



- **ANTIDEPRESIVOS: MÁS SOBRE EL METAANÁLISIS DE CIPRIANI**
- **ATAQUES CARDIACOS, ANTIDEPRESIVOS Y SUPERVIVENCIA**
- **EFFECTOS SECUNDARIOS DEL METILFENIDATO EN POBLACIÓN INFANTIL Y JUVENIL**
- **SUPRESIÓN DE LA MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA EN PRIMEROS EPISODIOS: SEGUIMIENTO A 10 AÑOS**
- **INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS Y TRATAMIENTO DEL T BIPOLAR**
- **PRESCRIPCIÓN SENSATA DE BENZODIACEPINAS**
- **PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES Y USO DE SUPLEMENTOS DE MICRONUTRIENTES DURANTE EL EMBARAZO**
- **EFFECTOS SECUNDARIOS PSIQUIÁTRICOS DE LOS FÁRMACOS NO PSIQUIÁTRICOS**
- **REVISIONES SISTEMÁTICAS: SU UTILIDAD E INTERPRETACIÓN**
- **LOS MEDICAMENTOS MÁS VENDIDOS DEL MUNDO**
- **PERSPECTIVA DE GENERO Y TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**
- **OBITUARIO: ANTONIO COLODRÓN**
- **PUBLICIDAD: II JORNADAS DE EVOLUCIÓN Y NEUROCIENCIA**

ANTIDEPRESIVOS: MÁS SOBRE EL METAANÁLISIS DE CIPRIANI

En nuestro boletín de febrero dábamos cuenta del metaanálisis publicado en Lancet por Cipriani y cols sobre la eficacia de los antidepresivos. Y ya el 9 de marzo, el BMJ se hacía eco con [este editorial](#) en el que abundan acerca de consideraciones que ya avanzábamos: muchos datos, pero pocas respuestas. Y una importante tergiversación de los resultados del mismo a la hora de ser transmitidos a la opinión pública.



BMJ 2018;360:k1073 doi: 10.1136/bmj.k1073 (Published 9 March 2018)

Page 1 of 2



EDITORIALS

Effectiveness of antidepressants

Lots of useful data but many important questions remain

James McCormack *professor*¹, Christina Korownyk *associate professor*²

Entre otras cosas, este metaanálisis no da respuestas a:

- El efecto de los ATD sobre la depresión leve.
- Los efectos de los ATD más allá de las ocho semanas de tratamiento.
- Los efectos secundarios que se asocian a cada uno de los distintos ATD y su magnitud.
- La efectividad de los ATD más allá de los ensayos clínicos controlados, en la vida real.
- Sus efectos adversos a largo plazo. La probabilidad de sufrir efectos de discontinuación tras la retirada del tratamiento.
- No ofrece información para saber qué ATD elegir primero, o cuál elegir en un paciente concreto.

Más o menos nos quedamos como estábamos.

ATAQUES CARDIACOS, ANTIDEPRESIVOS Y SUPERVIVENCIA

Pues este estudio se ha presentado en un congreso de la Sociedad Europea de Cardiología. Una vez más los titulares inducen, o pueden inducir a alarmismo y confusión; literalmente “*los pacientes que sufren un infarto agudo de miocardio y a los que se les prescriben antidepresivos tienen menor supervivencia a un año vista*”. El estudio, hecho sobre 9000 pacientes, observa un riesgo de mortalidad un 66% superior en el siguiente año entre los pacientes a los que se les prescriben antidepresivos en comparación con los que no. Pero si leemos la letra pequeña, más pequeña que el titular, también se dice que los pacientes a los que se les prescriben antidepresivos son con más frecuencia mujeres, de mayor edad, y sufren con más frecuencia de hipertensión, diabetes, dislipemia, obesidad y otras comorbilidades. Entre otras cosas. Sin descartar los posibles riesgos de tomar ATD para pacientes postinfartados, la realidad es que habría que recordar eso de que correlación no siempre implica causalidad, y que escribir titulares que sean a la vez atractivos y objetivos es un arte.

