



# VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

*Lectio d'Investidura*  
com a Doctor '*Honoris Causa*'  
Prof. Dr. Eduard Vieta

València, 17 de juny de 2016



## LA NOVA PSIQUIATRIA

Rebre, de la Universitat de València, aquesta que és la seva màxima distinció, em genera un sentiment d'immensa gratitud i d'estímul per seguir treballant en allò que més m'agrada, que és la docència i la recerca en salut mental, i la seua aplicació al benestar de la gent. Aquesta professió de psiquiatre, que he exercit i exerciré en tots els seus vessants assistencials, docents, investigador i de gestió, i des de totes les perspectives, neurobiològica, psicològica i social, ha ocupat gran part del meu temps i energia, que he robat a la meua família, a la qual vull agrair ( Glòria, Laura i Marc) que m'acompanyen en aquest acte malgrat tot. Vosaltres sou el més important de la meua vida i és gràcies al vostre suport i comprensió que he pogut bolcar-me de forma tan apassionada en la meua feina. També m'acompanyen persones que estimo, com la meua germana, el meu cunyat, i els meus sogres, a qui agraeixo la seva presència en aquesta cerimònia. No hi són els meus pares, malauradament, que haurien gaudit molt de la cerimònia i del reconeixement envers el seu fill, però sempre els tinc en el record.

La meua relació amb la Universitat de València ve de lluny, malgrat haver exercit la meua activitat acadèmica principalment a

Barcelona, i també durant un any a la Universitat de Harvard, a la ciutat de Boston. Quan vaig començar a interessar-me pel trastorn bipolar, aquesta malaltia insòlita que porta els éssers humans al punt més alt i més baix de la seva autopercepció, vaig descobrir la figura del catedràtic de la Universitat de València, el professor Andrés Piquer i Arrufat, nascut a Fórnols de Matarranya el 1711, que va anomenar aquesta malaltia *affectio melancholico-maniaca* més de cent anys abans que Falret i Baillarger la descrivissin com a malaltia mental específica (Pérez et al., 2011). La descripció magistral de la malaltia del rei Ferran VI de Borbó pel seu metge de cambra, Andrés Piquer, que vaig tenir el privilegi d'editar junt amb el professor Demetrio Barcia en l'obra *El trastorno bipolar en el siglo XVIII* (Vieta i Barcia, 2000) em va fascinar i em va acostar, des de la perspectiva de la història, al món acadèmic valencià de la primera meitat del segle XVIII. Però ha estat òbviament de manera molt més recent que els meus lligams amb aquesta universitat s'han fet més fermes i fructífers, gràcies a la col·laboració amb la figura del professor Rafael Tabarés-Seisdedos i el seu equip. Aquestes sinergies establertes entre investigadors de la Universitat de Barcelona i la Universitat de València es deuen principalment a la visió, persistència i generositat del professor Tabarés, a qui vull expressar el meu agraïment per tots aquest anys de compartir idees, projectes, dades i somnis. Entre els dos equips hem desvetllat alguns dels misteris neurocognitius de l'esquizofrènia i el trastorn bipolar (Balanzá-Martínez et al., 2005) i els seus endofenotips (Balanzá-Martínez et al., 2008), hem proposat nous tractaments rehabilitadors fonamentats en la recuperació funcional (Torrent et al., 2013), i ens hem endinsat en l'apassionant món de les connexions entre malalties oncològiques i mentals (Català-López et al., 2014), a través del fenomen intrigant de la comorbiditat inversa (Tabarés-Seisdedos et

al., 2011). Gracias, Rafa, por tus ideas, tu generosidad y tu visión holística de lo que nos rodea. El professor Tabarés i jo compartim la passió pels aspectes humanístics de la ciència, i la convicció que l'única manera de tenir un amic és ser-ho.

