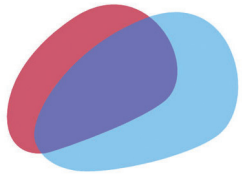


Psiquiatría privada



asepp

Asociación Española de Psiquiatría Privada

www.asepp.es

Editorial

Bioética y ensayos clínicos en enfermos psiquiátricos

Artículo científico

Trazodona: tratamiento del paciente anciano con trastorno depresivo mayor con insomnio

En la piel del paciente

Palabra de paciente

Viajes sin mi tía

Lisboa

Opinión del socio

Consideraciones sobre una reforma psiquiátrica pendiente

Mi pantalla blanca

Contrastes

Agenda

Decálogo de la ASEPP

12

Diciembre
2016

Psiquiatría privada

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA PRIVADA

JUNTA DIRECTIVA DE ASEPP

Presidente

Dr. Salvador Ros Montalbán

Vicepresidente

Dr. José Antonio López Rodríguez

Secretario

Dr. Antonio Arumí Vizmanos

Tesorero

Dr. Josep Ramon Domènech Bisén

Vocales

Dr. Manuel Arias Bal	Dr. Ángel Moríñigo Domínguez
Dra. Laura Ferrando Bundio	Dr. Alfonso Sanz Cid
Dr. Antonio Luls Galbis Olivares	Dr. Fernando Sopesens Serrano
Dr. Manuel Masegoza Palma	Dr. Francisco Toledo Romero
Dra. Blanca Morera Pérez	

Consejo editorial

Director Dr. Josep Ramon Domènech Bisén

Dr. Antonio Arumí Vizmanos	Dr. José Antonio López Rodríguez
Dra. Laura Ferrando Bundio	Dr. Ángel Moríñigo Domínguez
Dr. Antonio Luis Galbis Olivares	Dr. Alfonso Sanz Cid
Dra. Elena Guimerà Querol	

Consejo asesor

Francisco Javier Arranz Estévez	Bernat Montagud Piera
Belén Arranz Martí	Ángel Luis Montejo González
Julio Bobes García	Jordi Obiols Llandrich
Manuel Bousoño García	José Manuel Olivares Díez
Jesús de la Gándara Martín	Leopoldo Ortega-Monasterio Gastón
Francisco Doce Feliz	José Ramón Pigem Palmés
José Francisco Duato Marín	Miguel Roca Benassar
Carolina Franco Porras	Elena Ros Cucurull
María Paz García-Portilla González	Francisco Sabanés Magriñá
Miguel Gasol Colomina	Juan Ramón Sambola Buguñá
María Inés López-Ibor Alcocer	Juan Seguí Montesinos
Pilar Mallada Porta	Néstor Szerman Bolotnér
Manuel Martín Carrasco	Manuel Toharia Cortés
Manuel Mas-Bagà Blanc	Raúl Vázquez-Noguerol Méndez

Nota sobre ASSEP

- La Asociación Española de Psiquiatría Privada nace de la inquietud de un grupo de profesionales de la psiquiatría que ejercen una parte de su actividad en el marco de la medicina privada.
- Es una asociación profesional de ámbito nacional que pretende actuar como medio de exposición de los intereses de médicos psiquiatras en el ejercicio libre de su profesión.
- Es apolítica y puede ser complementaria con otras asociaciones académicas e instituciones.
- Surge para cubrir la necesidad de disponer de un instrumento de representación de la psiquiatría privada que sea capaz de entender sus intereses, canalizar iniciativas y trabajar conjuntamente en los ámbitos de utilidad común.
- Sus objetivos fundamentales de actuación se centran en: velar por los intereses de sus socios en la práctica libre de la profesión; promover entre los asociados espacios de colaboración y complementariedad; actuar como *lobby* de participación e influencia, tanto en instituciones públicas como privadas; establecer alianzas estratégicas con instituciones públicas y/o privadas, cuyas actividades puedan ser de interés para la ASEPP; realizar y dar apoyo a actividades científicas, culturales y empresariales, en los ámbitos que le sean propios.
- Pueden ser socios de ASEPP todos aquellos médicos con actividad profesional privada en el ámbito de la Psiquiatría y de la salud mental.

BIOÉTICA Y ENSAYOS CLÍNICOS EN ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS



Si la medicina enmarcara el ciclo completo de la vida podríamos decir que la psiquiatría estaría aún inmersa en una pubertad llena de eclosiones y cambios.

Uno de estos cambios fue la introducción de la bioética en su práctica, que hasta hace no tanto (1978 con la publicación del Informe Belmont) los enfermos mentales, abolidos volitivos y cognitivamente eran objeto de todo tipo de investigaciones y experimentos al margen de su consentimiento y de los derechos humanos.

A día de hoy se ha producido un giro de 360° en este sentido, ya que al menos por parte de las autoridades sanitarias el paciente psiquiátrico está considerado un colectivo vulnerable con limitaciones mentales que los incapacitan para el manejo y la decisión de su estado de salud. Esto hace que aunemos bajo un rol de invalidez a un colectivo tan amplio

como variado. La enfermedad mental no es una y homogénea. No es condición estática y carcelaria.

Esta visión del enfermo mental y la sobreprotección que se les profesa hace que su inclusión en ensayos clínicos sea una tarea compleja y llena de trabas. ¿Qué razón ampara que el mero hecho de padecer una enfermedad psiquiátrica sea *per se* motivo de exclusión en un ensayo clínico? A nuestro parecer es un error, ya que hacer del diagnóstico el todo olvidamos la individualidad del caso. Y es que, como bien sabemos, el fenómeno psicopatológico es cambiante y en él coexisten lo biológico y lo psicosocial, entremezclándose en una maraña que solo al mirar a cada paciente de forma individual el investigador/psiquiatra podrá (ahora sí, con todos los datos) decir sobre su inclusión o no en el ensayo clínico pertinente.

Si no lo hacemos de esta forma, pacientes psiquiátricos podrían, por el mero hecho de serlo, quedar excluidos de estudios de los que podrían beneficiarse si su diagnóstico no implicara esa «vulnerabilidad» de la que hablábamos al principio. ¿Y, no es acaso esto **agrar el estigma** que ya inunda a nuestros pacientes?

En resumen, debemos pues trabajar para la elaboración de criterios de inclusión/exclusión que lejos de ceñirse al diagnóstico principal (estático y gregario) se basen en una valoración global del paciente que permita discernir de manera objetiva e individual si es o no candidato para ser incluido en el ensayo clínico que nos ocupe.

Otro punto que seguro será motivo de conflicto es el **consentimiento informado** (imprescindible en todo procedimiento médico de carácter experimental) del paciente psiquiátrico.

Que no cunda el pánico, el psiquiatra, con el principio de beneficencia y el de autonomía siempre por bandera, deberá en base a su conocimiento y a la relación médico-paciente valorar si el paciente es competente (entendiéndose la competencia como la capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles en cada uno de ellos para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores) para decidir o no, en cuyo caso será la familia o el tutor legal del paciente quién ejecute dicha capacidad.

Una vez más, **individualizar** nos salva de la exclusión en bloque de toda la población psiquiátrica. Bajo estas premisas podremos seguir dando pasos en la búsqueda de nuevos fármacos y medidas terapéuticas que mejoren la calidad de vida de nuestros pacientes. Y es que no hace ni 60 años la psiquiatría, aún en pañales, experimentó el nacimiento de la

psicofarmacología y, aún con serendipias, comenzó una revolución en el tratamiento. Y de no haber incluido a los pacientes psiquiátricos seguiríamos en la inopia.

Ignorancia de la que, por desgracia, aún hay quien no ha salido. No queremos concluir sin advertir de la anticiencia bizarra que, aprovechándose de la vasta ambigüedad y complejidad de la psiquiatría, cuestiona lo incuestionable, poniendo en entredicho incluso el ya asentado poder terapéutico de los antipsicóticos y de los antidepresivos. Como si de un film de humor absurdo se tratara, uno de estos seudopsiquiatras de nombre **Peter Gotsche** y de profesión (al margen de su currículum) «charlatán», afirma en una de sus entrevistas que «Los fármacos psiquiátricos nos hacen más daño que bien». ¡Cuánto daño potencial puede hacer a tantos enfermos tentados ya de por sí a abandonar sus tratamientos! Nos da a elegir, o somos malvados o estúpidos. Nada que decir.

Para vencer a este tipo de cáusticos paracientíficos detractores de la psiquiatría, nuestra única alternativa es seguir trabajando, seguir investigando, nosotros sí, con la ciencia y la ética de nuestra parte, mejorando siempre en pro del paciente con enfermedad mental, de su bienestar y su calidad de vida. Porque, a diferencia de algunos ilustrados ignorantes, nuestro contrato como médicos contra el sufrimiento ajeno es vitalicio y nuestros egos no se nutren en titulares de periódicos, si no en la satisfacción inenarrable de ver a un paciente mejorar cuando responde a un calculado tratamiento.

Francisco Toledo

Trazodona: tratamiento del paciente anciano con trastorno depresivo mayor con insomnio



Dra. Elena Guimerà Querol



Dr. Josep Ramon Domènech

Las enfermedades mentales se acompañan de una marcada incidencia de trastornos del sueño. Un 80% de los pacientes con trastorno depresivo se quejan de un deterioro tanto en la cantidad como en la calidad de su sueño, siendo el insomnio la alteración más frecuente-

mente contemplada. En el paciente anciano depresivo estos datos son totalmente superponibles, incluso con mayor prevalencia y deterioro asociado. Trazodona es un fármaco antidepressivo de eficacia probada para el tratamiento de la depresión y con un perfil de actividad que

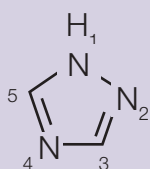
le coloca como fármaco de elección en este contexto clínico.

Trazodona pertenece a la categoría de los psicotrópicos denominados multifuncionales: aquellos fármacos que presentan más de un mecanismo de acción y cuya actividad es dependiente de su dosis y de su formulación. En concreto, pertenece al grupo ASIR: antagonista e inhibidor de la recaptación de serotonina.

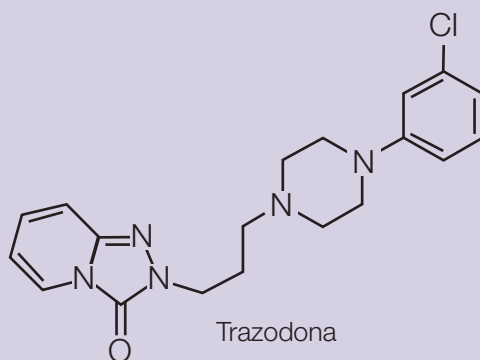
Se utiliza sobre todo en el tratamiento del trastorno depresivo mayor en adultos, mostrando en diferentes estudios una eficacia antidepressiva similar a distintos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y a los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina. Su uso se da tan-

ANEXO I

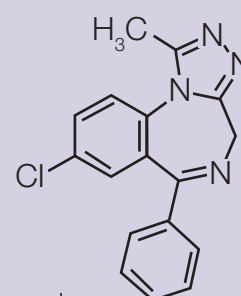
Anillo triazol en psicofarmacología



Anillo triazol



Trazodona



Alprazolam

Los heterociclos nitrogenados son moléculas clave en numerosos campos científicos. En concreto, los triazoles han encontrado muchas aplicaciones en química médica como antifúngicos (fluconazol, posaconazol), antidepressivos (trazodona) o anticancerígenos (triazoloacridonas).

to en tratamientos como agente único (monoterapia) o como terapia de potenciación antidepressiva y/o correctora de los efectos secundarios de otros agentes antidepressivos.

Trazodona: estructura química

Trazodona es un derivado de la triazolopiridina que comparte la estructura de anillo triazol con el alprazolam. No presenta relación química con otros antidepressivos, aunque muestra similitudes con algunos componentes de la cadena lateral de los tricíclicos y de las fenotiazinas.