EFFECTOS SECUNDARIOS DEL METILFENIDATO EN POBLACIÓN INFANTIL Y JUVENIL

Una revisión que publica la Revista de Neurología, incluyendo los efectos cardiovasculares, el retraso en el crecimiento, las alteraciones del sueño, los tics, los efectos sobre el afecto y la cognición o el riesgo de síntomas psicóticos.



neurologia.com
Revista de Neurología / Formación Online

Inicio Revista Formación Noticias Agenda Categorías Quiénes Somos

Buscar en neurologia.com

Efectos secundarios del metilfenidato en población infantil y juvenil

M. Espadas, I. Insa, M. Chamorro, J.A. Alda-Díez

Se concluye que en varias áreas sigue existiendo una importante incertidumbre para una adecuada valoración riesgo-beneficio, y que esta incertidumbre es especialmente importante en los posibles efectos a largo plazo.

SUPRESIÓN DE LA MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA EN PRIMEROS EPISODIOS: SEGUIMIENTO A 10 AÑOS

Lo publica Lancet. Trata de estudiar las consecuencias a largo plazo de suprimir el tratamiento antipsicótico de mantenimiento tras haber obtenido la remisión clínica en primeros episodios psicóticos. El estudio, aleatorizado y doble ciego, realiza un seguimiento a 10 años de 178 pacientes tratados por un primer episodio psicótico y que han obtenido una remisión completa tras al menos 1 año de tratamiento. 89 pacientes fueron asignados a tratamiento de mantenimiento con 400 mg de quetiapina (no en vano el estudio, y esto no lo desmerece de entrada, está patrocinado por AstraZeneca); a otros 89 pacientes se les interrumpió el tratamiento. Las variables que definían, 10 años después, una mala evolución, incluían la presencia de síntomas psicóticos persistentes, la necesidad de tratamiento con clozapina o la muerte por suicidio. Los resultados avalan los posibles efectos beneficiosos de mantener el tratamiento al menos tres años tras obtener una remisión completa tras el tratamiento de un primer episodio psicótico, con una reducción del riesgo de recaídas y malas evoluciones a largo plazo.

THE LANCET Psychiatry

Online First Current Issue All Issues Multimedia About the Journal Advisory Board Developm

All Content Search Advanced Search

< Previous Article Online First Next Article >

Articles

Long-term effects of discontinuation from antipsychotic maintenance following first-episode schizophrenia and related disorders: a 10 year follow-up of a randomised, double-blind trial

Christy L M Hui, PhD, Prof William G Honer, MD, Edwin H M Lee, MBChB, Wing Chung Chang, MBChB, Sherry K W Chan, MBBS, Emily S M Chen, MPhil, Edwin P F Pang, MBChB, Simon S Y Lui, MBBS, Dicky W S Chung, MBChB, Wai Song Yeung, MBBS, Roger M K Ng, MBChB, William T L Lo, MBBS, Prof Peter B Jones, MD, Prof Pak Sham, PhD, Prof Eric Y H Chen, MD

Published: 15 March 2018

Entendemos que este estudio no despeja muchas incógnitas, por ejemplo qué pacientes se benefician del tratamiento continuado y cuáles no, teniendo en cuenta la heterogeneidad del constructo clínico que llamamos “primer episodio psicótico”, y que el debate acerca del tratamiento continuado con medicación antipsicótica sigue en pie.

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS Y TRATAMIENTO DEL T BIPOLAR

Se trata de una revisión, que publica Current Psychiatry, sobre las posibles interacciones farmacológicas que con mayor frecuencia pueden darse a lo largo del tratamiento del trastorno bipolar. Resume esta información en cuatro tablas referidas a la farmacocinética y farmacodinámica del litio, el valproico, la carbamacepina, oxcarbacepina, eslicarbacepina, antipsicóticos e ISRS, como fármacos con más probabilidad de utilización, y la relevancia clínica de sus posibles interacciones. Yo creo que es la revisión sobre polifarmacia en el t bipolar más completa y actualizada que existe, algo relevante si se tiene en cuenta que uno de cada cinco pacientes en tratamiento por trastorno bipolar recibe cuatro o más medicaciones de forma conjunta, un (o varios) estabilizador del ánimo, un antidepresivo, un antipsicótico y alguna benzodiacepina...

