



RESPUESTA SEXUAL HUMANA Y DISFUNCIONES SEXUALES

PARTE 1

DR. PEREZ RIVERA, RICARDO

- Médico-Psiquiatra
- Sexólogo Clínico
- Director Médico del Bio-Behavioral Institute, Bs As.
- Presidente del Capítulo trastornos de ansiedad y espectro obsesivo-compulsivo de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA)
- Miembro del "International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders" (ICOCS).
- Miembro de la comisión directiva de la Asociación Argentina de Trastornos por Ansiedad (AATA)
- Miembro de la comisión directiva de la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana (SASH)
- Docente de la Maestría en Psiconeurofarmacología, Universidad de Favarolo
- Revisor Internacional del Journal of Psychiatric Research
- Magíster en Psiconeurofarmacología, Universidad Favarolo
- Docente de la maestría en Psiconeurofarmacología, Universidad Favarolo
- Miembro de la comisión directiva de la Asociación Argentina de Sexualidad Humana (SASH)
- Docente del post grado en trastornos de ansiedad de la Asociación Argentina de Trastornos por Ansiedad (AATA)
- Docente del post grado en sexualidad humana de la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana (SASH)
- Docente de la carrera de especialista en psiquiatría de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA)
- Co-Autor de los libros "Obsesiones Corporales" (Editorial Polemos, Bs As, 2003) y "El trastorno Obsesivo-Compulsivo y su Espectro" (Editorial Polemos, Buenos Aires, 2006), "Trastornos del estado del ánimo y de Ansiedad" (Editorial Iberoamericana de Información Científica, 2016).
- Autor junto a la Dra Tania Borda del libro "Trastorno Dismórfico Corporal" (Editorial Académica Española, 2012) y "Trastorno Obsesivo-Compulsivo" (Editorial Akadia, 2017).
- Autor junto con Federico Rinaldi del libro "Enriquecimiento sexual para parejas". Editorial Akadia, 2019
- Director del curso online "Amor y Sexualidad" (Sociedad Argentina de Sexualidad Humana)

RESPUESTA SEXUAL HUMANA Y DISFUNCIONES SEXUALES

CONTENIDO

- Definición de sexualidad según la OMS
- Derechos sexuales
- Respuesta sexual humana
 - Master &Johnson
 - Kaplan
 - Basson
- Disfunciones sexuales
- Disfunción sexual vs. efecto adverso sexual
- Protocolo básico para disfunciones sexuales
- Fármacos que afectan la función sexual

La psiquiatría moderna no se conforma con generar en el paciente una remisión de su sintomatología, sino que busca eficacia más calidad de vida.

Esto implica que, a igual eficacia, el clínico tendría que optar por el fármaco que le otorgue al paciente mejor calidad de vida. La eficacia es algo bastante sencillo de verificar, teniendo en cuenta cuantos trabajos aleatorizados con placebo control y fármaco activo comparador hay con resultados positivos. Esto es medicina basada en la evidencia. En función de la búsqueda de calidad de vida, la elección es más sutil: el clínico tiene que tener en cuenta el mecanismo de acción y el perfil de efectos adversos de cada fármaco. Dentro de lo que uno busca para respetar o buscar mejorar la calidad de vida del paciente, se tendría que optar por moléculas que no generen sedación, aumento de peso importante, constipación crónica, y que tengan baja incidencia de efectos adversos sexuales. En relación con el último punto, es un gran desafío, dado que, para muchas personas, una vida sexual satisfactoria es inherente a su buena calidad de vida, y son muy pocos los antidepresivos que, teniendo eficacia, puedan no afectar la función sexual de la persona.

En estos tres fascículos repasaremos los conceptos básicos de la respuesta sexual humana, la relación entre el **Trastorno Depresivo Mayor (TDM)** y la sexualidad, la diferencia entre disfunción sexual y efecto adverso sexual, y antidepresivos y efectos adversos sexuales. Además, aprenderemos acerca del tratamiento farmacológico para los disfunciones sexuales más frecuentes y, para finalizar, expondremos un tratamiento racional del **Trastorno Depresivo Mayor** con el fin de buscar eficacia y calidad de vida.