### **Els camins de la ciència són inescrutables**

Em fa una mica de vergonya dir que sóc un científic. Em sento més còmode dient que sóc un metge, encara que, de manera progressiva, la meva feina ha anat inclinant-se, per ironies del destí, cap al vessant científic. Parlo d'ironies perquè a l'escola sempre em vaig trobar més còmode amb les lletres que amb les ciències, i perquè la psiquiatria, dins les especialitats mèdiques, és una de les que es poden exercir més fàcilment (que no vol dir bé) amb bones habilitats verbals, per sobre del coneixement científic. Malgrat tot, com deia, la vida m'ha anat inclinant professionalment cap a la recerca i la docència, més que cap a l'assistència, que he exercit intensament i encara ho faig amb molta il·lusió. La convicció empíricament comprovada que puc fer-ne més i per a més persones investigant i ensenyant m'ha obligat a aprofundir en el vessant científic de la professió, sense desatendre l'entorn humanístic, que sempre em va inclinar a la lectura, a l'epistemologia i l'antropologia, i al tracte humà i directe amb els pacients.

Cap a on ens porta el procés científic aplicat a la salut mental? Una de les reflexions que vull transmetre en aquest discurs és que em sembla que la psiquiatria, com a disciplina mèdica que s'ocupa dels trastorns mentals, està subjecta a un procés de canvi radical, del qual només som parcialment conscients, perquè el temps humà i el temps històric treballen amb unitats diferents. Alguns dels elements

que caracteritzen aquest canvi són l'especialització, la tecnificació, la socialització, i la personalització.

### **L'especialització**

Potser el canvi més evident, atès que ja fa molts anys que es produeix, és l'especialització dins de l'especialitat de psiquiatria. Va passar en el seu moment amb la medicina interna, que es va subdividir en subespecialitats com la pneumologia, la gastroenterologia, la nefrologia, i tantes més. Una d'aquestes, molt propera a la psiquiatria, com és la neurologia, ja fa un parell de dècades que s'ha anat subdividint també en àrees d'expertesa, i a dia d'avui molts neuròlegs ja es focalitzen en patologies específiques, com l'epilèpsia, les malalties neurodegeneratives, o les neuroimmunes, com l'esclerosi múltiple. L'avenç del coneixement ha generat la necessitat de disposar de superespecialistes en determinades malalties, que han de conviure amb els igualment necessaris metges generals i especialistes generalistes, que, encara que sembli un oxímoron, reflecteix la complexitat i la riquesa de l'oferta sanitària allà on la medicina està més avançada. Hi ha pacients, de fet una majoria, que on són millor atesos és en la primària, per les característiques del seu problema de salut. Hi ha pacients amb patologies comunes però més greus que poden necessitar un especialista, però sense arribar al punt de requerir un expert que només es dediqui a allò que pateixen amb exclusivitat. I hi ha pacients que, per la complexitat, gravetat, i sofisticació de les seves necessitats, han de ser vistos per professionals i unitats superespecialitzades. La psiquiatria té un cos de coneixement amplíssim, i amb el progrés del coneixement, resulta ara per ara impossible estar completament al dia per tractar correctament casos difícils d'alcoholisme, anorèxia nerviosa, esquizofrènia, autisme, trastorn obsessivocompulsiu, ludopatia...

La psiquiatria ja va començar a fraccionar-se separant la psiquiatria infantojuvenil, avui en dia ja reconeguda com a especialitat diferenciada, i posteriorment les addiccions. El meu equip i jo, d'alguna manera, hem obert la via de la superespecialització en certes malalties psiquiàtriques com, en el nostre cas, el trastorn bipolar. Hem sacrificat el coneixement extensiu pel coneixement intensiu, hem optat per la profunditat a costa de l'amplitud. Tot té un preu, i saber molt d'una cosa molt concreta no és necessàriament millor que saber poc de moltíssimes coses. L'especialització, junt amb el que comentarem a continuació, la tecnificació, faran possible, de manera imminent, l'eclosió del terciarisme en psiquiatria (Vieta, 2013).

### **La tecnificació**

Actualment, la major part de professionals que atenen a persones amb trastorns mentals ho fan amb l'ajut gairebé exclusiu de mobiliari. A diferència d'altres especialitats, l'instrumental del psiquiatre no és de tità, ni estèril, ni aparatós. Consisteix, fonamentalment, en una bona butaca. Això és així perquè el diagnòstic psiquiàtric continua sent fonamentalment clínic i, per tant, basat en la informació verbal i no verbal que proporciona el pacient i, en alguns casos, els seus familiars. La part bona d'això és que la majoria dels psiquiatres hem desenvolupat una bona capacitat d'escoltar i observar, i hem après a ajudar la gent a sentir-se millor amb el modest instrument de la paraula, a més de fer-ho amb la farmacologia. El principal inconvenient d'aquest model és la subjectivitat, que porta a una gran variabilitat de la pràctica clínica. Per això, de vegades s'acusa a la psiquiatria d'estar endarrerida respecte a altres especialitats. Sempre he pensat que no és un problema d'estar per darrere, sinó de tenir una meta molt més llunyana i difícil. Què és més fàcil, entendre el fetge