MOOD DISORDERS (E BACA-GARCIA, SECTION EDITOR)



Possible Pharmacodynamic and Pharmacokinetic Drug-Drug Interactions That Are Likely to Be Clinically Relevant and/or Frequent in Bipolar Disorder

Jose de Leon^{1,2,3} · Edoardo Spina⁴

PRESCRIPCIÓN SENSATA DE BENZODIAZEPINAS



Sensible prescribing in light of the risks

Understand the risks and consider alternative treatments, especially in high-risk patients

Una actualización sobre el uso de benzodiacepinas, publicada el mes pasado en Current Psychiatry, y que viene a insistir en unos cuantos consejos tan sabidos como ignorados (usarlas el menor tiempo posible, evitarlas en personas con antecedentes de consumo, vigilar la asociación con opiáceos por riesgo de depresión respiratoria, limitar su uso en ancianos por el riesgo de caídas, etc.).

Table 3

Benzodiazepine treatment: High-risk patients

Group	Comments
Pregnant or breastfeeding women	Increased risk of fetal malformations; sedation in breastfed infants
Geriatric patients	Increased risk of falls and cognitive impairment
Patients with current or past substance use disorders	Risk of abuse or dependence
Patients using prescribed opioids	Increased risk of respiratory depression and death
Patients with COPD	Increased risk of adverse respiratory outcomes
Patients with comorbid PTSD or OCD	No proven efficacy in treating PTSD or OCD

COPD: chronic obstructive pulmonary disease; OCD: obsessive-compulsive disorder; PTSD: posttraumatic stress disorder

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES Y USO DE SUPLEMENTOS DE MICRONUTRIENTES DURANTE EL EMBARAZO

Es un *“ahead of print”*, a pesar de lo cual no está disponible a texto completo de forma directa. El artículo revisa la información disponible sobre los posibles efectos preventivos de la suplementación con micronutrientes en mujeres embarazadas sobre la aparición de futuros

trastornos mentales en los bebés (en su infancia y vida adulta, se entiende).



REVIEWS AND OVERVIEWS
Mechanisms of Psychiatric Illness

Prenatal Primary Prevention of Mental Illness by Micronutrient Supplements in Pregnancy

Robert Freedman, M.D., Sharon K. Hunter, Ph.D., M. Camille Hoffman, M.D.

Se revisan ensayos clínicos disponibles acerca del uso de

suplementos de ácido fólico, fosfatidilcolina, vitaminas A y D y omega-3. En el caso de los trastornos psiquiátricos, y muy especialmente los de inicio en la edad adulta, las correlaciones pueden ser mucho más complicadas de establecer que en el caso de otros efectos, visibles ya en el nacimiento (como los defectos del tubo neural o las hendiduras faciales). Vista la idea generalizada en la población de que estas cosas de tomar vitaminas, omegas y cosas “naturales” y “buenas” nunca hacen daño, recordar que la vitamina A en dosis elevadas tiene efectos teratogénicos, o que la suplementación con omega 3 se ha correlacionado con mayor riesgo de TDAH y esquizofrenia en la edad adulta. Ahí os dejamos una tabla con un resumen de lo que se sabe sobre este asunto.

TABLE 3. Summary of Findings for Nutrients With Possible Prenatal Preventive Effect^a

Intervention	Current Recommended Daily Allowance	Study Dose, Timing	Major Developmental Finding	Other Conditions	Known Adverse Effects
Folic acid	400–800 µg ^b plus 200 µg from diet	400 µg at preconception to 10 weeks' gestation (27)	Decreased emotional problems (child)	Decrease in cleft lip, spina bifida	Infant wheezing increased
Phosphatidylcholine	3,150 mg (450 mg of choline) from diet	6,300 mg at preconception to 16 weeks' gestation (30)	Decreased social and attention problems (child)	Possible decrease in preeclampsia	Trimethylamine N-oxide cardiotoxicity (in men with cardiac disease)
Omega-3 fatty acids (fish oil)	Up to 300 g of low mercury-containing fish per week	2.4 g of fish oil daily at 24–26 weeks' gestation for wheeze (23)	Increased risk for schizophrenia spectrum (adult)	Premature birth and infant wheezing decreased	Increased ADHD symptoms at 7 years
Vitamins A and D	Supplement of 2,567 IU ^b of vitamin A and 600 IU ^b of vitamin D, plus amounts from diet and sunlight	1,000 IU of vitamin D ₃ for infants up to 1 year of age, 2,000 IU in northern countries (37)	Decreased schizophrenia (adult) with both vitamins A and D	Infant wheezing decreased	Teratogenicity with vitamin A intake >8,000 IU (diet plus supplement)