Existen tantas formas de vivir la sexualidad como humanos hay; como profesionales debemos evitar encasillar o juzgar.

La salud sexual se define como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solo la mera ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos”. (OMS, 2018).

Derechos sexuales (WAS, 1997)

- 1 El derecho a la libertad sexual.** Este abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Sin embargo, esto excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.
- 2 El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.** Este derecho incluye la capacidad para tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidos la capacidad de control y disfrute de nuestro cuerpo.
- 3 El derecho a la privacidad sexual.** Este involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad, siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.
- 4 El derecho a la equidad sexual.** Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.
- 5 El derecho al placer sexual.** El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

6 El derecho a la expresión sexual emocional. La expresión sexual va más allá del placer erótico o de los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.

7 El derecho a la libre asociación sexual. Significa la posibilidad de contraer matrimonio o no, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.

8 El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables. Esto abarca el derecho a decidir tener hijos o no, el número y espacio entre cada uno y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.

9 El derecho a información basada en el conocimiento científico. Este derecho implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.

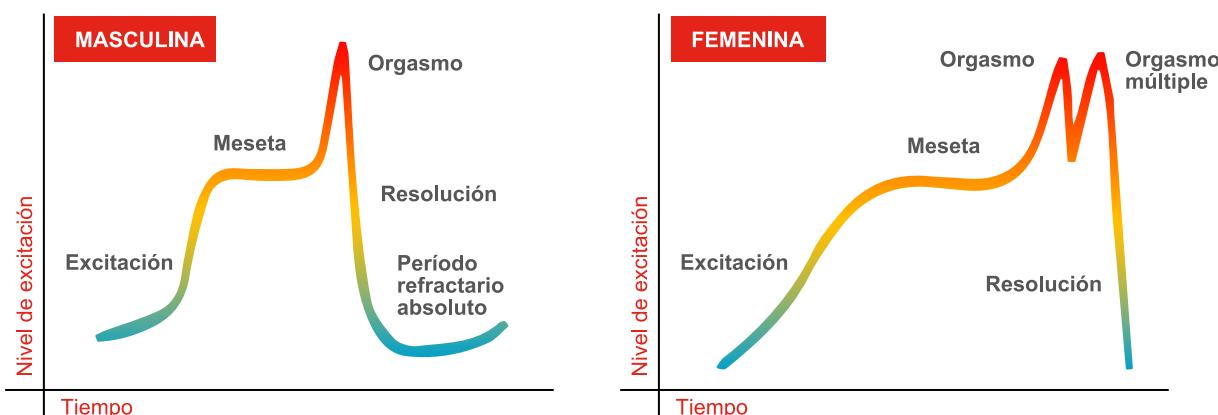
10 El derecho a la educación sexual integral. Este es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida, y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.

11 El derecho a la atención de la salud sexual. La atención de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

Respuesta sexual humana

A lo largo de los últimos años han aparecido diferentes modelos para definir la respuesta sexual humana. A principios de la década de 1950, Masters y Johnson, tras estudiar la fisiología y psicología sexual humana, desarrollaron el modelo sexual lineal, tanto para hombres como para mujeres, con estadios secuenciales de excitación, meseta, orgasmo y resolución (figura 1) (Masters & Johnson, 1966).

Figura 1 Master y Johnson (1966) / Modelo de 4 fases: Tetrafásica



Más tarde Helen Kaplan (1974), basándose en su experiencia clínica, constató que había pacientes que no encajaban en los trastornos de la excitación-orgasmo, y aportó el concepto de deseo como primera fase de la respuesta sexual humana (Kaplan, 1996).