Mecanismo de acción: ASIR

Trazodona ha sido el primer antidepressivo con un mecanismo de acción dual y multifuncional: inhibidor del transportador de la recaptación de serotonina y antagonista de los receptores 5-HT_{2A} y 5-HT_{2C}.

ANEXO II Anillo triazol en psicofarmacología

1. Bloquea los receptores serotoninérgicos 2A
2. Bloquea los receptores 1 de la histamina
3. Bloquea los receptores α 1-adrenérgicos
4. Bloquea el recaptador presináptico de la serotonina

Por una parte, tiene un efecto hipnótico a dosis bajas debido a su bloqueo de los receptores serotoninérgicos 5-HT_{2A}, histaminérgicos H1 y α 1-adrenérgicos. A dosis más elevadas bloquea la bomba de recaptación de serotonina en la neurona presináptica, que hace que tenga un efecto antidepressivo, a lo que se le suma el efecto perteneciente al propio bloqueo selectivo de los receptores 5-HT_{2A}, incrementan-

do por tanto la estimulación de otros receptores 5-HT. Carece de actividad colinérgica.

ANEXO III Consecuencias clínicas relevantes derivadas de la estimulación de los receptores 5-HT_{2A}

- Agitación
- Acatisia
- Ansiedad
- Ataques de pánico
- Insomnio
- Disfunción sexual

Trazodona se absorbe rápidamente en el tubo digestivo y alcanza niveles plasmáticos máximos en 1-2 h. Se metaboliza intensamente en el hígado.

El 75% de sus metabolitos se excretan por orina y solo el 1% del fármaco se elimina sin modificar. Su biodisponibilidad no está influenciada por la edad y no se observan diferencias de género de forma consistente. La semivida es de 6-11 h y la de su metabolito activo, la m-clorofenilpiperazina, de 4-14 h. Muestra escasas interacciones farmacológicas.

Trazodona aumenta los efectos depresores de otros fármacos con acción central y del alcohol; su administración junto con antihipertensivos puede producir hipotensión e incrementa los valores de digoxina y fenitoína. La asociación con fluoxetina puede incrementar los niveles de trazodona.

Indicaciones

Su indicación fundamental es el tratamiento del trastorno depresivo mayor en adultos con una eficacia antidepressiva comparable a antidepressivos tricíclicos, ISRS e inhibidores de la recaptación de noradrenalina.

Debido a sus propiedades bloqueantes de los receptores de histamina, trazodona, con un perfil sedativo, es una buena alternativa a las benzodiazepinas en el tratamiento del insomnio asociado al trastorno depresivo o secundario a su tratamiento.

Dado que no presenta actividad anticolinérgica, es un tratamiento especialmente útil en pacientes de edad avanzada con depresión, sobre todo si esta va acompañada de agitación e insomnio.

Existen otras indicaciones *off-label* distintas en las que diferentes estudios reportan efectos beneficiosos y que muchos de nosotros hemos utilizado en diversas ocasiones: insomnio, trastorno de ansiedad generalizada, agitación en pacientes con demencia, alteraciones conductuales y psicológicas tanto en demencia frontotemporal como en la enfermedad de Alzheimer, deshabitación de benzodiazepinas, abuso de sustancias, en pacientes depresivos con disfunción sexual asociada al uso de ISRS, en pacientes que presentan acatisia asociada a neurolepticos, en síntomas negativos en la esquizofrenia, bulimia nerviosa y fibromialgia.

El trastorno depresivo y las alteraciones del sueño

Las alteraciones del sueño forman parte de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo. La más frecuente es el insomnio; lo presenta un 90% de los pacientes depresivos y se han descrito alteraciones de la arquitectura del sueño típicas de los trastornos. Estudios epidemiológicos muestran que el insomnio es entre 2 y 3 veces más prevalente entre las personas con depresión que en los no deprimidos. Desde el punto de vista clínico, se ha relacionado el despertar precoz con la depresión mayor y las dificultades de adormecimiento con la ansiedad y el trastorno distímico.

TABLA 1. Alteraciones del sueño asociadas con la depresión

Clasificación	Resultados
Alteraciones en la duración y continuidad del sueño	Menor latencia total de sueño
	Mayor latencia de sueño
	Mayor número de vigiliias intermitentes durante la noche
	Despertar precoz por la mañana
	Mayor número de cambios de fases
	Menor umbral de activación
Menor eficiencia de sueño	
Alteraciones en el sueño no REM	Menor cantidad de sueño de ondas lentas (fases 3 y 4)
	Menor porcentaje de sueño de ondas lentas respecto al sueño total
Alteraciones en el sueño REM	Menor latencia REM
	Mayor duración del primer periodo REM
	Mayor densidad REM durante el primer periodo REM
	Mayor cantidad de sueño REM durante el primer tercio de la noche

Las alteraciones del sueño durante un episodio depresivo no comprenden únicamente el insomnio, sino que son frecuentes la presencia de pesadillas, la mala calidad de sueño, la disminución del tiempo total de sueño y los frecuentes despertares nocturnos. Todo ello se verá reflejado al día siguiente con una sensación diurna de somnolencia y fatiga.

A través de la polisomnografía se muestran las principales alteraciones del sueño en los pacientes depresivos, afectando a tres ámbitos diferentes: alteraciones en la duración y continuidad del sueño, alteraciones en la fase no REM (*rapid eye movement*) y alteraciones en la fase de sueño REM (Tabla 1).

En cuanto a la duración y continuidad del sueño, generalmente dis-

minuye el tiempo total de sueño como consecuencia de un incremento de la latencia del sueño, de un aumento de la vigilia nocturna o del despertar precoz; también muestran frecuentes cambios de fase y un umbral más bajo de activación. En la fase no REM se reduce la cantidad de ondas lentas (fases III y IV), con una disminución tanto del tiempo total como en el porcentaje de sueño de ondas lentas. En la fase REM vemos una disminución en la latencia del primer sueño REM (se adelanta en el tiempo); la duración del primer sueño REM se alarga y se hace más denso, y se nota un aumento de la proporción de los movimientos oculares rápidos y un aumento del porcentaje del sueño REM.

Todo ello da lugar a una disminución del sueño lento profundo (fa-

ses III y IV), mayor porcentaje de sueño superficial (fases I y II), despertares frecuentes con sueño fragmentado, disminución del tiempo total de sueño y disminución de la eficiencia y calidad del sueño.

Las alteraciones del sueño son uno de los síntomas más consistentes en las enfermedades afectivas. Algunos estudios ponen en evidencia que el insomnio es el mejor predictor para el desarrollo de depresión. Dado que diferentes líneas de investigación han mostrado que el insomnio incrementa el riesgo de aparición de nuevos casos de depresión y de recaída en aquellos que habían mejorado, es de gran importancia realizar un tratamiento óptimo del insomnio. Asimismo, la mejora precoz del sueño puede ser un objetivo importante en el tratamiento de muchos de nuestros pacientes.

Tratamiento del insomnio asociado a la depresión clínica

En general, los inconvenientes de un tratamiento prolongado con benzodiazepinas, hipnóticos, y de las nuevas moléculas no benzodiazepínicas, motivan la búsqueda de alternativas en el tratamiento farmacológico del insomnio. Se han descrito problemas de amnesia anterógrada, sedación residual diurna, insomnio de rebote al suprimir su administración (sobre todo en moléculas con una vida media corta o intermedia) y dependencia tanto psíquica como física. En los pacientes ancianos esta problemática se encuentra mucho más intensificada y causante de problemas físicos significativos. Como hemos indicado anteriormente, dado que trazodona no presenta actividad anticolinérgica, es un tratamiento especialmente útil en pacientes de edad avanzada con depresión, sobre todo si esta va acompañada de agitación e insomnio.

La importante comorbilidad entre el insomnio y la depresión, jun-

to con el impacto de algunos anti-depresivos en los mecanismos de neurotransmisión en la regulación del sueño, justifican su utilización en los pacientes insomnes. De hecho, en los últimos años se observa una tendencia a incrementar la prescripción de antidepresivos para tratar el insomnio y una retracción en el uso de los agonistas de los receptores benzodiazepínicos.

Los trastornos del sueño están presentes en la mayoría de pacientes con trastornos depresivos y con mayor prevalencia si cabe en el subgrupo de ancianos. En gran parte de los casos el insomnio desaparece cuando mejora el trastorno depresivo, sin embargo los antidepresivos tienen efectos variables sobre el sueño: mientras que unos antidepresivos modulan los patrones fisiológicos del sueño y consiguen la mejora del insomnio junto a los demás síntomas depresivos, otros presentan efectos adversos sobre el sueño, provocando un empeoramiento del insomnio.

En realidad, el insomnio es uno de los efectos secundarios mejor descritos de antidepresivos ISRS, bupropión, venlafaxina, duloxetina, inhibidor de la monoaminoxidasa y tricíclicos (excepto amitriptilina). Estos efectos son mayores y más importantes en la fase REM, con una reducción de la cantidad de sueño REM y el incremento de la latencia hasta la instauración del sueño REM.

Trazodona, por su efecto antagonista sobre los receptores 5-HT_{2A}, histaminérgicos H1 y α 1-adrenérgi-

cos, es un fármaco antidepresivo que a dosis bajas (50-100 mg) se ha asociado con un efecto hipnótico consistente. Esto es debido a que es un fármaco con un poder sedativo rápido y que no causa, o lo hace de forma muy leve, disminución del sueño REM, así como aumenta la cantidad de sueño no REM de las fases III y IV (fases típicamente asociadas a profundidad subjetivamente percibida del sueño). Todo ello da lugar a un incremento de la eficiencia del sueño, en el tiempo total de sueño, en el período total de sueño, así como una disminución de los despertares nocturnos y el de primera hora de la mañana.

Otra serie de estudios ha demostrado que trazodona es un fármaco con efecto hipnótico eficaz en los pacientes con insomnio secundario al tratamiento con antidepresivos estimulantes como fluoxetina y venlafaxina.

Por tanto, podemos concluir que trazodona continúa ocupando un lugar privilegiado en nuestro vademécum para el mejor tratamiento de nuestros pacientes con trastorno depresivo, ancianos y con problemas de insomnio asociados a la misma depresión o secundarios a los tratamientos psicotrópicos instaurados. ■

Lecturas recomendadas

– Bertschy G. Trazodone addition for insomnia in venlafaxine treated, depressed inpatients: a semi-naturalistic study. *Pharmacological Research* 2005;51:79-84.

- Bueno JA, Sabanés F, Salvador L, Gascón J. *Psicofarmacología clínica*. Salvat Editores S.A., 1985.
- Fagiolini A. Rediscovering trazodone for the treatment of major depressive disorder. *CNS Drugs* 2012;26(12):1033-49.
- Jinadal RD. Insomnia in patients with depression. Some psychophysiological and treatment considerations. *CNS Drugs* 2009; 23(4):309-29.
- Kaynak H. The effects of trazodone on sleep in patients treated with stimulant antidepressants. *Sleep Medicine* 2004;5: 15-20.
- Lee EK. Insomnia in the elderly: update on assessment and management. *CGS Journal of CME* 2016;6(1).
- Lopes R, Alves JC, Rego RG. Trazodone addition to mirtazapine and paroxetine in a patient with treatment-resistant depression: the pros and cons of combining three antidepressants. *Case Rep Med* 2016; 5362485. Epub 2016 Oct 11.
- Palazzo G. Chemistry of trazodone. *Curr Ther Res Clin Exp* 1973;15(10):745-8.
- Salazar M, Peralta C, Pastor J. *Tratado de psicofarmacología. Bases y aplicación clínica*. Editorial Médica Panamericana, S.A., 2005.
- Saletu-Zyhlarz GM. Insomnia in depression: differences in objective and subjective sleep and awakening quality to normal controls and acute effects of trazodone. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry* 2002;26:249-60.
- Silvestrini B, Cioli V, Burberi S, Catanesse B. Pharmacological properties of AF 1161, a new psychotropic drug. *Int J Neuropsychopharmacol* 1968;7(6):587-99.
- Stahl SM. Antidepresivos. 2010 edición española de GRUPO AULA MÉDICA, S. L.
- Stahl SM. *Psicofarmacología esencial de la depresión y trastorno bipolar*. Editorial Médica Panamericana, S.A., 2001.
- Thase M. *Unipolar Depression in adults: Treatment of resistant depression*. Upto-Date October 2016.
- Wilson S. Antidepressants and sleep. A qualitative review of the literature. *Drugs* 2005;65(7):927-47.