^a ADHD=attention deficit hyperactivity disorder.
^b Amount in most standard prenatal vitamins.

EFFECTOS SECUNDARIOS PSIQUIÁTRICOS DE LOS FÁRMACOS NO PSIQUIÁTRICOS

Es una revisión que tiene ya casi un par de años, publicada en *BJPsych Advances*. La muy frecuente coexistencia de un trastorno psiquiátrico con enfermedades “médicas” (siempre nos

BOX 1 Risk factors for development of psychiatric side-effects

Treatment-related factors

- Polypharmacy and complex treatment regimens
- High dosage of drugs
- Route of administration (e.g. intravenous, intrathecal)
- Rapid administration (by any route)
- Narrow therapeutic index of the drug

Patient-related factors

- Present or past mental illness
- Poor metabolic status
- Increased permeability of blood–brain barrier (e.g. meningitis)
- Very young or elderly patients
- Postpartum state
- Other stressful situations (e.g. intensive care unit)

fastidia un poco hablar de enfermedades médicas vs enfermedades mentales, como si estas últimas no lo fueran) implica que muchas personas con problemas psiquiátricos toman diversas medicaciones con potenciales efectos sobre la conducta, emociones y esas cosas que tienen de particular los trastornos que tratamos los psiquiatras. Hay factores relacionados con el tratamiento y factores relacionados con el paciente que elevan este riesgo, y que a menudo, además, coexisten. Seguramente es más común tomar un montón de pastillas de todo tipo si además eres una persona mayor y/o tu salud está cogida por los pelos, lo que te coloca directamente en el punto de mira para ser carne de

cañón de cualquier efecto secundario posible.

Aquí os dejamos un tabla que resume las posibles complicaciones más frecuentes y relevantes, tal y como las recoge el artículo (de acceso libre):

TABLE 1 Important psychiatric adverse effects of major drug groups prescribed in clinical practice

Drug group	Major implicated drugs	Important adverse effects
Anticancer/chemotherapy	5-fluorouracil, asparaginase, bortezomib, ifosfamide, vincristine	More common: cognitive impairment, delirium, psychosis Less common: depression, anxiety, suicidal ideation
Immunomodulators	Ciclosporin, corticosteroids, ^a interferon- α , interleukins, isotretinoin, tacrolimus	More common: anxiety, insomnia, depression Less common: mania, psychosis, agitation, delirium
Cardiovascular drugs	ACE inhibitors, alpha and beta adrenergic blockers, anti-arrhythmics, ^b statins	More common: fatigue, sleep disorders Less common: depression, anxiety
Anticonvulsants	Carbamazepine, levetiracetam, phenytoin, topiramate	More common: sedation, cognitive impairment, agitation Less common: depression, suicidal ideation, delirium
Anti-Parkinsonians	Anticholinergics, dopamine agonists, ^c entacapone	Agitation, sleep disorders, psychosis, delirium
Antiretrovirals	Efavirenz, ritonavir, zidovudine	More common: anxiety, fatigue, sleep disorders, depression Less common: euphoria, agitation, psychosis, delirium
Antitubercular antibiotics	Cycloserine, isoniazid, rifampicin	Sleep disorders, depression, psychosis, delirium
Other antimicrobials	Melloquine, metronidazole, quinolones	Anxiety, insomnia, psychosis, delirium
Oral hypoglycaemics	Glimepiride, metformin	Anxiety, depression, irritability, cognitive impairment
Anabolic and androgenic steroids	Testosterone and its derivatives	Irritability, mania, psychosis, dependence
Antihistaminics	Cimetidine, promethazine	Sedation, agitation, psychosis, delirium
Analgesics	Aspirin, ibuprofen, indomethacin	Sleep disorders, fatigue, agitation, anxiety, mood changes
Surgery and critical care	Anaesthetics, propofol, suxamethonium	Cognitive impairment, delirium
Respiratory system drugs	Beta adrenergic agonists, decongestants	Agitation, insomnia, euphoria, delirium
Muscle relaxants	Baclofen, dantrolene	Anxiety, agitation, mood changes, delirium