o el cervell? Què costa menys: analitzar l'orina o els pensaments? Podem biopsiar la pell, el ronyó, els ossos, però és molt més invasiu i perillós biopsiar el cervell. I, en el fons, parlem de malalties derivades de disfuncions en xarxes neuronals, no de lesions evidents com les que es produeixen a conseqüència d'un tumor cerebral o d'un ictus.

La psiquiatria camina a gran velocitat cap a la tecnificació i la incorporació de proves complementàries i biomarcadors. Les proves psicomètriques només han estat un preludi tediós, però necessari. Les proves genètiques s'incorporaran per ajudar al diagnòstic i al tractament, i utilitzarem maquinària en les nostres consultes i ens comunicarem més enllà de la visita presencial a través d'aparells com els mòbils i més endavant amb pròtesis bioniques. Vaig tenir el privilegi de ser convidat per l'Associació de Psiquiatria Americana, l'any 2005, a participar en el desenvolupament de l'agenda de recerca del que havia d'esdevenir 8 anys més tard, la nova i esperada 5a edició del Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, el famós DSM-5. Aquell any encara manteníem viva l'esperança d'incorporar informació complementària a la clínica als criteris per al diagnòstic de les malalties mentals. No va poder ser, era massa aviat i hi havia massa pressa per publicar la nova classificació, per motius bàsicament econòmics. Però el moment arribarà, ja que ja disposem de moltíssima informació i de la voluntat d'utilitzar-la en la pràctica clínica. Són els temps d'explorar noves vies per al diagnòstic, a través de la psicopatologia translacional i molecular (Vieta, 2014) i l'estadiatge (Grande et al., 2016). El repte serà, a partir d'un cert punt, preservar el tracte humà i empàtic malgrat l'ús de la tecnologia i els biomarcadors en les nostres consultes.



Un altre vessant de la tecnificació serà el desenvolupament de teràpies efectives no fonamentades ni en la química ni en la paraula, sinó en la física. De fet, la teràpia electroconvulsiva encara és, avui dia, i per a sorpresa de moltes persones que la veuen com una cosa del passat o fins i tot inhumana, el tractament més eficaç de les depressions greus i psicòtiques. Si els avenços en tècniques d'estimulació magnètica, profunda i d'infrarojos ho permeten, segurament veurem canvis molt importants en la manera de tractar algunes de les malalties que actualment es combaten amb farmacoteràpia.

### **La socialització**

La paraula socialització admet molts matisos. Jo em refereixo particularment a la progressiva implicació dels mateixos pacients en la presa de decisions respecte als seus trastorns i al seu tractament. Ja és prou evident que cada vegada els pacients vénen més informats (i de vegades també més desinformats o mal informats!) i volen opinar i participar activament en el procés diagnòstic i terapèutic. Aquest fet, indubtablement positiu, planteja nous reptes i requereix professionals flexibles i empàtics. El metge paternalista i/o autoritari ja està, afortunadament, passant a la història. Les xarxes socials juguen i jugaran un paper cada vegada més rellevant, i oferiran oportunitats per a difondre les troballes científiques i per a lluitar contra l'estigma de les malalties mentals. Com totes les oportunitats, aquestes comportaran nous riscos i nous problemes, que aprendrem a afrontar. Queda molt camí per recórrer per part de les persones i famílies afectades per malalties mentals respecte a la seva capacitat d'organitzar-se i d'exercir pressió social per lluitar contra l'evident discriminació que pateixen en tots els sentits: poca inversió en recerca, modesta inversió en recursos assistencials i rehabilitadors, estigma social i en els mitjans