X CONGRESO NACIONAL DE LA Asociación Española de PSIQUIATRÍA PRIVADA

Barcelona



CaixaForum. Centre Cultural de l'Obra Social «la Caixa»

2017
25-27 MAYO





Palabra de paciente

C.G. es un paciente barcelonés a quien le encanta utilizar la expresión oral y escrita para establecer una comunicación satisfactoria con algunas de las personas que le rodean. Preocupado también de lo que le pasa y de lo que sucede en nuestro entorno, va elaborando distintos relatos que modifica o adecua con el paso de los años. Para ilustrar este número se han escogido dos de sus textos.

En el primero define su trastorno desde su punto de vista, una mezcla de objetividad y de subjetividad que creo puede resultar muy atractiva.

En el segundo valoraremos sus reflexiones sobre diferentes ámbitos en los que deberíamos tener nuestra propia opinión. Estamos acostumbrados a dar todo tipo de consejos a nuestros pacientes, en esta ocasión invertiremos las tornas, dejando que ellos mismos nos den su punto de vista.

Trastorno esquizoafectivo

La facultad que presentan ciertos individuos de aislarse del entorno y de perder contacto con él.

La constitución esquizoide puede ser, aunque no obligatoriamente, un principio elemental de esquizofrenia. La vida interior de un sujeto esquizoide ocupa un lugar preponderante y es difícil penetrar en ella; el observador se encuentra frente a una persona que muestra fundamentalmente una apariencia de frialdad y desinterés. La constitución esquizoide implica un repliegue del individuo sobre sí mismo, con el mínimo contacto con el mundo exterior, lo que normalmente es una reacción de protección de su exagerada o muy desarrollada sensibilidad (según el estándar social).

El individuo esquizoide oculta tras su aparente frialdad o dejadez una afectividad no armoniosa, ambivalente, que oscila entre una hiperestesia y una anestesia afectivas.

Estadísticamente, el tipo morfológico más frecuente en la constitución esquizoide es el asténico o leptosómico (biotipo formado por las personas altas y delgadas, entre otras características), aunque también son bastante frecuentes el tipo atlético y los otros tipos **con anomalías en el desarrollo (hiper o hipotiroideos)**.

Entre los esquizoides se encuentran intelectuales, filósofos, artistas, idealistas, así como tímidos sociales e impulsivos.

Frases propias y consejos personales

- No busques ser más que nadie, busca ser mejor que ninguno.
- Allá donde no haya orden, desconfía.
- Negar el sexo es antinatural, pero el no practicarlo también es un derecho.
- El amor nace, nunca se hace.
- Nunca volveré a estar tan ágil como antes, pero siempre procuraré no estar tan torpe como ahora.
- ¿Qué se puede aprender de los demás?: la esencia de cada persona.
- Con respecto a la Naturaleza: ¡Su fuerza es su poder! Aquel que siempre ataca se deberá a poderosas razones y aquel otro que se defiende responderá a poderosas convicciones.
- Nunca se es lo suficientemente listo.
- Pon tu capacidad al servicio de tu corazón.
- No sé lo que he de hacer para lograr el acierto, pero sí sé lo que no he de hacer para poderlo alcanzar.
- Hacer el bien, a la larga, es más rentable.
- Las putadas nunca las buscas, pero siempre las encuentras.
- Es más y mejor esclavo aquel que ni siquiera sabe que lo es.
- ¡Empresario!: ¡Si no inviertes en la Sociedad, es que no formas parte de ella!

- Los borregos cuando no te siguen te pisotean y luego los lobos si pueden te devoran.
- El ruido no te permite pensar con acierto pero sí actuar con torpeza.
- Mejor conformarse con ganar poco pero seguro que ante la posibilidad de ganar mucho o perderlo todo.
- Los humanos debemos llegar tan lejos como nos lo exija nuestra conciencia.
- La Humanidad está condenada a entenderse.
- La ignorancia es la que no permite decidir con propiedad, y cuando se actúa se hace solo mediante la inercia del entorno colectivo.
- La corrección conlleva siempre a la mejora.
- Cuando llegas al extremismo, se te presenta el abismo.
- El fin ¡no siempre! justifica los medios.
- No solo sufriendo se aprende.
- La amistad es el mayor privilegio universal.
- La Unificación Mundial vendrá dada por su carácter gradualista.
- Cuanto más radical, más inestable y menos fiable se vuelve.
- En el momento en que nos rindiéramos, Dios prescindiría de nosotros.
- ¿Todo ha de darme igual porque igual todo va a seguir estando?: ¡Imposible! ¡Soy único pero no estoy solo! Dios es una incógnita imposible de descifrar pero fácil de detectar.
- ¿Acaso crees que con lo que ahora sabes me puedes hacer sombra? (El Destino).
- Nuevas cosas siempre aprenderás, más y mejor te sentirás.



- La gente solo cree en lo que quiere creer.
- Soy como un niño que no quiere crecer y que sin embargo crece... muy a su pesar.
- Solo soy generoso en el grado de interés y de la importancia que le quiera dar.
- A mayor nivel político, mayor grado de competencia.
- **La interactividad**, el individuo puede cambiar su entorno tanto como este lo puede hacer también con él. Ello dependerá del interés y la importancia de todos y cada uno de los individuos que formen parte. ■

Lisboa

Dr. José Antonio López Rodríguez



Hola tía, nos vamos, no te preocupes que esta vez vamos cerca: Lisboa. ¡Cuántos recuerdos! ¿Te acuerdas que empecé a ir en el año 73 y estuve yendo 5 veces al año durante bastantes años, hasta que con mi inquietud por conocer nuevas culturas cambié el rumbo y me dirigí a conocer otras ciudades de Europa?

Recuerda a mi amigo Alfredo, «el tío de la niña». Tenían un apartamento en Lisboa cerca de la avenida Da Liberdade y allí íbamos con mucha frecuencia. Ellos conocían muy bien Lisboa y de su mano yo fui conociendo la ciudad de entonces.

Como te decía antes, después de ir con mucha frecuencia durante años, me saturé y estuve mucho tiempo sin volver. Solo recuerdo pasar allí una Nochevieja hará unos 20 años y desde entonces no he vuelto.

Me hablaban amigos del cambio que había sufrido la ciudad y, aprovechando la circunstancia de que tengo una amiga viviendo allí y que otra amiga es directora de una cadena de «hoteles con encanto» y tiene uno en Lisboa, me decidí, y en junio fui a reencontrarme con Lisboa, con mi nostálgica juventud y a observar el cambio sufrido por la ciudad.

Pero antes de hablarte de las dos Lisboas, como siempre, te voy a dar unas pequeñas pinceladas de historia (ya sabes que para conocer un pueblo hay que conocer su historia).

En principio, tía, tienes que saber que Portugal podría formar parte de España como otras regiones de la Península Ibérica. ¿Por qué no lo es? Los Reyes, como siempre, políticos y poderosos trazaban las fronteras de su cortijo para su propio interés y explotación, generaban un sentimiento de pertenencia y tenían la idea de que los otros eran los enemigos, y así crearon su propia nación. Ya sabes: así nacen los nacionalismos. Intereses de los gobernantes y explotación de los sentimientos más arcaicos del ser humano: pertenencia a una tribu y existe riva-

lidad con la tribu vecina. Pero bueno, no voy a divagar porque estos temas a cualquier mente racional del s. XXI le ponen de mal humor y este no es el objetivo del viaje.

En el caso concreto de Portugal, pertenecían al Reino de León hasta que la nobleza decidió separarse, y un noble luso, Alfonso Enríquez, se independizó y fue nombrado rey por el Tratado de Zamora.

Pero hasta entonces ¿qué había pasado?: como toda la Península Ibérica, Portugal fue testigo de un constante flujo de diferentes civilizaciones: tartessos, iberos, celtas, fenicios, cartagineses, griegos y romanos.

De todo este mosaico de pueblos, los que dejaron más huella fueron los iberos y después los celtas. Fundamentalmente, se puede decir que los portugueses (lusos) son descendientes de estos celtas, como los gallegos (hay tantas similitudes entre ellos...).

En concreto, Lisboa fue fundada por los fenicios el año 1000 a.C. y después ocupada por todos estos pueblos.

Como el resto del país, sufrió los problemas de la independencia, que fue considerada ilegal por el Reino de Castilla y León, y durante varios siglos mantuvieron guerras entre ellos. La dinastía de Trastámara propuso en varias ocasiones vincular la corona de Castilla con la de Portugal, si bien fueron derrotados en el campo de batalla.

En 1578 murió el rey de Portugal Avis sin descendencia y Felipe II hizo valer sus derechos sucesorios por vía materna. Así, durante tres reinados Portugal formó parte del Reino de España, pero la nobleza lusa siguió conspirando hasta que, en 1641, logró la independencia y proclamó al Duque de Braganza como Juan IV. Aquí se separaban nuestros caminos. Posteriormente, Portugal tuvo épocas de esplendor gracias a su espíritu marino y colonial, pero a partir del s. XXI entró en un declive progresivo del que da la sensación que se está recuperando.



Lisboa fue nombrada capital en 1255. Te voy a contar una anécdota respecto a Lisboa y su capitalidad: cuando Felipe II fue rey de España y Portugal decidió trasladar su capital de Valladolid. Se plantearon dos opciones: Madrid y Lisboa, la primera debido a su situación geográfica y la segunda por ser la capital del reino de Portugal y por el espíritu de la conocida «Teoría Maquiavélica». Fíjate cómo son las cosas de la vida: Lisboa pudo ser la capital de España y seríamos un solo país. La historia es como la vida personal: las pequeñas decisiones y circunstancias lo cambian todo.

Lo más notable de la historia de Lisboa fue el terremoto de 1755 que destruyó la ciudad, que fue reconstruida por el Marqués de Pombal y que es la actual Lisboa. Volvamos a nuestra Lisboa. La ciudad que yo conocí antes de la revolución era como la define el fado: «antigua y señorial». Era como esos nobles arruinados que conservan una clase que no puede comprar el dinero.

Recuerdo el ambiente de los cafés: tranquilos, silenciosos; gente hablando y leyendo el periódico; sin prisas. Este tono inglés que había en los comercios de las calles entre la Plaza de Pombal y la del Comercio (ya sabes la influencia inglesa en Portugal).

Naturalmente, sus barrios tradicionales: **Alfama**, el más antiguo de la ciudad, el antiguo barrio judío. El barrio donde ir a oír fados. Un buen plan es visitarlo por la tarde antes de que se vaya el sol, recorrer todas las callejuelas e ir a cenar a alguno de los restaurantes y escuchar fados después con una copa.

En el restaurante Mesa de Frade se puede escuchar buen fado. **Castelo**, donde visitar El Castelo de Sao Jorge y dar una vuelta por las callecitas de alrededor.

Baixa-Chiado, donde estaban estos comercios de los que te hablé.

Alto, que es la zona de bares por excelencia de Lisboa.

En fin, un recuerdo de Lisboa agradable, tranquilo y muy vivible.

Cuando he vuelto ahora he encontrado una ciudad moderna y marchosa.

Los barrios siguen siendo los mismos, pero cambian los bares, los restaurantes, los sitios de copas y la gente que los disfruta. Hay más animación en las calles, más gente disfrutándolo y los restaurantes se están poniendo a la altura de los europeos.

Para terminar, te diré tía algunas cosas no turísticas, aprovechando la información proporcionada por mi amiga que vive allí.