ACE, angiotensin-converting enzyme.

a. Corticosteroids can also cause dependence.

b. Anti-arrhythmics can also cause delirium.

c. Dopamine agonists can also cause dopamine dysregulation syndrome.

Los efectos conductuales de algunos de estos fármacos, como anticolinérgicos, corticoides o agonistas dopaminérgicos son bien conocidos entre los clínicos, pero quizás otros no tanto, como la metformina o los AINEs.

REVISIONES SISTEMÁTICAS: SU UTILIDAD E INTERPRETACIÓN

CUADRO 3 Tipos de error y sesgos en las revisiones sistemáticas y metanálisis

- Calidad pobre de los estudios primarios (lo que tiende a sobre representar un resultado favorable)
- Reporte selectivo de los estudios primarios (generalmente con resultados significativos y favorables)
- Sesgo en la selección de los estudios a incluir para la revisión:
 - sesgo de publicación – los grandes estudios positivos es más probable que estén publicados
 - sesgo de lenguaje – es más probable que los revisores seleccionen artículos en inglés
 - Es más probable que se identifiquen los estudios listados en las bases de datos electrónicas
 - Las preferencias de los revisores para seleccionar los estudios a incluir
- Sesgo en los métodos estadísticos para extraer y combinar los datos
- Sesgo en los supuestos/simplificaciones de los autores al extraer y/o combinar los datos
- Sesgo de financiación/patrocinio (que tiende a favorecer la rama de tratamiento financiada por el patrocinante)

Esto es otra cosa que hemos pescado en BJPsych Advances, y que tiene la virtud además de estar editada traducida al castellano. Y además uno de los autores es el amigo Cipriani, el autor del más famoso y mediático (con permiso de Kirsch) metaanálisis sobre antidepresivos (el mismo al que aludimos en la primera entrada de este boletín).

Cuando lee uno la palabra “metaanálisis” y “revisión sistemática” le entran ganas inmediatas de hacer reverencias y lanzar exclamaciones de admiración científica, más aún si llevan algún sello denominación de origen, al estilo de los Rivera del Duero o el Txakoli de Bizkaia, como la Cochrane. Pero aquí nos cuentan que no es oro todo lo que reluce, y se discuten las fortalezas y limitaciones de los distintos tipos de síntesis de evidencias. Una buena oportunidad de actualizarnos en cosas como qué es un metaanálisis, cuándo usarlo, cómo evaluar su validez interna y externa, y las

dificultades derivadas de la heterogeneidad clínica y estadística. Éste es de los de imprimir y leer con calma.

ARTÍCULO

Interpretación y utilidad de las revisiones sistemáticas[†]

Katharine A. Smith, Andrea Cipriani & John R. Geddes

LOS MEDICAMENTOS MÁS VENDIDOS DEL MUNDO

Creo que no es la primera vez que publicamos esta lista, que en realidad no se refiere a los medicamentos que más se venden (ya veis que no aparece, por ejemplo, el omeprazol), sino los que más pasta generan en ventas. Esta lista refleja los cambios que ha sufrido en los últimos años el mercado de medicamentos, y hacia dónde orienta sus esfuerzos la industria, en este caso a los que resultan más rentables (y seguro que útiles, que no digo que no). En el

año 2000 en el top 21 teníamos 5 psicofármacos, tres antidepresivos y dos antipsicóticos. Y en la actualidad solo uno, y sorprendentemente, o no, es la lisdexanfetamina, un psicoestimulante para el tratamiento del TDAH.