de comunicació, etc. Un exemple de com poden canviar les coses: una pacient meua que patia una greu agorafòbia, una malaltia que fa que la gent tingui por d'agafar transports públics, conduir, o anar sola arreu, va respondre molt bé al tractament i després de 6 mesos ja feia gairebé vida normal, malgrat haver passat gairebé 3 anys sense sortir de casa fins que es va decidir a demanar ajuda. Impressionada pels resultats del tractament, va decidir muntar una associació d'agorafòbics per ajudar altres persones amb el mateix problema. Va aconseguir contactes i va poder convocar més de 30 persones amb agorafòbia a la primera reunió de l'associació. Malauradament, ningú no es va presentar. Lluny de desanimar-se, i conscient que havia d'afrontar el problema de manera diferent, va organitzar reunions virtuals a través del mòbil o l'ordinador, i va aconseguir, de mica en mica, mobilitzar la gent i defensar els seus drets per una via més adequada al problema de base. Les persones que pateixen malalties mentals i les seves famílies tenen dret a tenir veu, a opinar sobre els recursos assistencials disponibles, i a reclamar més protagonisme en el tractament.

### **La personalització**

Ara es parla de medicina personalitzada i potser cal admetre que el terme és una mica pretensió. La medicina sempre ha aspirat a resoldre els problemes específics de cada pacient, i l'ús de termes clínics per a anomenar les malalties no deixa de ser una simplificació necessària però imprecisa. Tots hem dit alguna vegada que no hi ha malalties sinó malalts. Però és cert que recentment, amb els progressos de la genètica, s'ha pogut precisar molt millor la natura íntima de certs processos patològics, entre els quals destaquen les neoplàsies, i hem millorat de forma substancial la precisió dels nostres tractaments. Hi ha una certa forma de "medicina personalitzada" des de fa molt de

temps (per exemple quan determinàvem el grup sanguini de pacient i donant per fer una transfusió, o quan fem un antibiograma), però ara vivim una autèntica revolució en certs camps de la medicina que ens està permetent afinar molt més que abans en el diagnòstic i el tractament. La psiquiatria també comença a notar aquest canvi, encara que de manera molt preliminar (Vieta, 2015a). Un exemple és el treball que hem publicat en *Lancet* enguany junt amb el Consorci Internacional de Genètica del Liti que ha identificat dos gens no codificants que anticipen una bona resposta al liti en el trastorn bipolar (Hou et al., 2016). La “psiquiatria de precisió” permetrà ajustar, com un vestit a mida, el tractament de cada pacient, i evitarà l’ineficient procés d’assaig i error que caracteritza la forma actual d’escollir la medicació per a cada cas. No només els fàrmacs, sinó també les psicoteràpies podran ajustar-se cada vegada millor a les necessitats particulars del pacient. El nostre grup s’ha caracteritzat per haver introduït, a través del mètode científic, formes noves de psicoteràpia per al trastorn bipolar, com la psicoeducació i la rehabilitació funcional. El pas següent consisteix a adaptar aquestes intervencions al perfil de cada pacient, en funció del seu estat neurocognitiu, les seves circumstàncies personals, i biomarcadors genètics i de neuroimatge.

### **Globalització, sostenibilitat, equitat i progrés**

Aquest procés de progressiva especialització, tecnificació, socialització i personalització de l’atenció a la salut mental pot generar tensions i inequitats notables. Alguns dels progressos seran només a l’abast de les societats que disposen de majors mitjans econòmics. El món progressa a velocitats molt diferents segons les regions del planeta, i la globalització fa molt més palès que les desigualtats es fan més grans i més evidents, malgrat que, a nivell general, es produeixen

progressos a la major part dels països. Podran els sistemes de salut públics resistir i finançar apropiadament els nous avenços científics? És sostenible la nova psiquiatria?