Me cuenta que el lisboeta se caracteriza por ser educado, amable y reservado. Son grandes apreciadores de los pequeños placeres: una comida en la típica tasca portuguesa, su café después de comer o a media tarde en alguno de los innumerables quioscos de la ciudad.



A no ser que por trabajo se dediquen a alguna actividad relacionada con el turismo, apenas interactúan con el turista. Para conocer bien a una lisboeta necesitas convivir con él mucho tiempo.

Lisboa es una gran ciudad llena de pequeños rincones. Por mucho que la recorras siempre hay algún rincón que te sorprende.



Pastelería Versailles

Son innumerables la cantidad de parques y jardines que se pueden encontrar. Nos recomienda algunos lugares, restaurantes menos conocidos y más interesantes:

- Jardim do Torel, custodiado por varios palacetes del s. XXI.
- Jardim das Necessidades, este jardín situado en una zona menos concurrida cuenta con 10 hectáreas de extensión.
- Pastelaria Versailles es una pastelería histórica de la ciudad con un gran ambiente familiar, sita en la gran

Avenida de la República, no pasa desapercibida por el estilo Art Nouveau.

- Café Museu Nacional Arte Antiga, este pequeño café se encuentra dentro del Museo Nacional de Arte Antigo y se puede disfrutar de las mejores vistas del puente 25 de Abril.

Los portugueses adoran la comida local. Para ellos, los restaurantes recomendables son: Stop Do Bairro, Sinal Vermelho y Café Sao Bento.

Bueno tía, tanto por su parte antigua y señorial como por su parte moderna, Lisboa merece más visitas. ■

Consideraciones sobre una reforma psiquiátrica pendiente

1. Asistencia sanitaria en España

Los componentes esenciales del llamado estado del bienestar son la sanidad y la educación universales y gratuitas. Este modelo socialdemócrata ha funcionado en Europa durante décadas en unos países mejor que en otros, hasta la llegada de la crisis económica que obligó a plantearse la viabilidad de dicho modelo.

En España la mayoría de políticos y periodistas suelen alardear de la eficacia del sistema sanitario español. Seguramente porque no lo conocen bien y sobre todo porque no tienen en cuenta el coste que conlleva, siendo la principal causa del déficit de la comunidades autónomas.

Este hecho debería obligar a la administración a dejar de enarbolar la bandera de la sanidad como asunto de identificación política y desmontar el maniqueísmo de sanidad pública como la buena y sanidad privada, como la mala.

Es evidente que se tendrá que ir en la dirección de la articulación de todos los recursos existentes y superar irracionalidades actuales como el doble seguro público y privado, cosa que no ocurre con los funcionarios, que tienen la posibilidad de elegir un sistema u otro. Además, a diferencia de los asegurados civiles, tienen incluida en sus pólizas el tratamiento de las adicciones. Esto es una discriminación injusta a fa-



Dr. José María Vázquez Roel

vor de los funcionarios que no es justificable.

Si se analizan otros sistemas sanitarios en Europa, se aprecia un abanico de mayor o menor peso de la asistencia pública y el progresivo desarrollo de la privada. En este sentido y para facilitar la financiación privada y disminuir el gasto público se debería incentivar el seguro privado con medidas de desgravación fiscal.

2. Asistencia psiquiátrica

Aunque todavía existen «manicomios» en España (públicos y privados), debemos considerar el efecto del movimiento antipsiquiátrico que tuvo lugar en Europa entre la década de los 70 y los 80.

La denuncia de la filosofía de rechazo social de la locura y su encierro dentro de los muros de los manicomios, así como de los abusos y malas praxis frecuentes por parte de algunos profesionales, y el acceso y la visualización de sus in-

teriores a través del cine, fue calando en la sociedad y generó la búsqueda de soluciones alternativas a esa institución malsana.

Más o menos en ese tiempo se descubrieron los primeros psicofármacos y se fue generando entre los psiquiatras y los planificadores sanitarios la idea de considerar la psiquiatría como una especialidad médica como las demás y que, por tanto, debía tratarse como tal y los ingresos debían hacerse en los hospitales generales.

Este concepto determinó la creación de plantas o secciones de psiquiatría en los hospitales generales de muchos países. En España coincidió con la expansión del sistema sanitario público iniciado durante el franquismo y consolidado por el socialismo con La Ley General de Sanidad de Ernest Lluch. Aquí se promulga la directriz de que se debe evitar por parte de los psiquiatras el régimen de internamiento para el enfermo mental y que, en caso de ser necesario, se debe hacer en los hospitales generales públicos.

Esta mentalidad sigue existiendo entre la mayoría de los psiquiatras y es contradictoria con la demanda social existente de buscar centros que posibiliten el internamiento de los pacientes.

Seguramente esta es una de las causas que explican la situación paradójica que se da en España desde hace años y cuya morbilidad y mortalidad no se ha evaluado de forma adecuada.

La aparición desde los 80 del fenómeno de las «toxicomanías» generó alarma social y fue surgiendo desde entonces una variopinta colección de supuestas «comunidades terapéuticas», muchas de ellas sectas destructivas peores que las toxicomanías, en la cuales caían y siguen cayendo incautos desinformados ante la incomprensible negligencia tanto de la administración central como de las autonómicas.

Por tanto, asistimos al increíble espectáculo de internamiento de los «toxicómanos» en distintos tipos de centros y a la negación del ingreso de los otros enfermos mentales, cuando es evidente que los toxicómanos, alcohólicos y otros adictos son enfermos mentales como el que más.

3. Situación actual

Dejando a un lado la autocomplacencia de la clase política y de los profesionales del sector público (no todos, por supuesto) en cuanto a las bondades del sistema sanitario español, como se ha mencionado anteriormente, lo que es evidente es el fracaso de la reforma de la asistencia al enfermo mental iniciado con la promulgación de la Ley General de Sanidad todavía vigente.

La creación de las unidades psiquiátricas de internamiento en los hospitales generales públicos supuso un avance evidente para la superación del estigma del enfermo mental. La presencia de la especialidad psiquiátrica en los hospitales generales para la evaluación de este tipo de desórdenes de la salud mental a través de las interconsultas es también un avance importante.

Pero es evidente que el planificador de la asistencia sanitaria deberá medir la eficiencia de los hospitales generales, sean públicos o privados, para la toma de decisiones. En general, se considera que es más eficiente el hospital que re-

suelve satisfactoriamente en el menor tiempo posible el problema que motivó el ingreso.

Aquí llegamos al punto diferencial entre las patologías orgánicas y las psiquiátricas. Mientras al enfermo orgánico se le puede y se le debe dar el alta lo antes posible, al enfermo mental, en el que por definición concurren factores etiológicos muy variados, generalmente es muy difícil dar el alta en un tiempo de estancia breve. Esto supone un importante estrés para los profesionales, puesto que sus decisiones en torno al alta médica fluctuarán entre las presiones de las gerencias para dejar la cama libre y su deontología profesional.

En general, después se le deriva a un centro de salud mental para la continuación de la asistencia a nivel ambulatoria con el fin de entrar en una lista de espera que no suele ser corta.

El otro factor importante que hay que tener en cuenta es el hecho cada vez más frecuente de la asociación entre las patologías mentales «normales» y los trastornos relacionados con el abuso de sustancias.

En estos casos se suelen derivar a estos pacientes a los CATS o asociaciones parasanitarias, con lo que se imposibilita el tratamiento integral del adicto. Esto es consecuencia de la separación de la red de atención a los pacientes «psiquiátricos» y la de la atención a los adictos.

Por tanto, actualmente en España podemos identificar un sistema «binario» para la atención del enfermo mental clásico que consiste en la potenciación de los tratamientos ambulatorios en los centros de salud mental y el ingreso, solo en caso de urgencia, en los hospitales generales, donde la duración del internamiento debe ser lo más corta posible.

Y, en paralelo, a menudo sin coordinación con la atención psiquiátrica, existe una oferta asistencial polimorfa de centros ambulatorios

y de asociaciones que actúan sin licencias sanitarias. La mayor parte de las «comunidades terapéuticas» en España no tienen carácter sanitario, a pesar de la consideración científica a nivel internacional de que las adicciones son trastornos de la salud mental.

4. Propuesta de un nuevo modelo

En base a lo expuesto se debería considerar que la mayoría de las comunidades terapéuticas existentes no forman parte de una red de asistencia de salud mental. Pueden ser públicas o privadas, pero para entrar en ellas se tiene que ser adicto a algo.

Por tanto, la única posibilidad de ingreso de un enfermo mental no adicto es el ingreso por poco tiempo en un hospital general.

Desde la larga experiencia de la Clínica Capistrano, se considera el uso de unidades de internamiento breves (de 1 a 3 meses) como escalón intermedio entre el hospital general, cuando sea necesario, y el ambulatorio.

Las unidades de psiquiatría en los hospitales generales han supuesto un avance importante en la asistencia al enfermo mental, pero suponen un coste muy alto para el hospital debido a la necesaria duración de las estancias, puesto que las remisiones de las enfermedades mentales suelen superar con creces las de las enfermedades orgánicas y no tienen la infraestructura necesaria para el tratamiento de las adicciones.

Una alternativa para acortar la estancia en un hospital general sería la potenciación de las unidades de internamiento de duración media capaces de dar respuesta a la problemática clásica y a las adicciones de forma integral.

Esta ha sido la experiencia durante 3 décadas de la Clínica Capistrano, y se propone este modelo

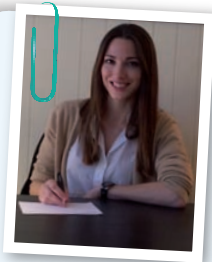
como alternativa complementaria o sustitutiva para la atención del enfermo psiquiátrico en los hospitales generales, sobre todo en un momento de expansión de las redes de hospitales generales privados. Se plantea la creación de este tipo de unidades por ser más eficaces,

más confortables y tener un coste mucho menor a través de contratos de externalización mutuos. El ahorro de la inversión y sobre todo el gasto de explotación por metro cuadrado construido, teniendo en cuenta la duración media de la estancia psiquiátrica, así como su

mayor eficacia terapéutica, sugiere la lógica propuesta de la implementación de este modelo como alternativa a la creación de unidades de psiquiatría en los hospitales generales privados, a diferencia de lo que se ha hecho en la sanidad pública. ■

Contrastes

Sin duda que en esta ocasión el nombre de «Contrastes» va perfecto. ¿Quién decía que todos los psiquiatras éramos iguales? Un bilbaíno (Dr. Mendivil) y una barcelonesa (Dra. Prat) radicalmente diferentes. Una perfeccionista y un disperso; una racional y un apasionado, que nos los podemos encontrar en Formentera o en la Selva de Oza, tras Vetusta Morla o Nat King Cole. Hemos perdido una posible blanca gimnasta olímpica, pero hemos conocido el azul Bilbao y el hamaiketako.



Nombre: Mónica Prat Galbany.

Edad: 34 años.

Actividad profesional y cargo: psiquiatra adjunta me acabo de incorporar hace 2 años en el Consorci Sanitari Integral y en la consulta privada.

El mejor año de su vida: hasta la fecha, 2011 sin duda. Me trasladé unos meses a trabajar al Mount Sinai de Nueva York y esto supuso una experiencia muy intensa e enriquecedora a nivel personal y profesional. Tuve la suerte de conocer a personas que me enseñaron otras perspectivas desde las que ver la vida. Todo esto no tiene precio. Asimismo, soy de las que piensan que puede que el mejor año de mi vida aún esté por llegar...

De pequeña quería ser... gimnasta olímpica.

Pasional o racional: por suerte y por desgracia, irracional!

Comida o cena: depende de con quién...

Su plato más íntimo: la escudella i carn d'olla de mi madre.

Su color preferido: el blanco, me recuerda a la pureza y la inocencia.

Bloque personal

Un defecto: demasiado perfeccionista.

Planes de futuro: encontrar un equilibrio perfecto entre disfrutar de mi vida privada/familiar y de mi carrera.