Recientemente, Basson et al. (2005) definieron el modelo cílico biopsicosocial de la respuesta sexual femenina, en el que hay un feedback entre aspectos físicos, emocionales y cognitivos. Según este modelo, en las mujeres puede existir un deseo que provoque la búsqueda de una actividad sexual (deseo «espontáneo») o, más frecuentemente, puede darse una postura sexual neutra, una predisposición a realizar una actividad sexual que, si los estímulos son suficientes y adecuados, produce el paso de la neutralidad a la excitación y al deseo (deseo «reactivo»). Si el resultado es positivo - emocional y físicamente -, se incrementa la motivación sexual. La gratificación se consigue por la satisfacción y el placer (sea con orgasmo o sin este), y con otros aspectos subjetivos que no son estrictamente sexuales y que pueden tener mucha importancia, como la comunicación con la pareja, la intimidad emocional, la expresión de afecto, el compartir placer físico, complacer al compañero, la autoestima (sentirse atractiva, femenina, apreciada, amada o deseada), el relax o el bienestar. Todos estos elementos configuran la predisposición de las mujeres, descrita al principio, a tener posteriores encuentros o actividades sexuales; es decir, son estímulos para pasar de una postura sexual neutra a la excitación y al deseo. En las parejas de larga duración, este modelo se corresponde con la realidad en la mayoría de las ocasiones. Es más frecuente que el hombre comience el ciclo por el estadio del deseo, pasando a la excitación; cuanta más excitabilidad consiga, mayor será la satisfacción, lo que puede dar lugar a mayor intimidad o más deseo, o a ambos juntos.

Los activadores internos más importantes de la respuesta sexual femenina son los sueños y las fantasías eróticas (Cabello, 2010). Las mujeres que inician la excitación con rapidez manifiestan tener facilidad para elaborar fantasías. La capacidad para fantasear es una herramienta importantísima a la hora de la motivación sexual, ya que la fantasía erótica es la elaboración de un constructo mental que puede representar el objeto puntual de nuestro deseo. Master y Johnson (1977) distinguen entre fantasía de fluctuación libre y fantasía a corto plazo. Las primeras son de aparición espontánea mientras que las segundas son una especie de muletilla que incrementa la motivación cuando la sexualidad está apagada, o bien amplía la excitación. Entre las fantasías espontáneas (de fluctuación libre), las más frecuentes en mujeres heterosexuales son el reemplazo de la pareja estable (relaciones sexuales con un hombre diferente a su pareja).

Las fantasías femeninas conllevan mayor implicancia afectiva y son menos visuales; contrariamente, los hombres tienden a concentrarse en imágenes sin sentimientos.

Las fantasías, personalidad, actitudes y emociones dependen en gran medida de la historia de socialización y culturalización de cada individuo, es decir, del guion sexual. Este, de forma imbricada y en plena interacción con las estructuras biológicas, constituye la piedra angular de la motivación sexual.

En la anamnesis, preguntar desde qué edad se interesó por alguna persona, a qué edad dio su primer beso y a qué edad tuvo su debut sexual nos permite ubicarnos en la historia de socialización y erótico-sexual del individuo. Si una de estas etapas está groseramente desfasada, va a generar malestar a lo largo de la vida del individuo; es un dato más para tener en cuenta cuando uno va a realizar el tratamiento integral del paciente en la consulta psiquiátrica.

Cerebro y respuesta sexual

Estímulos tanto internos como externos van a impresionar el córtex y se dirigen al sistema límbico, conectando con los afectos y emociones para pasar al hipotálamo, donde parece encontrarse el centro integrador de todos los estímulos sexuales. De ahí salen las referencias que, a través del haz medial anterocerebral y del pedúnculo talámico inferior, provocan la respuesta genital. Se puede considerar la idea de que el área preóptica, la parte lateral del hipotálamo, el tegumento del mesencéfalo y el giro cingular son parte imprescindible de la mecánica sexual.

A nivel bioquímico, hay una implicancia activa o pasiva de distintos neurotransmisores. Siempre se ha dado por supuesto, extrapolando de estudios animales, que la serotonina actúa inhibiendo la respuesta mientras que la dopamina la activa. Pero no se sabe con certeza en qué medida funciona la serotonina sobre los distintos subtipos de receptores que posee. Sí parece estar constatado que, en los humanos, para la excitación es fundamental la inhibición de los alfa-2 adreno-receptores, agonismo 5HT1 y/o antagonismo 5HT2 (Cabello, 2010). No es casual que los antidepresivos agonistas 5HT1 y/o antagonistas 5HT2 sean los que menor incidencia de efectos adversos sexuales (EAS) posean.

En este sentido, la vortioxetina, en su complejo mecanismo de acción, tiene un claro perfil beneficioso para respetar la respuesta sexual del paciente con depresión.