Vivim una època en que gairebé tot es mesura amb diners. Tot i que això pot tenir moltes connotacions negatives, també té aspectes positius. Té sentit pagar una gran quantitat de diners per un tractament oncològic que només allargui la vida unes setmanes, sense millorar la qualitat de vida? Es podrien destinar aquests diners a finalitats menys glamuroses, però més rendibles, com lluitar contra la tuberculosi, per exemple? A partir de quina edat descartaríem un trasplantament, havent-hi més demanda que oferta d'òrgans? Aquests dilemes ètics no són aliens a la psiquiatria. En teoria, l'ètica hauria d'estar per sobre de l'economia, però és evident que els diners que es dediquen a una cosa deixen de dedicar-se a una altra. En els darrers temps, hem viscut un retrocés important en el pes del nostre país i d'Europa en general en les prioritats de la indústria farmacèutica a l'hora de comercialitzar els seus fàrmacs per a certes malalties mentals. Però res comparat amb el que passa a països pobres, on l'accés a medicaments és molt més limitat. Com podem fer més accessibles els fàrmacs sense posar en perill els beneficis econòmics que fan que les empreses inverteixin en innovació? Com evitem l'exportació paral·lela, el tràfic, les còpies i el frau que castiga les empreses que investiguen en salut mental i que fa menys atractiva la recerca en medicaments per a aquestes malalties? I com evitem que els assajos clínics s'estiguin convertint en un negoci, més que en una metodologia fiable de recerca, i a sobre acabin sent ineficients? Les respostes a moltes d'aquestes preguntes requereixen uns coneixements que sens dubte no tinc.

## **Les malalties del progrés**

No pretenc endevinar el futur ni crear alarma o, al contrari, un optimisme infundat. Resulta més fàcil i segur predir el passat, com fan alguns economistes i assessors financers, que no pas el futur. Però sí és cert que aquest acte acadèmic tan important convida a la reflexió, més enllà del treball ordinari assistencial, de gestió, docència i recerca, que sovint ens obliguen a focalitzar-nos en l'aquí i l'ara. Durant la meua formació com a metge vaig tenir el privilegi d'aprendre que la millor assistència es fa quan es combina la cura del malalt amb el treball en equip, la docència, i la recerca (Vieta, 2015b). Durant els 28 anys que fa que exerceixo a l'Hospital Clínic de Barcelona he pogut comprovar que això és així, i he pogut gaudir de compartir aquesta manera d'entendre la medicina i la meua especialitat en particular, la psiquiatria, amb professionals extraordinaris que m'han ajudat a ser millor i a aspirar a seguir millorant. El meu agraïment més sincer als qui m'han ensenyat i, molt especialment, als qui m'han acompanyat en aquesta aventura que encara continua. Sense el meu equip d'investigadors postdoctorals i predoctorals, l'equip assistencial, i el suport institucional de l'Hospital Clínic i la Universitat de Barcelona, hauria estat impossible. També vull esmentar el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, el CIBERSAM, que ha potenciat les col·laboracions en investigació, com la que mantenim entre els equips de la Universitat de València i la de Barcelona, amb extraordinaris resultats. La psiquiatria és una especialitat vulnerable, sotmesa de forma indirecta però tangible a l'estigma que pateixen les malalties mentals i a tot el que s'hi relaciona (els medicaments, els professionals, i, òbviament, els pacients i els seus familiars). Les malalties mentals dificulten enormement la creació de grups de pressió que puguin aconseguir l'atenció dels qui gestionen els recursos

públics. L'estigma fa que molts pacients que estan plenament recuperats siguin reticents a explicar obertament que van patir una malaltia mental. La psiquiatria té tota mena d'intrusismes. Poca gent s'atreviria a donar consells sobre quin és l'abordatge més apropiat de la cirurgia del càncer de pàncrees, però pel que es refereix a la conducta humana, surten centenars de suposats experts amb tota mena de propostes que podríem titllar de "pintoresques" si no fossin perilloses i estúpides. La psiquiatria és encara vista amb certa prevenció i desconfiança, i això fa que molts pacients només acudeixin als professionals quan el seu problema està molt avançat. La nova psiquiatria haurà de fer molt èmfasi en la prevenció. Hi ha motius per a pensar que alguns aspectes del nostre estil de vida actual ens predisposen cap al patiment de trastorns mentals. Juntament amb l'obesitat, la hipertensió, i la diabetis, els trastorns depressius i d'ansietat proliferen de manera alarmant i es calcula que l'any 2020 seran la primera causa de discapacitat mundial (Català-López et al., 2013). Queda clar que la dieta, abundant en greixos, sucres i sal, i el sedentarisme, són part important dels factors de risc. També ho són per a alguns trastorns mentals, juntament amb l'elevada competitivitat social i l'entorn antinatural que ens hem creat els humans en molts llocs de la terra. Ens hem fet, alhora, menys resilents. Només 3 o 4 generacions enrere, era normal que un o més fills d'un matrimoni morissin joves. Es tenien molts fills i la vida deparava moltes desgràcies, ateses les carències sanitàries. Ara tenim pocs fills i en prenem cura com el gran tresor que són, però els sobreprotegim i ens hem anat fent tots més fràgils davant les inclemències del destí. Som més sans però més vulnerables. Com amb les al·lèrgies, la nostra capacitat de protegir-nos dels gèrmens ens ha portat a l'altre extrem, a ser víctimes del nostre propi sistema immunitari, que no troba enemic al qual atacar perquè de petits tot