Salud, trabajo o amor: 50, 20, 30.

Un lugar para perderse: Formentera.

Un viaje pendiente: varios rincones de África.

La palabra que más veces utiliza a lo largo del día: Buenos días!

Qué libro regalaría: "El martes con mi viejo profesor", por la relación que tiene con una situación personal cercana.

Canción de la que siempre solicitaría dos bises: "Copenhague", de Vetusta Morla.

Película inolvidable: "Regreso al futuro". Me recuerda tanto a mi infancia...

Su último concierto: Sopa de Cabra en Cap Roig.

Diurna o nocturna: diurna.

¿A qué edad se jubilaría? A una edad en la que aún me encuentre con salud para poder disfrutar del tiempo libre que voy a tener.

¿Cuánto tiempo lleva dedicándose a la psiquiatría?: 8 años.

Profesional que más le ha influido: mi mentor fue quien me transmitió el amor por esta especialidad, a él le debo muchísimo e intento cada día que desde donde esté se sienta orgulloso. Además, tengo la suerte de trabajar junto a alguien de quien aprendo cosas cada día y que admiro enormemente tanto profesional, pero sobre todo como persona.

Una depresión es... algo que supone un sufrimiento muy difícil para entender si no la has vivido de cerca.

Pelota, caballo o manzana: la primera vez que las escuchas, no puedes evitar ponerte a prueba e intentar repetir las.

Rorschach o MMPI: por mi formación, MMPI.

Amar es... querer compartir tu vida con otra persona y anteponer su bienestar y felicidad a muchas otras cosas.

El pecado capital más extendido: la envidia.

Un diván sirve para... la siesta.

Fármaco más importante en la historia de la psiquiatría: muchos. Aunque lo más curioso es que los principales se han descubierto por azar.

Bloque profesional

Una teoría que explique el comportamiento humano: creo que en los últimos tiempos se ha transmitido la creencia de que se pueden conseguir cosas rápidamente y con poco esfuerzo.

Qué tipo de trastorno mental cree que incrementará más su prevalencia en los próximos años: Creo que la depresión continuará siendo una de las primeras causas de incapacidad a nivel mundial.

La última vez que... frase que he repetido muchas veces y que a menudo no cumplo.

Característica psíquica que mejor define los tiempos actuales: inseguridad.

Proverbio o frase/ejemplo ilustrativo que suele utilizar en su consulta: "Hay que vivir el presente, aceptando nuestro pasado y sin preocuparnos en exceso por el futuro".

El año que viene... seguro que me deparará sorpresas.

Un psiquiatra no debería ser... un vendedor de cabras.



Nombre: Juan Luis Mendivil Fernández.

Edad: aproximadamente 57 años.

Actividad profesional y cargo: me dedico a la psiquiatría de forma profesional y vocacional. Hace unos

cuantos años monté un centro de salud mental privado y lo dirijo, aunque en este momento estoy creando una red asistencial en colaboración con otros centros que se dedican a lo mismo.

El mejor año de su vida: he tenido unos cuantos, pero si hay que señalar algunos fueron en los dos que tuve a mis dos hijas.

De pequeño quería ser... médico (como mi padre).

Pasional o racional: apasionado y con una crónica intención de ser metódico, pero me falta el método...

Comida o cena: según qué, para qué y con quién, pero no hago feos ni al desayuno, ni al hamaiketako (el almuerzo de las once) ni a la merienda, que de unos años a esta parte disfruto con cualquier cosa con la que se pueda disfrutar.

Su plato más íntimo: el pudín de patata que hacía mi madre (ahora lo hago yo).

Bloque personal

Su color preferido: el azul Bilbao.

Un defecto: la dispersión.

Planes de futuro: tener más tiempo para seguir haciendo cosas.

Salud, trabajo o amor: salud 50% y amor 50%, con esas dos partes el trabajo sale solo.

Un lugar para perderse: la Selva de Oza.

Un viaje pendiente: tengo una lista tan grande que faltaría espacio aquí.

La palabra que más veces utiliza a lo largo del día: ¡cuidate!

Qué libro regalaría: según a quién y en qué momento, lo de los regalos es algo que hay que individualizar.

Canción de la que siempre solicitaría dos bis: "Route 66" de Nat King Cole.

Película inolvidable: "Dersu Uzala" de Akira Kurosawa.

Su último concierto: Victor de Diego trio.

Diurno o nocturno: diurno... un tanto ceniciento.

¿A qué edad se jubilaría? De algunas cosas espero no jubilarme nunca.

¿Cuánto tiempo lleva dedicándose a la psiquiatría? Desde el 89.

Profesional que más le ha influido: he tenido muchos maestros importantes para mí, pero no sé qué he aprendido de cada uno, lo que sí sé es que los pacientes han sido los que más me han enseñado.

Una depresión es... una gran oportunidad para aprender y convertir ese momento en un punto de inflexión. Según cómo se mire toda una suerte.

Pelota, caballo o manzana: a mí también me cuesta más acordarme de las cosas, pero siempre he sido muy despistado, así que...

Rorschach o MMPI: MMPI, para interpretaciones proyectivas ya las hago yo.

Amar es... imprescindible. No amar es morir en vida.

El pecado capital más extendido: hay unos cuantos, por señalar alguno la inflexibilidad mental y la envidia.

Un diván sirve para... pararse a pensar, pero se puede hacer en otros sitios también.

Fármaco más importante en la historia de la psiquiatría: son tres, haloperidol, clorpromazina y diazepam. Todos los demás son copias mejoradas.

Bloque profesional

Una teoría que explique el comportamiento humano: me gusta el pensamiento de Edgar Morin, que viene a decir que el asunto es tan complejo que no hay teoría que lo pueda abarcar completamente. Por eso creo que a la hora de abordar un problema tiene que haber varios profesionales que desde distintas orientaciones traten con distintas herramientas el mismo caso. Lo que se viene llamando equipo y multidisciplinariedad.

Qué tipo de trastorno mental cree que incrementará más su prevalencia en los próximos años. Trastornos ansiosos, depresivos y las adicciones a internet.

La última vez que... pensé que iba a ser la última vez, sabía que podía no estar en lo cierto.

Característica psíquica que mejor define los tiempos actuales: la superficialidad.

Proverbio o frase/ejemplo ilustrativo que suele utilizar en su consulta: «Como sigas por ese camino vas a llegar a donde lleva».

El año que viene... seguiremos disfrutando de cada instante del momento que estemos viviendo.

Un psiquiatra no debería ser... narciso ni inmaduro.

Mi pantalla blanca



Albert Solá Castelló

Iniciamos en este número una nueva sección dedicada al séptimo arte. No me cabe ninguna duda que el cine y la psiquiatría son un arte llevado a cabo por personas que disfrutan de su profesión y que tienen un nexo en común: la capacidad de explicar la realidad y las emociones de una forma espléndida.

El Dr. Solá es un cinéfilo apasionado. Muestras de su devoción nos las ofrece en las sesiones de cinefórum llevadas a cabo con regularidad en Barcelona y mediante su participación en diferentes congresos de psiquiatría donde ha sido capaz de hacernos superar nuestra pereza inicial (incompatibilidad horaria profesional) a cambio de más de 90 minutos emocionalmente placenteros.

Cuando le planteamos un título para la sección, el Dr. Solá nos propuso «Mi pantalla blanca», y sus argumentos fueron totalmente convincentes.

En una ocasión le preguntaron a Alfred Hitchcock que definiera el cine y él contestó: «Es una sala con una pantalla blanca y cientos de butacas vacías que hay que conseguir llenar de personas». Esta definición, aparte del sentido comercial que conlleva, implica que para que el cine funcione debe existir un guionista que escriba un argumento, una pantalla blanca donde pueda exponerse su obra y un público receptor que de alguna manera premie o castigue su obra.

Mi idea es que para que el ser humano funcione correctamente hace falta un cerebro (la pantalla), un guionista (nuestro código genético) y un público (los estímulos externos, los otros seres humanos, etc.) que aporten la «información suficiente» para poder sentirnos vivos e integrados con nuestro entorno.

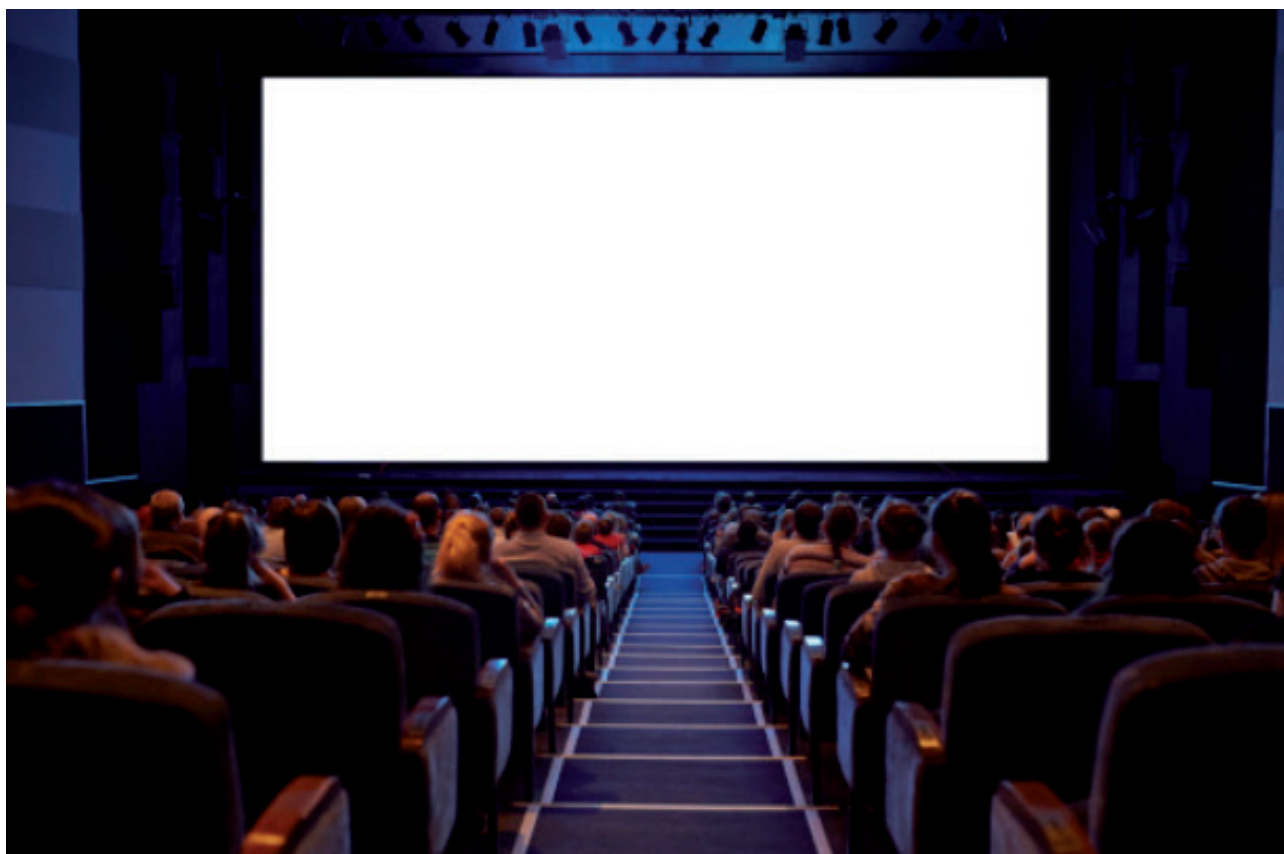
En esta sección hablaré de lo que el cine aporta a MI PANTALLA BLANCA.

Muchas gracias por su colaboración doctor. Y sin más preámbulos, «silencio por favor, que la función comienza ya».

