiinflamatorios no esteroideos, estrógenos, analgésicos, benzodiazepinas y antihistamínicos. Teniendo en cuenta las características de su metabolismo, las interacciones metabólicas con otros medicamentos parecen poco probables, aunque la rivastigmina puede inhibir el metabolismo de otras sustancias mediado por la butirilcolinesterasa. **Fertilidad, embarazo y lactancia** Embarazo No se dispone de datos clínicos sobre embarazos expuestos a rivastigmina. En estudios de toxicidad peri/postnatal en ratas, se observó un aumento en la duración de la gestación. La rivastigmina no debe utilizarse durante el embarazo salvo que sea claramente necesario. **Lactancia** En animales la rivastigmina se excreta en la leche materna. En humanos se desconoce si la rivastigmina se excreta en la leche materna; por tanto, las pacientes tratadas con rivastigmina no deben dar el pecho a sus hijos. **Fertilidad** No se observaron efectos sobre la fertilidad o el desarrollo embrionario en ratas y conejos, excepto con dosis que inducen toxicidad materna. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** La enfermedad de Alzheimer puede provocar un deterioro gradual de la capacidad para conducir o comprometer la capacidad para utilizar máquinas. Además, la rivastigmina puede provocar síncope o delirios. Por lo tanto, la influencia de rivastigmina sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es pequeña o moderada. Por tanto, en pacientes con demencia tratados con rivastigmina, el médico debe evaluar regularmente la capacidad para seguir conduciendo o manejando maquinaria compleja. **Reacciones adversas Resumen del perfil de seguridad** Las reacciones de la piel en el lugar de la aplicación (generalmente eritemas en el lugar de la aplicación de leves a moderados) son las reacciones adversas más frecuentes observadas con el uso de Prometax parche transdérmico. Las siguientes reacciones adversas más frecuentes son de naturaleza gastrointestinal, incluyendo náuseas y vómitos. Las reacciones adversas de la Tabla 1 se ordenan según el sistema de clasificación por órganos y sistemas MedDRA y por la categoría de frecuencia. Las categorías de frecuencia se definen utilizando la siguiente convención: muy frecuentes ($\geq 1/10$); frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/100$); poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$); raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$); muy raras ($< 1/10.000$) y frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). La Tabla 1 muestra las reacciones adversas registradas en 854 pacientes con demencia de Alzheimer tratados con Prometax parches transdérmicos durante 24-48 semanas en ensayos clínicos aleatorizados doble ciego, controlado con placebo y comparador activo, y a partir de los datos postcomercialización.

Tabla 1

Infecciones e infestaciones	
Frecuentes:	Infecciones del tracto urinario
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	
Frecuentes:	Anorexia, disminución del apetito
Poco frecuentes:	Deshidratación
Trastornos psiquiátricos	
Frecuentes:	Ansiedad, depresión, delirio, agitación
Poco frecuentes:	Agresión
No conocida:	Alucinaciones, intranquilidad
Trastornos del sistema nervioso	
Frecuentes:	Dolor de cabeza, síncope, mareo
Poco frecuentes:	Hiperactividad psicomotora
Muy raras:	Síntomas extrapiramidales
No conocida:	Empeoramiento de la enfermedad de Parkinson, convulsiones
Trastornos cardíacos	
Poco frecuentes:	Bradicardia
No conocida:	Bloqueo atrioventricular, fibrilación atrial, taquicardia y síndrome del nodo sinusal
Trastornos vasculares	
No conocida:	Hipertensión
Trastornos gastrointestinales	
Frecuentes:	Náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal
Poco frecuentes:	Úlcera gástrica
No conocida:	Pancreatitis
Trastornos hepatobiliares	
No conocida:	Hepatitis, pruebas de función hepática elevadas
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	
Frecuentes:	Rash
No conocida:	Prurito, eritema, urticaria, ampollas, dermatitis alérgica, reacciones de hipersensibilidad diseminadas de la piel
Trastornos renales y urinarios	
Frecuentes:	Incontinencia urinaria
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	
Frecuentes:	Reacciones cutáneas en el lugar de administración (p. ej. eritema prurito, edema, dermatitis, irritación), estados de astenia (p. ej. fatiga, astenia), pirexia, disminución de peso
Rara:	Caídas