estava esterilitzat. L'eclosió de les drogues de disseny i l'expansió de les més tradicionals també ha facilitat la proliferació d'addiccions i de psicosis induïdes. El nostre èxit com a espècie és indubtable: en som més que mai, vivim més que mai. El que no està clar és que això es tradueixi necessàriament en un èxit paral·lel a nivell individual. També les gallines han triomfat com a espècie a nivell quantitatiu, però qualitativament la vida de la major part dels individus que neixen és curta i desgraciada.

Voldria acabar aquesta dissertació ressaltant els valors acadèmics. Un efecte de la modernitat és la progressiva pèrdua de ritus i protocols. És un error pensar que el progrés està barallat amb la tradició. Conservar els elements històrics i la cultura de la litúrgia acadèmica és fonamental. Les coses valuoses es construeixen amb el pas dels anys i la força del treball en equip. Em sento extraordinàriament honorat de ser avui aquí, gaudint d'aquest entorn incomparable, i dels simbolismes associats a cada un dels components d'aquest acte entranyable, en companyia de les persones que estimo i admiro. He tingut la sort de treballar en el que m'agrada, que m'agradi una feina que comporta un servei a la societat, i em sento valorat pels meus, per la gent amb qui treballo, i per la societat a la qual serveixo. No crec que es pugui demanar més. Moltes gràcies de tot cor.

### **Referències**

Pérez J, Baldessarini RJ, Cruz N, Salvatore P, Vieta E. Andrés Piquer-Arrufat (1711-1772): Contributions of an eighteenth-century Spanish physician to the concept of manic-depressive illness. *Harv Rev Psychiatry*. 2011 març-abr.;19(2):68-77.

Vieta E, Barcia D. El trastorno bipolar en el siglo XVIII. Barcelona, MRA Ediciones, 2000.

Balanzá-Martínez V, Tabarés-Seisdedos R, Selva-Vera G, Martínez-Arán A, Torrent C, Salazar-Fraile J, Leal-Cercós C, Vieta E, Gómez-Beneyto M. Persistent cognitive dysfunctions in bipolar I disorder and schizophrenic patients: a 3-year follow-up study. *Psychother Psychosom.* 2005;74(2):113-9.

Balanzá-Martínez V, Rubio C, Selva-Vera G, Martínez-Arán A, Sánchez-Moreno J, Salazar-Fraile J, Vieta E, Tabarés-Seisdedos R. Neurocognitive endophenotypes (endophenocognitypes) from studies of relatives of bipolar disorder subjects: a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2008 oct.;32(8):1426-38.

Tabarés-Seisdedos R, Dumont N, Baudot A, Valderas JM, Climent J, Valencia A, Crespo-Facorro B, Vieta E, Gómez-Beneyto M, Martínez S, Rubenstein JL. No paradox, no progress: inverse cancer comorbidity in people with other complex diseases. *Lancet Oncol.* 2011 juny;12(6):604-8.

Torrent C, Bonnín Cdel M, Martínez-Arán A, Valle J, Amann BL, González-Pinto A, Crespo JM, Ibáñez Á, García-Portilla MP, Tabarés-Seisdedos R, Arango C, Colom F, Solé B, Pacchiarotti I, Rosa AR, Ayuso-Mateos JL, Anaya C, Fernández P, Landín-Romero R, Alonso-Lana S, Ortiz-Gil J, Segura B, Barbeito S, Vega P, Fernández M, Ugarte A, Subirà M, Cerrillo E, Custal N, Menchón JM, Saiz-Ruiz J, Rodao JM, Isella S, Alegría A, Al-Halabi S, Bobes J, Galván G, Saiz PA, Balanzá-Martínez V, Selva G, Fuentes-Durá I, Correa P, Mayoral M, Chiclana G, Merchan-Naranjo J, Rapado-Cas-



tro M, Salamero M, Vieta E. Efficacy of functional remediation in bipolar disorder: a multicenter randomized controlled study. *Am J Psychiatry*. 2013 ag.;170(8):852-9.