	<i>Producto</i>	<i>Área</i>	<i>Millones €</i>	<i>+-%</i>
1	Humira	Inmunología	14.978	14,6
2	Revlimid	Oncología	6.654	20,2
3	Mabthera	Oncología	6.375	0,0
4	Remicade	Inmunología	5.133	-9,3
5	Januvia	Diabetes	4.792	-3,5
6	Prevenar	Vacuna	4.552	-2,0
7	Enbrel	Inmunología	4.416	-9,0
8	Opdivo	Oncología	4.021	31,0
9	Lantus	Diabetes	3.617	-22,9
10	Harvoni	Hepatitis C	3.552	-52,0
11	Seretide/Advair	Respiratorio	3.528	-10,0
12	Tecfidera	Esclerosis múltiple	3.425	6,2
13	Xarelto	Cardiovascular	3.298	12,6
14	Novo Rapid	Diabetes	2.688	0,4
15	Gilenya	Esclerosis múltiple	2.588	2,0
16	Botox	Estética	2.575	13,9
17	Symbicort	Respiratorio	2.278	-6,0
18	Vivanse	Hiperactividad	1.756	7,0
19	Humalog	Diabetes	1.693	7,0
20	Velcade	Oncología	1.313	6,1

El líder, Humira, un anticuerpo monoclonal utilizado en patologías como la artritis reumatoide o la enfermedad de Crohn, dobla en facturación a sus inmediatos seguidores, en general fármacos oncológicos, inmunológicos, diabetes, etc. El Botox aguanta allá por la posición 16, no sabemos si por sus usos más “médicos”, como distonías, etc. o estéticos. Esto refleja, al menos en parte, pensamos, la sequía de nuevos fármacos (y potencialmente más caros) en psiquiatría y SNC, no tanto una reducción en su prescripción. Se siguen vendiendo a paladas, pero ya son muy baratos...

PERSPECTIVA DE GÉNERO Y TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES



Nos ha dado por mirar cuáles son los patrones de prescripción de psicofármacos a las personas que atendemos y que tienen menos de 18 años. No sé si puede decirse que nos hemos sorprendido, pero nos parece que los datos son suficientemente sugerentes como para hacer un estudio en mayor profundidad. Precisamente porque las posibles interpretaciones que se le ocurren a uno a bote pronto reflejan, me parece, los prejuicios que en asuntos sensibles como el sexo (género...) y la infancia arrastramos cada uno: genética vs crianza, biología vs construcción social, y cosas por el estilo. El caso es que, en nuestro entorno (y tengo datos para pensar que en cualquier entorno similar), los patrones de prescripción farmacológica en la infancia y la adolescencia difieren de forma

significativa a los que se presentan en adultos. De hecho no solo los de tratamiento psicofarmacológico, sino de tratamiento psiquiátrico en general. Y estas diferencias son más acusadas en la infancia, en los niños menores de 12 años, que en la adolescencia, en que los datos van confluyendo hacia lo esperable en pacientes adultos. Por ejemplo:

- El 70% de los menores de 18 años en tratamiento en nuestra red de salud mental (Bizkaia), son chicos. En el caso de los menores de 12 años, suponen algo más, el 72,3%.
- De los menores de 18 años en tratamiento, a un 27% les damos alguna pastilla. No sé si esto está bien o mal, pero a primera vista me parece un dato prudente.
- El 75% de los menores de 18 años en tratamiento con psicofármacos en nuestra red son chicos. En el caso de los menores de 10 años, esta cifra se va al 83%. Entre los 13 y los 17 años, la cifra es del 62%, y entre los 16 y 17 años, del 56%.

Una conclusión que parece no demasiado arriesgada a la luz de estos datos es que ser un niño varón y menor de 10 años multiplica por cuatro las posibilidades de recibir tratamiento psiquiátrico farmacológico en comparación con ser niña y de similar edad.