Disfunciones sexuales

La disfunción y la insatisfacción sexual son un hecho para muchas personas, independientemente de si sufren problemas de salud mental o no. La prevalencia de estos es alta: **se reporta hasta en el 40% de los hombres y hasta en el 50% de las mujeres del Reino Unido.** Entre los factores de riesgo de problemas sexuales, se cita, por ejemplo, una mala situación laboral, problemas de salud física, antecedentes de abuso en la infancia, crianza, aspectos culturales, aspectos religiosos, etc. **Los trastornos afectivos también confieren un riesgo considerable de padecer una disfunción sexual.** Esta relación entre la depresión y los trastornos sexuales es tan marcada que los sexólogos recomiendan investigar la presencia de signo-sintomatología depresiva en las personas que hacen consulta por cualquier disfunción sexual. La evaluación de los problemas sexuales es compleja; su origen muchas veces es multicausal, por lo que no es sencilla la evaluación de los efectos adversos sexuales.

Para un funcionamiento sexual adecuado, se requiere salud física y psicológica; si alguna está afectada, se podrá padecer cualquier tipo de disfunción sexual. Problemas con la pareja actual, dificultades para mantener una relación amorosa, o tensión crónica con la pareja van a redituar en algún problema en la sexualidad de la pareja o de uno de los dos.

Las disfunciones sexuales pueden ser divididas en **cuatro categorías:**

- 1** Trastorno del deseo sexual en el cual el individuo tiene poco o ningún interés en la relación sexual y existe una reducción parcial o total de la libido.
- 2** Trastorno de la excitación, donde el individuo siente interés sexual o deseo, pero no puede tener o mantener la activación sexual, la excitación.
- 3** Trastorno del orgasmo.
- 4** Trastorno de dolor sexual o disparesunia.

Los primeros dos pueden deberse a una condición primaria donde la persona no tenga antecedentes de una relación sexual satisfactoria. Alternativamente, y con más asiduidad, la disfunción sexual es secundaria a otro trastorno y puede alternar con períodos de funcionamiento normal. El trastorno de excitación sexual, incluyendo los problemas de disfunción eréctil en el hombre o la falta de lubricación vaginal en la mujer, pueden deberse tanto al empleo de psicofármacos como a causas físicas o psicológicas.

En la categoría III (trastornos del orgasmo), en los varones se puede presentar un trastorno de eyaculación precoz. También puede haber persistencia del retraso o ausencia del orgasmo luego de la fase de estimulación sexual en ambos sexos. Esto se puede deber al efecto adverso de los antidepresivos, aunque también al efecto generado por otros factores y medicamentos.

Respecto de la IV categoría (*trastorno de dolor sexual*), se denomina disparesunia al dolor durante el acto sexual y afecta casi exclusivamente a las mujeres. También pueden presentar vaginismo.

Antes de pensar en hipótesis psicologistas de la disfunción sexual, hay que descartar la presencia de trastornos psiquiátricos y causas orgánicas. La disminución de la libido se puede deber a una causa hormonal, como la reducción, en la mujer, de la concentración de estrógenos, o la disminución de testosterona en ambos sexos. En la mujer mayor menopáusica, el adelgazamiento de la mucosa vaginal y la falta de lubricación favorecen la aparición de disparesunia.

Los trastornos clínicos comórbidos (*como diabetes o desórdenes neurológicos degenerativos*) son causa frecuente de disfunción sexual, dado que afectan las vías neurológicas que controlan la respuesta sexual, lo cual resulta en anorgasmia, disfunción eréctil y/o trastornos en la eyaculación.

Cualquier lesión importante puede afectar la libido y el funcionamiento sexual. Afecciones físicas, como quemaduras o mastectomía, pueden impactar en la percepción que tiene el individuo de sí mismo como objeto de deseo.

Los problemas prostáticos en el hombre, particularmente la prostatectomía total, frecuentemente generan disfunción eréctil - en un 58% - (Wilt TJ, 2008), pero es menos común en la cirugía de la hiperplasia prostática benigna - 13% - (Nehra A, 2005).

Disfunción sexual vs. Efectos Adversos Sexuales (EAS)

Las disfunciones sexuales pueden deberse al EAS de un psicofármaco, o bien estar presentes previamente a la administración de aquellos.