Desde hace un par de años acostumbro a ir al cine los jueves por la tarde y a ser posible a la sesión que empieza a las 16 horas. La taquillera sonriente me pregunta: «¿Mayores de 65 años?», y yo respondo: «Pues sí», al tiempo que pienso «Caramba, ¿tanto se nota?». La señorita, diligente ella, me informa: «La sala tiene dieciocho filas, ¿prefiere hacia delante, atrás, centrada o lateral?». Rápidamente contesto: «Fila diez, centrada, por favor». Con la entrada en la mano,

bajo con alegría las escaleras que me conducirán a una de las multisalas, pensando que he conseguido una buena localidad. Al descender me entretengo mirando los carteles que anuncian las películas que hacen en las otras salas. Todas me parecen interesantes, menos una de dibujos en la que los protagonistas son pingüinos. Pienso «El cine no se acaba. Tengo argumento para los jueves hasta que la Parca me acoja: ¿En su seno?» Pero estos pensamientos desaparecen

bruscamente al entrar en la sala. ¡No hay nadie. Estoy absolutamente solo! Una sensación de frialdad recorre mi columna vertebral. Percibo un olorillo a desinfectante. La sala vacía, con su enorme pantalla enfrente y su anodina decoración, lisa y funcional. Cientos de butacas aparentemente vacías, pero en realidad ocupadas por los espectros de desaparecidos espectadores, me dieron la sensación de estar entrando en una de estas nuevas instalaciones de pompas fúnebres en las



que los familiares se hubiesen ahorrado incluso las coronas de flores.

Una imagen asalta bruscamente mi mente. ¿Por qué la taquillera me daba a escoger la fila y la butaca donde quisiera sentarme si sabía que no había nadie y que, en consecuencia, podía situarme donde me diera la gana?

Todas estas cábalas desaparecieron súbitamente de mi mente. La pantalla se iluminó y el sonido estrepitoso me desconectó por completo del entorno. Anunciaban una película de vaqueros y me di cuenta que, gracias al sonido estereofónico, puedes prever si los caballos entrarán en pantalla por la derecha o la izquierda.

Un anuncio acabó de suprimirme mi angustia. ¡No hace falta hacer cola para obtener las entradas, las puedes comprar por internet...!

A raíz de este incidente han aparecido bruscamente en mi mente las imágenes de cómo ha ido evo-

lucionando la exhibición del llamado séptimo arte, la respuesta del público y su impacto psicológico y social.

Una palabra mágica: Nickelodeon. Unas maquinillas tragaperras, que depositando un níquel en una ranura, a través de un visor, podías contemplar una peliculilla de corta duración, generalmente cómica o del oeste.

Las primeras salas de exhibición eran prácticamente barracas de feria locales en las que actuaban compañías teatrales o salas de variedades. A estas salas se les denominó también Nickelodeones, la entrada valía cinco centavos.

El público que acudía, en su inicio al cine, era básicamente clase trabajadora o gente que se consideraba de «poca cultura», mientras que el teatro era para gente «culto» o por lo menos adinerada.

Al cabo de poco tiempo, las grandes productoras cinematográficas

se dieron cuenta, dada la buena acogida que tuvo el invento en la población, que lo importante sería tener gran cantidad de salas de exhibición para poder no solo amortizar los gastos de la producción, sino para poder ganar grandes cantidades de dinero. Y así fue.

En el año 1940 existían solo en Estados Unidos 18.000 locales destinados a la proyección de películas. ¿Os imagináis el número de salas que podían existir en todo el mundo? A partir de aquí aparece nuevamente una división del cine en función de las clases sociales: los cines de barrio y los cines de estreno. Como recordaréis, los que ya tenéis una cierta edad, los primeros eran de reestreno y de programación doble, con lo cual las familias podían entrar en el cine a las cuatro de la tarde y salir a las diez de la noche habiendo visto el programa doble, dos veces. En aquella época no se comían palomitas ni se be-

bía Coca-Cola. Se comían bocatas y se bebía gaseosa, generalmente no demasiado fría.

El surrealismo italiano nos mostraba que después de la Segunda Guerra Mundial las clases populares acudían ansiosas a ver películas americanas a un patio vecinal al aire libre donde cada persona tenía que aportar su silla para poder sentarse. De ahí no es de extrañar que Alberto Sordi quisiera «*fa l'americano*».

En contraste a esto, los americanos también podían ver cine al aire libre, pero con una diferencia, desde dentro de sus coches, en un aparcamiento al aire libre y con unos auriculares que te permitían oír perfectamente los diálogos. Sin embargo, las parejitas, que eran el público habitual, dejaban los auriculares colgados en los cristales. ¿Por qué sería?

Los cines de estreno gozaban de una decoración lujosa, con cierto parecido al ambiente teatral. Cortinas de color rojo, tapicerías en la pared elegantísimas, lámparas de cristal y butacas de platea que competían de un cine a otro por su

comodidad... El aforo de estos locales era enorme, pudiendo alcanzar en ocasiones las mil localidades por lo menos.

La evolución de las salas de cine la conocéis de sobra. Sonido estereofónico, *sensurround*, pantalla enorme: Cinerama, Cinemascope, 3D, Panavisión, Vistavisión. Salas con menor capacidad. Decoración minimalista y funcional. Versiones originales. Sistema digital. Y yo solo en el cine...

¿Ser un aficionado al cine puede ser una causa suficiente para dedicarse a la psiquiatría? Si de entrada eres un poco raro y prefieres la soledad, yo diría que en principio sí.

El cine, al igual que la lectura, puede ser el refugio de personalidades que no disfrutaban excesivamente con el contacto social, lo cual no significa que no se interesen por las problemáticas del prójimo, antes al contrario. La empatía con los personajes que aparecen en la pantalla se produce rápidamente. Cuando el cine era en blanco y negro y la pantalla cuadradita estaban muy de moda los primeros planos de la cara de las actrices. Inolvidables los

de Ingrid Bergman... Viéndolos uno tenía la sensación de que sus miradas y sus labios entreabiertos se te ofrecían a ti.

Como no va a interesarse uno por la psiquiatría después de haber conocido a Norman Bates, a Gregory Peck en *Recuerda*, a Olivia de Havilland en *Nido de víboras*, única película en que descubres que los electrochoques pueden curar. A Jack Nicholson, el perfecto enfermo mental, psicópata, trastorno obsesivo-compulsivo... A Richard Gere, bipolar. El sinfín de problemas relacionados con el alcoholismo, ya sea de bebedores del oeste, gánsters, solitarios, en grupo, en el hombre y en la mujer...

Y para no hacerme el pesado, citaré que existen más de 500 películas en las que aparecen psiquiatras.

Finalmente, aquellos que han seguido la filmografía completa de Ingmar Bergman y de Woody Allen (aunque no lo parezca, sus contenidos argumentales son muy parecidos) forzosamente han debido de tener la tentación de dedicarse a la psiquiatría. Y, a pesar de todo, lo dicho: «Yo solo en el cine». ■

Agenda de congresos de psiquiatría 2016-2017

Noviembre

XII Congreso Latinoamericano de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Barcelona, 9-11 de noviembre de 2016.

4th Euro-Global Psychiatrists Meeting. Alicante, 10-11 de noviembre de 2016.

International Congress of Psychiatric based on patient. Madrid, 11-12 de noviembre de 2016.

Psychiatry: Interactive care for the Community. WPA International Congress. Cape Town, 18-22 de noviembre de 2016.

8ème Congrès Français de Psychiatrie. Montpellier, 23-26 de noviembre de 2016.

Diciembre

XXI Curso Anual de Esquizofrenia. Madrid, 1-3 de diciembre de 2016.

3rd International Conference on Psychiatry and Psychosomatic Medicine. Dubai, 5-6 de diciembre de 2016.

55th Annual Meeting of The American College of Neuropsychopharmacology. Hollywood, 4-8 de diciembre de 2016.

Alcoholism, Sexoholism and other Addictions. International Interdisciplinary Conference. Krakow, Poland, 8-9 de diciembre de 2016.

16th International Forum on Mood and Anxiety Disorders. Roma, 8-10 de diciembre de 2016.

2017

Enero

15e Congrès de L'Encéphale. Paris, 18-20 de enero de 2017.

Marzo

2nd International Brain Stimulation conference. Barcelona, 5-8 de marzo de 2017.

7th World Congress on Women's Mental Health. Dublin, 6-8 de marzo de 2017.

13th London Eating Disorders Conference. London, 22-24 de marzo de 2017.

V Congreso Internacional de Patología Dual. Madrid, 23-25 de marzo de 2017.

Abril

25th European Congress of Psychiatry. Florencia, 1-4 de abril de 2017.

18th World Congress on the World Association for Dynamic Psychiatry. Firenze, 19-22 de abril de 2017.

24 Simposium Internacional de Controversias en Psiquiatría. Barcelona, 20-22 de abril de 2017.



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			

32th Argentine Congress of Psychiatry.

Mar del Plata, 26-29 de abril de 2017.

Mayo

3rd International Conference on Mental Health and Human Resilience. Roma, 11-12 de mayo de 2017.

XLIV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol.

Oviedo, 12-13 de mayo de 2017.

170th Annual Meeting APA. San Diego, 20-24 de mayo de 2017.

X Congreso Nacional de la Asociación Española de Psiquiatría Privada. ASEPP. Barcelona, 25-27 de mayo de 2017.

Junio

13th World Congress of Biological Psychiatry.

Copenhage, 18-22 de junio de 2017.

3rd Conference International Conference on Medical, Ethics, Healthcare Systems, and Global Business Issues at Sea. Copenhagen, 21-30 de junio de 2017.

47th Conference of The Spanish Association of Psychosomatic Medicine & 5th Annual Scientific Conference of the European Association of Psychosomatic Medicine. Barcelona, del 28 de junio al 1 de julio de 2017.

International Congress of Royal College of Psychiatrists. Edinburgh, 26-29 de junio de 2017.

Julio

17th International Congress of ESCAP (European Society for Child and Adolescent Psychiatry).

Ginebra, 9-11 de julio de 2017.

CINP Thematic Meeting: Treatment Resistant Depression. Prague, 20-22 de julio de 2017.

Agosto

7th Euro Global Psychiatrists Meeting. Roma, 7-9 de agosto de 2017.

Septiembre

30th ECNP Congress. For the Science and treatment of disorders of the Brain. Paris, 2-5 de septiembre de 2017.

6th European Conference on Schizophrenia Research. Berlin, 14-16 de septiembre de 2017.

XVth International Congress of The International Society for the Study of Personality Disorders. Heidelberg, 25-28 de septiembre de 2017.

Octubre

8th International Conference on Psychosomatic Medicine and Emotional Disorders London, 2-3 de octubre de 2017.

WPA 17 World Congress of Psychiatry. Berlin, 8-12 de octubre de 2017.

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

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.