Catalá-López F, Suárez-Pinilla M, Suárez-Pinilla P, Valderas JM, Gómez-Beneyto M, Martínez S, Balanzá-Martínez V, Climent J, Valencia A, McGrath J, Crespo-Facorro B, Sánchez-Moreno J, Vieta E, Tabarés-Seisdedos R. Inverse and direct cancer comorbidity in people with central nervous system disorders: a meta-analysis of cancer incidence in 577,013 participants of 50 observational studies. *Psychother Psychosom*. 2014;83(2):89-105.

Vieta E. Tertiariism in psychiatry: the Barcelona clinic bipolar disorders programme. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2011 gen.;4(1):1-4.

Vieta E. The bipolar maze: a roadmap through translational psychopathology. *Acta Psychiatr Scand*. 2014 maig;129(5):323-7.

Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet*. 2016 Apr 9;387(10027):1561-72.

Vieta E. [Personalised medicine applied to mental health: Precision psychiatry]. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2015a jul.-set.;8(3):117-8.

Hou L, Heilbronner U, Degenhardt F, Adli M, Akiyama K, Akula N, Ardaur R, Arias B, Backlund L, Banzato CE, Benabarré A, Bengesser S, Bhattacharjee AK, Biernacka JM, Birner A, Brichant-Petitjean C, Bui ET, Cervantes P, Chen GB, Chen HC, Chillotti C, Cichon S, Clark SR, Colom F, Cousins DA, Cruceanu C, Czernski PM, Dantas CR, Dayer A, Étain B, Falkai P, Forstner AJ,

Frisén L, Fullerton JM, Gard S, Garnham JS, Goes FS, Grof P, Gruber O, Hashimoto R, Hauser J, Herms S, Hoffmann P, Hofmann A, Jamain S, Jiménez E, Kahn JP, Kassem L, Kittel-Schneider S, Kliwiczki S, König B, Kusumi I, Lackner N, Laje G, Landén M, Lavebratt C, Leboyer M, Leckband SG, Jaramillo CA, MacQueen G, Manchia M, Martinsson L, Mattheisen M, McCarthy MJ, McElroy SL, Mitjans M, Mondimore FM, Monteleone P, Nievergelt CM, Nöthen MM, Ösby U, Ozaki N, Perlis RH, Pfennig A, Reich-Erkelenz D, Rouleau GA, Schofield PR, Schubert KO, Schweizer BW, Seemüller F, Severino G, Shekhtman T, Shilling PD, Shimoda K, Simhandl C, Slaney CM, Smoller JW, Squassina A, Stamm T, Stopkova P, Tighe SK, Tortorella A, Turecki G, Volkert J, Witt S, Wright A, Young LT, Zandi PP, Potash JB, DePaulo JR, Bauer M, Reininghaus EZ, Novák T, Aubry JM, Maj M, Baune BT, Mitchell PB, Vieta E, Frye MA, Rybakowski JK, Kuo PH, Kato T, Grigoriu-Serbanescu M, Reif A, Del Zompo M, Bellivier F, Schalling M, Wray NR, Kelsoe JR, Alda M, Rietschel M, McMahon FJ, Schulze TG. Genetic variants associated with response to lithium treatment in bipolar disorder: a genome-wide association study. *Lancet*. 2016 març 12;387(10023):1085-93.

Vieta E. Clinical research for good clinical care. *Acta Psychiatr Scand*. 2015b des;132(6):426-7.

Catalá-López F, Gènova-Maleras R, Vieta E, Tabarés-Seisdedos R. The increasing burden of mental and neurological disorders. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013 nov;23(11):1337-9.



# VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

*EDITA*  
Universitat de València  
*Gabinet del Rector*

*DISSENY*  
Universitat de València  
*Unitat de Web y Màrqueting*

*Tots els drets reservats*



VNIVERSITAT  
E VALÈNCIA