Es importante una detallada historia clínica donde se incluyan preguntas en torno a la calidad de la sexualidad previa a la administración de cualquier fármaco, más aún si es un psicofármaco.

Ante la presencia de una disfunción sexual, hay que registrar cuándo comenzó la sintomatología y su progresión. Es muy frecuente la atribución de la etiopatogenia de la disfunción sexual presente en el consultante al psicofármaco, antes de preguntar por las características de la relación de pareja que tiene, antecedentes de la disfunción, o cualquier otro problema a nivel sexual. No se pregunta por fármacos clínicos que el paciente toma concomitantemente o si padece alguna patología clínica.

Por el contrario, también algunos pacientes atribuyen los problemas sexuales a la persistencia de algún síntoma depresivo, ansioso u obsesivo, a la edad (cuando superan los 40 años) o a las dificultades de pareja que pudiesen estar atravesando. Esto, en parte, es debido a que, si una medicación les ha permitido salir del estado de agobio en el cual vivían, no quieren perder este bienestar por una razón que, culturalmente, en muchos casos se considera secundaria.

En la tabla 1 se describe el protocolo básico para evaluar las disfunciones sexuales en pacientes que consultan por depresión, así como para aquellos que consultan directamente por una disfunción sexual. Un número ilimitado de fármacos pueden afectar la

función sexual de las personas; es muy importante preguntar detalladamente los medicamentos que toma, la dosis, la causa por la que se los prescribieron y desde cuándo nota la dificultad a nivel sexual.

Otro problema que enfrentamos actualmente es el abuso de las drogas recreacionales, empezando por el alcohol, la marihuana, la metilendioximetanfetamina (*éxtasis* o *MD*, según la denominación popular), cocaína y, últimamente, también el metilfenidato o modafinilo en dosis elevadas. Todos estos fármacos están asociados con la presencia de disfunción sexual; los pacientes tienden a omitir la importancia de estos medicamentos, además de generarles vergüenza admitir el consumo frecuente de drogas. Algo que tiende a confundir a los pacientes es el hecho de que el alcohol o la marihuana en dosis bajas puede producir un efecto desinhibitorio que les permite desplegar sus recursos de seducción con menor inhibición y disfrutar relaciones sexuales placenteras. Pero la dosis es muchísimo menor que la que consumen habitualmente al salir con amigos o con parejas (ver tabla 2).

Tabla 1: Fármacos que afectan la función sexual

GRUPO FARMACOLÓGICO	SUBGRUPO QUE MÁS AFECTA LA FUNCIÓN SEXUAL	SUBGRUPO QUE MENOS AFECTA LA FUNCIÓN SEXUAL
Antidepresivos	ISRA***: citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina. Tricíclicos: imipramina, desipramina, clomipramina. Tetracíclicos: mianserina, maprotilina IMAO y Trazodona. Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina: Venlafaxina, Duloxetina.	ISRS: fluvoxamina Inhibidores de la recaptación de la noradrenalina: Reboxetina Noradrenérgicos con actividad serotoninérgica: Mirtazapina Inhibidores de la recaptación de la noradrenalina y dopamina: bupropión Melatoninérgicos: Agomelatina Multitarget: Vilazodona, vortioxetina
Otros psicotrópicos	Estabilizador del ánimo: Litio, ácido valproico, carbamazepina, lamotrigina, etc. Benzodiazepinas: Diazepam, Triazolam, Alprazolam. Antipsicóticos: haloperidol, quetiapina, risperidona, olanzapina, etc.	Buspirona
Antihipertensivos	Durítericos: - Tiazídicos: hidroclorotiazida - Análogos no tiazídicos: clortalidona, indapamida. Diuréticos de Asa: furosemida, bumetamida. Ahorreadores de potasio: amilorida, espironolactona. Inhibidores anhidrasa Bloqueantes adrenérgicos: - Bloqueantes: propanolol - Bloqueantes “1”: prazosina, doxazosina - Bloqueantes “y!”: labetalol, carvediol Otros: - Vasodilatadores directos: hidralazina - Agonistas “2 de acción central: clonidina, metildopa, monoxidina	Antagonistas del Calcio: Nifedipino, Verapamilo, Anlodipino Inhibidores del Sistema Renina-Angiotensina: - IECA: Captorilo - ARA II: Losartán - Inhibidores de la Renina: Aliskireno
Otros fármacos	Bloqueantes alfa adrenérgicos: Tamsulozina, doxazosina, terazosina. Inhibidores de 5-alfa-reductasa: finasteride, dutasteride	Corticoides y AINES Tiroxina Omeprazol