Deprax® EFG

trazodona

NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Deprax 100 mg comprimidos recubiertos con película EFG. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada comprimido recubierto con película contiene 100 mg de trazodona hidrocloreto, equivalentes a 91,1 mg de trazodona. Excipientes con efecto conocido: Cada comprimido recubierto con película contiene 0,1 mg de amarillo anaranjado S (E110) y 0,005 mg de rojo cochinita A (Ponceau 4R) (E124). **FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido recubierto con película. Los comprimidos son alargados, de color rosado-anaranjado. El comprimido se puede dividir en dosis iguales. **DATOS CLÍNICOS. Indicaciones terapéuticas:** La trazodona está indicada en adultos para: - Episodios depresivos mayores. - Estados mixtos de depresión y ansiedad, con o sin insomnio secundario. **Posología y forma de administración. Posología. Adultos:** Se debe determinar para cada paciente la dosis óptima. La dosis inicial es 100-150 mg al día administrados en dosis divididas después de las comidas, o en dosis única al acostarse. La dosis se debe aumentar 50 mg al día cada 3 ó 4 días (preferiblemente a la hora de acostarse) hasta llegar a la dosis terapéutica efectiva óptima. Se debe aumentar la dosis hasta un máximo de 400 mg al día (administrado en dosis divididas tras las comidas o en dosis única al acostarse). En pacientes hospitalizados la dosis máxima diaria se puede aumentar gradualmente a 600 mg al día administrado en dosis divididas. Tras alcanzar la dosis efectiva, la respuesta clínica se hace evidente a las dos o cuatro semanas. En el caso de pacientes que no responden al tratamiento, la dosis debe ser aumentada hasta el máximo recomendado. Si tras esto, no se produce respuesta tras dos o cuatro semanas, se debe discontinuar el tratamiento. Tras alcanzar la dosis efectiva, se debe mantener la dosis por un mínimo de 4 semanas. Tras este periodo, generalmente la dosis puede reducirse gradualmente, dependiendo de la respuesta al tratamiento. Los pacientes se deben mantener a la dosis menor efectiva y ser periódicamente evaluados para determinar la necesidad de continuar con el tratamiento. En general es preferible continuar con el tratamiento hasta que mejoren los síntomas del paciente por cuatro a seis meses; tras esto la dosis puede reducirse gradualmente hasta que se suspenda el tratamiento. **Pacientes de edad avanzada:** En pacientes de edad avanzada o debilitados la dosis recomendada de inicio es de 50-100 mg al día, administrada en dosis divididas, o en dosis única al acostarse. Puede aumentarse gradualmente bajo supervisión al igual que se ha descrito en adultos de acuerdo a la tolerancia y eficacia del medicamento. En general, se deben evitar dosis únicas superiores a 100 mg en estos pacientes. Es poco probable que se exceda de una dosis de 300 mg al día. **Población pediátrica:** Trazodona no está recomendado en niños menores de 18 años de edad debido a que no se dispone de datos suficientes de seguridad y/o eficacia. **Insuficiencia hepática:** Trazodona experimenta un metabolismo hepático extenso y también se ha asociado a hepatotoxicidad. Por tanto, se debe tener precaución cuando se prescriba a pacientes con insuficiencia hepática, específicamente en casos de insuficiencia hepática grave. Se debe considerar la monitorización periódica de la función hepática. **Insuficiencia renal:** Normalmente no es necesario un ajuste de la dosis, pero debe tenerse precaución cuando se prescriba a pacientes con insuficiencia renal grave. **Forma de administración.** Vía oral. Los comprimidos se deben tomar con una cantidad suficiente de líquido (p.ej., un vaso de agua) directamente después de las comidas. La administración con alimentos disminuye el riesgo de reacciones adversas. **Contraindicaciones:** - Hipersensibilidad a trazodona o a alguno de los excipientes. - Intoxicación por alcohol o intoxicación con hipnóticos. - Infarto agudo de miocardio. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** **Suicidio/Pensamientos suicidas o empeoramiento clínico.** La depresión se asocia a un incremento del riesgo de pensamientos suicidas, autolesiones y suicidio (hechos relacionados con el suicidio). El riesgo persiste hasta que se produce una remisión significativa. Como la mejoría puede no producirse durante las primeras semanas o más de tratamiento, los pacientes deben ser estrechamente controlados hasta que se produzca esta mejoría. Según la experiencia clínica general, el riesgo de suicidio puede aumentar en las primeras etapas de la recuperación. Pacientes con historial de hechos relacionados con el suicidio o aquéllos que muestran un grado significativo de ideas suicidas previo al inicio del tratamiento se conoce que poseen un mayor riesgo de pensamientos suicidas o intentos de suicidio, y deberían ser monitorizados cuidadosamente durante el tratamiento. Un meta análisis de ensayos clínicos con antidepresivos controlados con placebo en pacientes adultos con trastornos psiquiátricos demostró un aumento del riesgo de conductas suicidas con antidepresivos comparados con placebo en pacientes menores de 25 años. Un seguimiento cercano de los pacientes y, en particular, en aquéllos con alto riesgo, debería acompañar el tratamiento farmacológico, especialmente, al inicio del tratamiento así como después de un cambio de dosis. Los pacientes (y cuidadores de los pacientes) deben ser alertados sobre la necesidad de controlar la aparición de cualquier empeoramiento clínico, conducta o pensamiento suicida y cambios inusuales en la conducta y buscar asesoramiento médico inmediatamente si se presentan estos síntomas. Para minimizar el riesgo potencial de los intentos de suicidio, sobre todo al inicio del tratamiento, se debe prescribir la dosis mínima recomendada de trazodona. Iniciar el tratamiento con dosis bajas y en una única toma por la noche, reduce la incidencia de reacciones adversas indeseables relacionadas con el medicamento. Se recomienda que se adopte una administración cuidada y un control periódico en los pacientes con las siguientes enfermedades: - Epilepsia, se deben evitar específicamente aumentos o disminuciones bruscas de la dosis. - Pacientes con insuficiencia hepática o renal, particularmente si es grave. - Pacientes con enfermedades cardíacas tales como insuficiencia cardíaca, angina de pecho, alteraciones de la conducción o bloqueos AV de diferentes grados, arritmias, infarto de miocardio reciente, síndrome de QT largo congénito o bradicardia. Trazodona debe utilizarse con precaución en estos pacientes. - Hipertiriodismo. - Trastornos de la micción, tales como hipertrófia de próstata, aunque los problemas no deben ser anticipados dado que el efecto anticolinérgico de trazodona es poco importante. - Glaucoma de ángulo cerrado agudo, aumento de la presión intraocular, aunque los cambios más importantes no deben anticiparse debido al pequeño efecto anticolinérgico de trazodona. En caso de que se produzca ictericia en un paciente, se debe discontinuar el tratamiento con trazodona. **Trastornos psicóticos:** La administración de antidepresivos en pacientes con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos puede dar lugar a un posible empeoramiento de los síntomas psicóticos. Se pueden intensificar los pensamientos paranoides. Durante el tratamiento con trazodona, una fase depresiva puede cambiar de una psicosis maníacodepresiva a una fase maníaca. En estos casos, trazodona debe ser retirada. **Hierba de San Juan:** Las reacciones adversas se pueden dar con mayor frecuencia durante el uso concomitante de trazodona y fitoterapéuticos que contienen Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*). **Síndrome serotoninérgico/Síndrome neuroleptico maligno:** Se han descrito interacciones en relación al síndrome de serotonina/síndrome neuroleptico maligno en caso de uso concomitante de otras sustancias serotoninérgicas como otros antidepresivos (por ejemplo, antidepresivos tricíclicos, ISRS, IRSN e inhibidores de la MAO) triptanes y neurolepticos. Se han descrito síndromes neurolepticos malignos con resultado de muerte en casos de administración conjunta con neurolepticos, por lo que este síndrome es una conocida posible reacción adversa al medicamento. Se debe discontinuar el tratamiento con trazodona inmediatamente y debe iniciarse un tratamiento de soporte de los síntomas. Dado que la agranulocitosis puede manifestarse clínicamente como síntomas de tipo gripal, dolor de garganta y fiebre, en estos casos se recomienda el control hematológico. Se ha descrito hipotensión, incluyendo hipotensión ortostática y síncope, en pacientes que recibían trazodona. La administración concomitante de una terapia antihipertensiva con trazodona puede requerir una reducción de la dosis de los medicamentos antihipertensivos. Los pacientes de edad avanzada posiblemente experimentan con más frecuencia hipotensión ortostática, somnolencia y otros efectos anticolinérgicos de la trazodona. Debe prestarse especial atención a los posibles efectos acumulativos con el uso de medicamentos concomitantes, como otros psicótropos o antihipertensivos, o ante la presencia de factores de riesgo tales como la patología de base, lo que puede agravar estas reacciones. Se recomienda informar al paciente/cuidador sobre la posible aparición de estas reacciones y supervisar de cerca estos efectos tras el inicio de la terapia, antes y después del ajuste del incremento de dosis. Si se sigue un tratamiento con trazodona, en particular durante un periodo prolongado, se recomienda una reducción gradual de la dosis para minimizar la aparición de un síndrome de abstinencia, caracterizado por náuseas, dolor de cabeza y malestar. No hay ninguna evidencia de que el hidrocloreto de trazodona posea propiedades adictivas. Se han notificado casos de prolongación del intervalo QT con trazodona. Se debe tener precaución cuando se prescribe trazodona con otros medicamentos que se sabe que prolongan el intervalo QT, tales como antiarrítmicos Clase IA y III, antipsicóticos (p.ej., derivados de fenotiazina, pimozida, haloperidol), antidepresivos tricíclicos, ciertos medicamentos antimicrobianos (p.ej. sparfloxacin, moxifloxacin, eritromicina IV, pentamidina, tratamiento contra la malaria, particularmente halofantrina), ciertos antihistamínicos (astemizol, mizolastina). Trazodona se debe usar con precaución en pacientes con alteraciones cardiovasculares conocidas, incluyendo la prolongación del intervalo QT. Los inhibidores potentes de CYP3A4 pueden producir un aumento en los niveles séricos de trazodona. Como con otros medicamentos con actividad alfaadrenolítica, se ha asociado muy raramente la trazodona con priapismo. Puede tratarse con una inyección intracavernosa de un agente alfaadrenérgico como la adrenalina o el metaraminol. Sin embargo, hay notificaciones de priapismo inducido por trazodona que han requerido intervención quirúrgica o han llevado a disfunción sexual permanente. Los pacientes que desarrollen esta sospecha de reacción adversa, deben interrumpir el tratamiento con trazodona inmediatamente. **Advertencias sobre excipientes:** Este medicamento puede producir reacciones alérgicas porque contiene amarillo anaranjado S (E110) y rojo cochinita A, (Ponceau 4R) (E124). Puede provocar asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. **Población pediátrica:** Trazodona no debe utilizarse en niños y adolescentes menores de 18 años de edad. En estudios clínicos sobre niños y adolescentes tratados con antidepresivos, se han observado comportamientos suicidas (intento suicida y planificación de suicidio) y hostilidad (esencialmente agresividad, comportamiento de oposición y enfado) con más frecuencia que con placebo. Además, no se dispone de datos de seguridad a largo plazo relativos al crecimiento, maduración y desarrollo cognitivo y conductual en niños y adolescentes. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** - General: Se puede intensificar el efecto sedante de los antipsicóticos, hipnóticos, sedantes, ansiolíticos y antihistamínicos; se recomienda en estos casos una reducción de la dosis. El metabolismo de los antidepresivos se acelera debido a los efectos hepáticos de los anticonceptivos orales, fenitoína, carbamazepina y barbitúricos. Cimetidina y algunos antipsicóticos inhiben el metabolismo de los antidepresivos. - Inhibidores CYP3A4: Los estudios in vitro del metabolismo de los medicamentos sugieren que hay un potencial de interacciones farmacológicas cuando trazodona se administra con inhibidores potentes de CYP3A4 tales como eritromicina, ketoconazol, itraconazol, ritonavir, indinavir, y nefazodona. Es probable que los inhibidores potentes de CYP3A4 puedan dar lugar a aumentos sustanciales de las concentraciones plasmáticas de trazodona. Se ha confirmado en estudios in vivo en voluntarios sanos que una dosis de ritonavir de 200 mg BID aumenta los niveles plasmáticos de trazodona en más de dos veces, dando lugar a náuseas, síncope e hipotensión. Si trazodona se utiliza con un potente inhibidor del CYP3A4, debe considerarse una dosis más baja de trazodona. Sin embargo, debe evitarse cuando sea posible la coadministración de trazodona con potentes inhibidores del CYP3A4. - Carbamazepina: La carbamazepina reduce las concentraciones plasmáticas de trazodona cuando se administran conjuntamente. El uso concomitante de 400 mg de carbamazepina diarios produjo una disminución de las concentraciones plasmáticas de trazodona y de su metabolito activo mclorofenilpiperazina del 76% y 60%, respectivamente. Los pacientes deben ser estrechamente controlados para ver si hay una necesidad de una mayor dosis de trazodona cuando se toma con carbamazepina. - Antidepresivos tricíclicos: Debe evitarse la administración concomitante debido al riesgo de interacción. Se debe prestar especial atención al síndrome serotoninérgico y a los efectos secundarios cardiovasculares. - Fluoxetina: Se han notificado casos raros de niveles elevados de trazodona en plasma y efectos adversos cuando trazodona se había combinado con fluoxetina, un inhibidor de CYP1A2/2D6. Se desconoce el mecanismo subyacente a la interacción farmacocinética. No se excluye una interacción farmacodinámica (síndrome serotoninérgico). - Inhibidores de la monoaminooxidasa: Ocasionalmente, se ha informado de la posible interacción con los inhibidores de la monoaminooxidasa. Aunque algunos médicos las prescriben concomitantemente, no se recomienda el uso de trazodona con IMAO, ni tampoco en las 2 primeras semanas tras interrumpir la administración de esta sustancia. Tampoco se recomienda la administración de IMAO a la semana de interrumpir el tratamiento con trazodona. - Fenotiazinas: Trazodona ha sido bien tolerado en pacientes con esquizofrenia y depresión que recibían terapia estándar con fenotiazina. Se ha observado hipotensión ortostática grave en el caso de uso concomitante con fenotiazinas, como por ejemplo, clorpromazina, flufenazina, levomepromazina, perfenazina. -