Y bueno, y ¿qué pastillas son las que damos a nuestros niños?:

- El 62% de las prescripciones farmacológicas que realizamos a los menores de 18 años son de psicoestimulantes, incluyendo atomoxetina, metilfenidato, lisdexanfetamina y guanfacina. El 82% de los menores de 18 años que reciben psicoestimulantes son varones
- Y un 33% de las prescripciones corresponden a antipsicóticos, el 77% a niños varones.

Lo que parece es que tratamos con medicación fundamentalmente las alteraciones de conducta, el fracaso o dificultades escolares y los síntomas psicóticos. Y que o bien todo esto es mucho más frecuente en chicos que en chicas, o bien se manifiestan de manera distinta en chicos que en chicas (de manera más disruptiva, por ejemplo), u otro montón de interpretaciones alternativas.



¿Estereotipos?

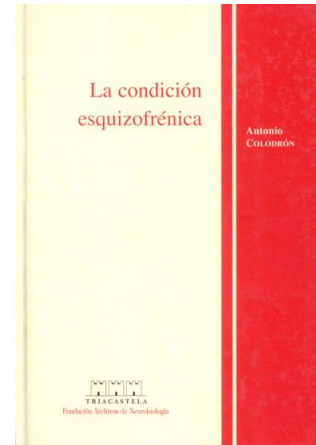
No hemos hecho una revisión sobre el tema; en una búsqueda google rápida, lo que aparecen son diferencias en relación con el tratamiento del TDAH y el uso de psicoestimulantes. Este artículo viene a decir que no es tanto que el TDAH sea más frecuente en niños que en niñas, sino que en el caso de las niñas el problema se expresa de distinta manera (menos conductual), por lo que no se identifica ni diagnostica. Otra explicación posible es que en los niños se diagnostica e identifica demasiado, porque tienden a ser más inquietos, más agresivos, y con mayor tendencia al fracaso escolar. A saber.

OBITUARIO: ANTONIO COLODRÓN

Aprovechamos para compartir desde estas páginas el pésame por el reciente fallecimiento de Antonio Colodrón, uno de los psiquiatras más reconocidos (y también ya olvidado por las nuevas generaciones) de nuestro país. Os dejamos aquí las reseñas que a este propósito han dejado escritas Enrique Baca y Juanjo Mz Jambrina.

Colodrón ha escrito algunos de los mejores

libros sobre la esquizofrenia en castellano, como puedan ser: "La condición esquizofrénica" o "Las esquizofrenias. Síndrome de Kraepelin-Bleuler".

**PUBLICIDAD: II JORNADAS DE EVOLUCIÓN Y NEUROCIENCIA****II JORNADAS SOBRE EVOLUCIÓN
Y NEUROCIENCIA**

BILBAO 24-25/05/2018
AUDITORIO UNIVERSIDAD DE DEUSTO

Organizan



Tras el éxito de la I Jornada sobre Evolución y Neurociencia, celebrada también en Bilbao en Mayo de 2017, volvemos a reunir a expertos en este campo con contenidos que puedan ser de interés para profesionales de muy diversos ámbitos y disciplinas. Como ya escribíamos en la presentación de la I Jornada, la perspectiva evolucionista es crucial para la comprensión del cerebro, la mente y la conducta humana, tanto normal como patológica, y su importancia se extiende a campos muy diversos de la neurociencia, las ciencias de la salud, las ciencias sociales, la investigación, etc. Esto contrasta con la relativa escasa importancia que se le concede en los programas de formación (desde luego en el de los psiquiatras), y las pocas opciones y recursos necesarios para adquirir nuevos conocimientos.

Adjuntamos el enlace las jornadas, donde podéis inscribiros y consultar el programa (tenemos que actualizarlo, que tendrá alguna cosa añadida), pero ya es bastante definitivo. Creemos que ha quedado un programa muy interesante y completo, con la participación de la gente más

brillante sobre el tema en este país (y más allá). Os recomendamos apuntaros cuanto antes; es gratuito, pero hay que inscribirse.

©RSMB2015201620172018

Equipo editor: Anuntze Arana, Luis Pacheco, Juan Medrano, Pablo Malo, Jose Uriarte

Si quieres participar en el boletín puedes enviar contenidos, noticias o información para su publicación a: josejuan.uriarteuriarte@osakidetza.eus