Descripción de las reacciones adversas seleccionadas: En el ensayo clínico controlado con placebo anteriormente mencionado, con dosis mayores a las de 13,3 mg/24 h, se observaron con mayor frecuencia insomnio, y fallo cardíaco que con 13,3 mg/24 h o placebo, lo que sugiere una relación dosis-dependiente. Sin embargo, estos efectos no se produjeron con una mayor frecuencia con la dosis alta de Prometax parches transdérmicos que con placebo. Las siguientes reacciones adversas sólo se

han observado con Prometax cápsulas y solución oral, pero no en los ensayos clínicos con Prometax parches transdérmicos: somnolencia, malestar, temblor, confusión, aumento de la sudoración (frecuentes); úlcera duodenal, angina de pecho (raras); hemorragia gastrointestinal, (muy rara); y algunos casos de vómitos graves asociados con ruptura de esófago (frecuencia no conocida, no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Irritación de la piel** En un ensayo clínico doble ciego controlado con placebo de 24 semanas de duración las reacciones cutáneas se evaluaron en cada visita utilizando una escala de medida de la irritación cutánea que valora el grado de gravedad de los siguientes síntomas en el lugar de administración: eritema, edema, descamación, fisuras, prurito y dolor/picor/ardor. El síntoma más frecuentemente observado fue el eritema que desaparece a las 24 horas en la mayoría de los pacientes. En el ensayo doble ciego de 24 semanas, los síntomas más frecuentes (escala de irritación cutánea) con Prometax 9,5 mg/24 h parches transdérmicos fueron eritema muy leve (21,8%), leve (12,5%) o moderado (6,5%) y prurito muy leve (11,9%), leve (7,3%) o moderado (5,0%). Los síntomas graves más frecuentes con Prometax 9,5 mg/24 h parches transdérmicos fueron prurito (1,7%) y eritema (1,1%). La mayoría de las reacciones cutáneas se limitaron al lugar de administración y sólo causaron la interrupción del tratamiento en el 2,4% de los pacientes del grupo de Prometax 9,5 mg/24 h parche transdérmico. En un ensayo clínico controlado con activo de 48 semanas de duración los casos de irritación cutánea fueron recogidos como reacciones adversas notificadas por los pacientes o cuidadores. Los casos de irritación cutánea que fueron notificados más frecuentemente durante las primeras 24 semanas del periodo doble ciego con la dosis alta de Prometax parches transdérmicos fueron, respectivamente, eritema en el lugar de administración (5,7% frente a 4,6%) y prurito en el lugar de administración (3,6% frente a 2,8%). Los porcentajes disminuyeron en ambos grupos de tratamiento con la dosis alta de Prometax parches transdérmicos con el tiempo (>24 semanas): eritema en el lugar de administración (0,8% frente a 1,6%) y prurito en el lugar de administración (0,4% frente a 1,2%), respectivamente. El prurito en el lugar de administración llevó a la discontinuación en 1,1% de los pacientes de cada uno de los grupos de tratamiento durante el total de la fase de tratamiento doble ciego de 24 semanas. Las reacciones en el lugar de administración fueron mayoritariamente leves a moderadas en gravedad y fueron clasificadas como graves en menos del 2% de los pacientes. Debido a la diferencia de los métodos utilizados para recoger el índice de casos de irritación cutánea, no se puede hacer una comparación directa en cada uno de estos estudios. **Sobredosis Síntomas** En la mayoría de los casos, la sobredosis accidental de rivastigmina por vía oral no se ha asociado con signos o síntomas clínicos, y en casi todos los casos los pacientes continuaron el tratamiento con rivastigmina. En los casos sintomáticos, se produjeron náuseas, vómitos, diarrea, hipertensión o alucinaciones. Debido al efecto vagotónico conocido de los inhibidores de la colinesterasa sobre la frecuencia cardíaca, pueden producirse también bradicardia y/o síncope. En un caso de ingestión de 46 mg de rivastigmina, tras un tratamiento conservador, el paciente se recuperó totalmente al cabo de 24 horas. Durante la fase de post-comercialización se ha notificado sobredosis con Prometax parche transdérmico como resultado del mal uso/errores en la dosificación (administración