Anestésicos/Relajantes musculares: Trazodona puede aumentar los efectos de los relajantes musculares y anestésicos inhalatorios, por lo que se debe tener precaución en estos casos. - Alcohol: Trazodona intensifica el efecto sedante del alcohol. El consumo de alcohol debe evitarse durante el tratamiento con trazodona. - Levodopa: Trazodona puede administrarse en pacientes parkinsonianos depresivos tratados con Levodopa, siempre bajo estricto control médico, ya que la trazodona puede acelerar el metabolismo de la levodopa. - Otros: El uso concomitante de trazodona con medicamentos que prolongan el intervalo QT puede aumentar el riesgo de arritmias ventriculares, incluyendo Torsade de Pointes. Se debe tener precaución cuando estos medicamentos se coadministran con trazodona. - Antihipertensivos: Dado que trazodona es sólo un inhibidor muy débil de la recaptación de noradrenalina y no modifica la respuesta de la presión sanguínea a tiramina, la interferencia con la acción hipotensora de los compuestos similares a guanetidina es poco probable. Sin embargo, estudios en animales de laboratorio sugieren que trazodona puede inhibir la mayoría de las acciones agudas de la clonidina. En el caso de otros tipos de medicamentos antihipertensivos, aunque no se han reportado interacciones clínicas, debe considerarse la posibilidad de potenciación. - Hierba de San Juan: Las reacciones adversas pueden ser más frecuentes cuando trazodona se administra conjuntamente con preparados que contengan *Hypericum perforatum* (hierba de San Juan). - Warfarina: Se han notificado casos de cambios en el tiempo de protrombina en pacientes que reciben concomitantemente trazodona y warfarina. - Digoxina: El uso concomitante con trazodona puede dar como resultado niveles séricos elevados de digoxina. En estos pacientes se debería considerar un seguimiento de los niveles séricos. - Fenitoína: El uso concomitante con trazodona puede dar como resultado niveles séricos elevados de fenitoína. En estos pacientes se debería considerar un seguimiento de los niveles séricos. **Fertilidad, embarazo y lactancia:** Embarazo: Los datos (menos de 200 embarazos a término) relativos al uso de trazodona en mujeres embarazadas son limitados. Los estudios realizados en animales no indican efectos perjudiciales directos o indirectos con respecto al embarazo, desarrollo embrio/fetal, parto o desarrollo posnatal a dosis terapéuticas. Como medida de precaución es preferible evitar el uso de trazodona durante el embarazo. La prescripción a mujeres embarazadas debe realizarse con precaución. Cuando se utiliza trazodona hasta el parto, los recién nacidos deben ser controlados ante la aparición de los síndromes de abstinencia. Datos epidemiológicos sugieren que el uso de los ISRS en el embarazo, especialmente en la etapa final del mismo, puede aumentar el riesgo de hipertensión pulmonar persistente en el neonato (HPNN). El riesgo observado fue de aproximadamente 5 casos por cada 1.000 embarazos. En la población general, ocurren 1 ó 2 casos de HPNN por cada 1.000 nacimientos. A pesar de que no hay estudios en los que se haya estudiado la asociación de HPNN con el tratamiento con trazodona, este riesgo potencial no puede descartarse. Lactancia: Se desconoce si trazodona y sus metabolitos se excretan por la leche humana. No se debe excluir el riesgo para el lactante. La decisión de continuar/abandonar la lactancia o de continuar/ abandonar la terapia con trazodona, se debe realizar teniendo en cuenta el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento con trazodona para la madre. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Trazodona puede producir sedación, 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:** Se han notificado casos de comportamiento y pensamientos suicidas durante el tratamiento con Deprax o poco después de la interrupción del tratamiento. Los siguientes síntomas, algunos de los cuales se informan normalmente en casos de depresión no tratada, han sido también observados en pacientes sometidos a terapia con trazodona.

Clasificación de los Órganos del Sistema MedDRA	Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles)
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Discrasias sanguíneas (agranulocitosis, trombocitopenia, eosinofilia, leucopenia y anemia)
Trastornos del sistema inmunológico	Reacciones alérgicas
Trastornos endocrinos	Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Hiponatremia ¹ , pérdida de peso, anorexia, aumento del apetito
Trastornos psiquiátricos	Comportamiento y pensamiento suicidas, confusión, insomnio, desorientación, manía, ansiedad, nerviosismo, agitación (muy ocasionalmente exacerban hasta el delirio), desilusión, reacción agresiva, alucinaciones, pesadillas, disminución de la libido, síndrome de abstinencia.
Trastornos del sistema nervioso	Síndrome serotoninérgico, convulsión, síndrome neuroléptico maligno, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia ² , agitación, disminución de la agudeza mental, temblor, visión borrosa, alteración de la memoria, mioclonía, afasia expresiva, parestesia, distonía, alteración del gusto
Trastornos cardíacos	Arritmias cardíacas ³ (Torsade de Pointes, palpitaciones, contracciones ventriculares prematuras, duplas ventriculares, taquicardia ventricular), bradicardia, taquicardia, anomalías ECG (prolongación QT)
Trastornos vasculares	Hipotensión ortostática, hipertensión, síncope
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Congestión nasal, disnea
Trastornos gastrointestinales	Náuseas, vómitos, boca seca, estreñimiento, diarrea, dispepsia, dolor de estómago, gastroenteritis, aumento de la salivación, parálisis del íleo
Trastornos hepato biliares	Trastornos de la función hepática (ictericia y daño hepatocelular ⁴), colestasis intrahepática
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Erupción cutánea, prurito, hiperhidrosis
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	Dolor en extremidades, dolor de espalda, mialgia, artralgia
Trastornos renales y urinarios	Trastorno de la micción
Trastornos del aparato reproductor y de la mama	Priapismo
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Debilidad, edema, síntomas tipo gripal, fatiga, dolor en el pecho, fiebre

¹Debe ser controlado el estado de los fluidos y electrolitos en pacientes sintomáticos. ²La trazodona es un antidepresivo sedante y la somnolencia, a veces experimentada durante los primeros días de tratamiento, por lo general desaparece con el tratamiento continuado. ³Los estudios en animales han mostrado que este medicamento es menos cardiotoxic que los antidepresivos tricíclicos, y los estudios clínicos sugieren que el medicamento posiblemente cause menos arritmias cardíacas en el hombre que en aquellos. Los estudios clínicos en pacientes con enfermedad cardíaca preexistente indican que trazodona puede ser arritmogénica en este tipo de pacientes. ⁴Se ha informado raramente efectos adversos sobre la función hepática, a veces graves. En caso de que tales efectos se produzcan, debe suspenderse inmediatamente el tratamiento con trazodona.

Fracturas óseas: Estudios epidemiológicos, principalmente en pacientes de 50 años de edad o mayores, indican un aumento del riesgo de fracturas óseas en pacientes tratados con ISRS y ATC. El mecanismo por el que se produce este riesgo es desconocido. **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es>. **Sobredosis: Síntomas.** Las reacciones más frecuentes de sobredosis incluyen somnolencia, mareos, náuseas y vómitos. En casos más graves, se ha notificado coma, convulsiones, hiponatremia, hipotensión, taquicardia e insuficiencia respiratoria. Las características cardíacas pueden incluir bradicardia, prolongación del intervalo QT y Torsade de Pointes. Los síntomas pueden aparecer 24 horas o más después de una sobredosis. La sobredosis de trazodona en combinación con otros antidepresivos puede causar síndrome serotoninérgico. **Tratamiento.** No hay un antídoto específico para la trazodona. Se debe utilizar carbón activo en adultos que han ingerido más de 1 g de trazodona, o en niños que han ingerido más de 150 mg de trazodona, en 1 hora tras la ingestión. Alternativamente, en los adultos se debe llevar a cabo un lavado gástrico antes de una hora tras la ingestión de una sobredosis potencialmente mortal. Observar por lo menos 6 horas después de la ingestión (o 12 horas si se ha tomado una preparación de liberación prolongada). Monitorizar la presión arterial, el pulso y la Glasgow Coma Scale (Escala de Coma de Glasgow GCS). Monitorizar la saturación de oxígeno, si se reduce la GCS. En pacientes sintomáticos, la monitorización cardíaca es conveniente. Las convulsiones aisladas no requieren tratamiento. Las convulsiones frecuentes o prolongadas hay que controlarlas con diazepam por vía intravenosa (0,1-0,3 mg/kg de peso corporal) o lorazepam (4 mg en adultos y 0,05 mg/kg en niños). Si estas medidas no controlan los ataques, puede ser útil una infusión intravenosa de fenitoína. Se administrará oxígeno para corregir las alteraciones ácido-base y metabólicas cuando sea necesario. El tratamiento debe ser sintomático y de soporte en caso de hipotensión y sedación excesiva. Si la hipotensión marcada continúa debe considerarse el uso de inotrópicos, por ejemplo dopamina o dobutamina. **DATOS FARMACÉUTICOS. Lista de excipientes:** Núcleo: Hidrogenofosfato de calcio dihidrato, povidona, celulosa microcristalina (Avicel pH 101), estearato de magnesio, croscarmelosa sódica, rojo cochinita A (Ponceau 4R) (E124), amarillo anaranjado S (E110), celulosa microcristalina (Avicel pH102). Recubrimiento pelicular: Eudragit E 12,5%, talco micronizado. **Incompatibilidades:** No procede. **Período de validez:** 3 años. **Precauciones especiales de conservación:** No requiere condiciones especiales de conservación. **Naturaleza y contenido del envase:** Envase con 30, 60 y 1.000 (envase clínico) comprimidos. Envase blíster de Al/PVC. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envase. **Precauciones especiales de eliminación:** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Angelini Farmacéutica, S.A. - C. Osi, 7 - 08034 Barcelona - Teléfono 932 534 500. **NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** 78.762. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN / RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Mayo 2014. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Mayo 2014. **PRESENTACIÓN Y PVP:** Deprax 100 mg comprimidos recubiertos con película EFG: Envase con 30 comp, PVP IVA - 3,17€. Envase con 60 comp, PVP IVA - 6,32€. Coste tratamiento/día 0,42 €. **MEDICAMENTO SUJETO A PRESCRIPCIÓN MÉDICA. INCLUIDO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. APORTACIÓN REDUCIDA.**

La confianza de la Marca
con las ventajas de un genérico

Deprax® EFG

trazodona

El comprimido **de siempre**
con la composición **de siempre**



DOSIS MÍNIMA DE INICIO NOCTURNA

PACIENTE ADULTO

100 mg

1 comprimido



PACIENTE GERIÁTRICO

50 mg

1/2 comprimido



30 años de experiencia en psiquiatría

La confianza y seguridad de **19 millones**
de prescripciones de Deprax en España (fuente IMS)


ANGELINI