Tabla 2: Protocolo Básico para Disfunción Sexual - Depresión

Antecedentes Clínicos	Factores Psicológicos	Examen de Laboratorio
Hx DS	Depresión	Deseo Sexual Hipoactivo
Cuadro Crónico HTA, DBT	Ansiedad Social	Glucemia
Cáncer (Hx-Actual, Tx)	Trastornos de Ansiedad	Lipidograma
Cirugías (Pelvis, Próstata)	TOC	Testosterona Libre
Medicación Actual	TDC	Testosterona Biodisp.
Antihipertensivos	Psicosis	Disfunción Erétil
Propanolol	Ansiedad de Performance	Testosterona Libre
Espironolactona	Imagen Corporal	Testosterona Biodisp.
Opioides	Trauma/Abuso Sexual	Prolactina
Alcohol	Relación de Pareja	TSH
Marihuana (drogas)	Habilidades Sexuales	Lipidograma
Antidepresivos (psicof.)	Educación (Religiosa)	Glucemia
Menopausia	Prejuicios Sociales/Fam.	Hemograma
Andropausia		Antígeno Prostático esp

Ther Adv Psychopharmacol, 2018, vol 8(1): 13-23

Conclusión

Las disfunciones sexuales son sumamente prevalentes en la población general, más en las personas que padecen un TDM.

Al momento de elegir un antidepresivo, se debería tener en cuenta la evidencia sobre su eficacia y su mecanismo de acción. Debe elegirse aquel con mejor perfil de efectos adversos, que no produzca aumento de peso significativo, sedación, constipación crónica y tenga menor incidencia de efectos adversos sexuales para respetar la calidad de sus encuentros sexuales, de manera de respetar su calidad de vida.

La vortioxetina cumple con todos estos criterios; es una molécula de primera línea en la elección racional de un antidepresivo para el tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor.

BIBLIOGRAFÍA

- Bancroft J. The endocrinology of sexual arousal. *J Endocrinol.* 2005;186: 411-27.
- Basson R, Brotto LA, Laan E, Redmond G, Utian WH. Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *J Sex Med.* 2005;2(3):291-300
- Cabello Santamaría Francisco. Manual de sexología y terapia sexual. Editorial Síntesis, Madrid, 2010.
- Carmichael MS, Humbert R, Dixen J, Palmisano G, Greenleaf W, Davidson JM. Plasma oxytocin increases in the human sexual response. *J Clin Endocrinol Metab.* 1987;64:27-31.
- Kaplan SH. La nueva terapia sexual. Editorial Alianza, Buenos Aires, 1996.
- Masters W. H., Johnson V. E., Kolodny, R C. Ethical Issues in Sex Therapy and Research. Boston: Little, Brown, 1977.
- Masters W. H., Johnson V. E.: Human sexual response. Boston, 1966
- Nehra A. Selecting therapy for maintaining sexual function in patients with benign prostatic hyperplasia. *BJU Int* 2005; 96:237-243
- OMS. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- WAS (Asociación Mundial para la Salud Sexual). Dra. María Pérez-Conchillo, Presidenta del 13.er Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España.
- Wilt TJ, MacDonald R, Rutks I, Shamliyan TA, Taylor BC, Kane RL. Systematic review: comparative effectiveness and harms of treatments for clinically localized prostate cancer. *Ann Intern Med.* 2008 Jun 3;148(11):888.



Lundbeck
PROGRESS IN MIND.



LUNDBECK
100
1915 - 2015

60
101090909

Para más información consulte al
Depto. Médico de Lundbeck Argentina S.A.
Tel: (54 11) 48 36 02 80
Dardo Rocha 2858 PB (1642) San Isidro, Bs.As.
www.lundbeck.com.ar

Lundbeck
PROGRESS IN MIND.