de múltiples parches al mismo tiempo). Los síntomas típicos notificados entre estos casos son similares a los vistos en los casos de sobredosis asociada con las formulaciones orales de Prometax. **Tratamiento** Debido a que la semivida de eliminación plasmática de la rivastigmina es de aproximadamente 3,4 horas, mientras que la duración de la inhibición de la acetilcolinesterasa es de aproximadamente 9 horas, en caso de sobredosificación asintomática se recomienda retirar inmediatamente cualquier Prometax parches transdérmicos y no utilizar ninguno nuevo durante las 24 horas siguientes. En sobredosis acompañadas de náuseas y vómitos graves, debe considerarse el uso de antieméticos. Debe efectuarse el tratamiento sintomático de otros efectos adversos, si se considera necesario. En sobredosis masivas puede utilizarse atropina. Se recomienda una dosis inicial de 0,03 mg/kg de sulfato de atropina por vía intravenosa, y elegir las dosis posteriores en función de la respuesta clínica. No se recomienda el uso de escopolamina como antídoto. **DATOS FARMACÉUTICOS** Lista de excipientes Lámina externa: - lámina de polietileno tereftalato lacada, Reservorio del medicamento: - alfa-tocoferol, - poli-(butilmetacrilato, metilmetacrilato), - copolímero acrílico. Matriz adhesiva: - alfa-tocoferol, - aceite de silicona, - dimeticona. Lámina de liberación: - película de poliéster recubierta de fluoropolímero. **Incompatibilidades** Para evitar interferencias con las propiedades adhesivas del parche transdérmico, no deber usarse ninguna crema, loción o polvos en la zona de la piel donde se vaya a aplicar el parche. **Periodo de validez** 2 años **Precauciones especiales de conservación** No conservar a temperatura superior a 25°C. Conservar el parche transdérmico dentro del sobre hasta su uso. **Naturaleza y contenido del envase** Cada sobre, diseñado a prueba de niños, está fabricado de un material multilaminado de papel/poliéster /aluminio/poliacrilonitrilo. Cada sobre contiene un parche transdérmico. Se encuentran disponibles en envases que contienen 7 ó 30 sobres y en multienvases que contienen 60 ó 90 sobres. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación** Los parches transdérmicos utilizados se deben doblar por la mitad, con el lado adhesivo hacia dentro, meterlo en el sobre original y tirar de forma segura y fuera del alcance y vista de los niños. La eliminación de parches transdérmicos utilizados o no utilizados se realizará de acuerdo con las normativas locales o devuelto a la farmacia. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Novartis Europharm Limited, Wimbleshurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB Reino Unido **NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** EU/1/98/092/019-022, EU/1/98/092/023-026 **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** Fecha de la primera autorización: 04.12.1998, Fecha de la última renovación: 04.12.2008 **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** 01.2013. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu> **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Medicamento sujeto a prescripción médica restringida. Diagnóstico hospitalario. **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD** Financiado. Aportación normal. **PRESENTACIÓN Y PRECIOS** Prometax 4,6 mg/24 h parche transdérmico, envase de 30 parches transdérmicos: PVP = 65,93 € PVP +IVA = 68,56 €. Prometax 4,6 mg/24 h parche transdérmico, envase de 60 parches transdérmicos: PVP = 131,85 € PVP +IVA = 137,13 €. Prometax 9,5 mg/24 h parche transdérmico, envase de 60 parches transdérmicos: PVP = 131,85 € PVP +IVA = 137,13 €. Con licencia de Novartis Farmacéutica, S.A. Comercializado por ESTEVE, Avda. Mare de Déu de Montserrat, 221-08041 Barcelona

Con licencia de Novartis Farmacéutica S.A.

Un tratamiento
redondo
a un precio
redondo

-40%
PVP

 **Prometax**[®]
Parche transdérmico
RIVASTIGMINA

1 al día

Tratamiento de la enfermedad
de Alzheimer leve
a moderadamente grave

Ahora la marca original a precio de genérico.



Xeristar[®] 60mg
duloxetina HCl

En depresión,
mejoría integral hacia la
recuperación funcional

