

Psiquiatría privada



Asociación Española de Psiquiatría Privada

www.asepp.es

Editorial

Queridos compañeros

Viajes sin mi tía

Cuba

ESPECIAL CONGRESO DE BARCELONA

Sin perder la memoria

El Sanatorio del Dr. León cumple un siglo

ESPECIAL CLÍNICAS PRIVADAS

Mi pantalla blanca

Agenda

Decálogo de la ASEPP

14

Enero
2018

Psiquiatría privada

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA PRIVADA

JUNTA DIRECTIVA DE ASEPP

Presidente

Dra. Laura Ferrando Bundio

Vicepresidente

Dr. Manuel Arias Bal

Secretario

Dr. Josep Ramon Domènech Bisén

Tesorero

Dr. Alfonso Sanz Cid

Vocales

Dr. Salvador Ros	Dra. María Inés López Ibor Alcocer
Dr. José Javier Carbonell Casasus	Dr. Juan Ramón Sambola Buguñá
Dr. Jesús de la Gándara Martín	Dr. Juan Sánchez Sevilla
Dr. Félix González Lorenzo	

Consejo editorial

Director Dr. Josep Ramon Domènech Bisén

Dr. Jesús de la Gándara Martín	Dr. José Antonio López Rodríguez
Dr. Antonio Luis Galbis Olivares	Dr. Ángel Moríñigo Domínguez
Dr. Félix González Lorenzo	Dr. Alfonso Sanz Cid
Dra. Elena Guimerà Querol	Dr. Albert Solà Castelló

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
Francisco Doce Feliz	Leopoldo Ortega-Monasterio Gastón
José Francisco Duato Marín	José Ramón Pigem Palmés
Carolina Franco Porras	Miguel Roca Benassar
María Paz García-Portilla González	Elena Ros Cucurull
Miguel Gasol Colomina	Francisco Sabanés Magriñá
Pilar Mallada Porta	Juan Seguí Montesinos
Manuel Martín Carrasco	Néstor Szerman Bolotnér
Manuel Mas-Bagà Blanc	Manuel Toharia Cortés
	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.

QUERIDOS COMPAÑEROS



Es para mi un honor presidir nuestra Asociación durante el próximo período. Afronto el desafío que esto supone con mucha ilusión y no menos confianza basadas fundamentalmente en haber obtenido vuestro apoyo mayoritario, formar parte de una junta directiva con un equipo de personas entusiastas y comprometidas y disponer de un programa sólido cuyos objetivos pueden resumirse en tres puntos:

1. Dar el máximo servicio a los asociados, procurando que se sientan respaldados en su práctica clínica diaria, en su formación continuada, en sus intereses profesionales y hasta incluso en algunos personales.
2. Hacer crecer la Asociación. Cuanto más grandes seamos más fuerza tendremos. La psiquiatría privada cubre más de 1/3 de la demanda asistencial en España y debemos estar a la altura de esta circunstancia, integrando el mayor número posible de compañeros para consolidar a ASEPP como un referente sólido y robusto de nuestra área.
3. Apoyar y defender los intereses de la psiquiatría privada ante la sociedad y sus estamentos. La psiquiatría, hoy por hoy, es una de las especialidades médicas menos conocidas, incluso por nuestros propios colegas; este desconocimiento implica lejanía y suscita muchos recelos. Nuestra misión es acercar la psiquiatría a la sociedad y colocar su práctica privada en el lugar que le corresponde.

Este es un proyecto de todos y para todos, confío en vuestra colaboración y estoy segura de que unidos alcanzaremos cumplidamente estos objetivos. Espero convencer a los escépticos y no decepcionar a los afines, pero mi deseo más profundo es que continuemos trabajando juntos por la excelencia de la práctica privada de la psiquiatría.

Madrid a 9 de julio de 2017

Laura Ferrando
Presidente de la ASEPP

Cuba

Dr. José Antonio López Rodríguez



Bueno tía, nos vamos. Qué, ya echabas de menos algún viaje, ¿eh? Bueno pues este es lejos. ¿A dónde? Nos vamos a Cuba.

Por fin, dirás. Tantas veces pensando ir a Cuba y al final no íbamos. Pero esta vez está decidido, porque pienso que no se puede demorar más. Cuba está cambiando y me temo que en unos años volverá a ser el «casino» y el «burdel» de EE.UU., por lo que es el momento de verla con sus características propias.

Vamos a ir prácticamente a La Habana, aunque haremos algunas excursiones desde allí. Solo tenemos 1 semana, y prefiero conocer bien la capital e intentar relacionarme y conocer a sus habitantes que ir a las playas y a otros lugares meramente turísticos.

Llegamos por la noche y, como es junio, lo primero que te llama la atención al bajar del avión es su tremenda humedad. Una vez en el hotel intenté dormir por el *jet lag*. Menos mal que la melatonina es un buen aliado en estos casos.

Había quedado al día siguiente con el socio de un paciente de la consulta que se ofreció a proporcionarme un chofer de confianza para que me llevara a los sitios clásicos y me hablara de la situación, de cómo viven y qué opinan de todo el pasado bajo el régimen de Fidel. No quería ir en grupos para turistas que me contaran la versión oficial.

También tenía otro contacto, pues a una amiga mía francesa, profesora del Liceo aquí en Madrid, la trasladaron allí y lleva viviendo 3 años. Contacté con ella y pensé que entre los dos contactos podría tener una buena idea de la situación.

El socio del amigo y el chofer estaban esperándome puntualmente en el hotel y trazamos un plan de visitas y excursiones. El chofer era un chico negro, alto, de unos 25 años, que con otro socio había montado una pequeña empresa de alquiler de coches especialmente para turistas con viajes y excursiones. Esto es interesante porque solo desde hace 4 años se permite una cierta actividad privada. Hasta entonces todo tenía que ser estatal. Esta pequeña apertura ya se está notando en la economía, pues el nivel adquisitivo ha mejorado y ya no se ven colas en los supermercados del Estado.

Mi joven chofer cubano no podía acompañarme ese día porque su novia se iba a vivir a Portugal y tenía que llevarla al aeropuerto.

Acordamos que me llevaba al centro, indicándome un poco, y que yo diera una vuelta por mi cuenta por La Habana Vieja y que al día siguiente me haría una visita guiada por toda la ciudad. Así lo hicimos, me llevó por el famoso malecón de La Habana y me dejó en pleno centro de La Habana Vieja.

¡Qué espectáculo! Parece que te traslades en la máquina del tiempo. Te sitúas en el mundo de los años 50. Edificios coloniales preciosos. Viejos. Descuidados. Muchos en ruinas, pero con un encanto como pocas veces había visto en mi vida. Gente alegre. Música en todos los bares y pequeños restaurantes al aire libre. Una primera impresión así solo la recuerdo en la India, en el primer día en Delhi antiguo. Aquello tenía un color y unos olores únicos en el mundo. Con La Habana me pasó igual. Te impresiona. Claro que para eso, como en la India, tienes que dejar en España tu mentalidad occidental capitalista y no valorar las cosas solo por el nivel económico.



Me dejó en la Plaza del Parque, que es el centro de La Habana Vieja, y bajé por la calle Obispo, que es posiblemente la calle más interesante en cuanto a animación. Todo son pequeños comercios, bares y restaurantes al aire libre. Entré en uno y tuve mi primer contacto con la música cubana. Te envuelve el ritmo y son, como lo llaman ellos. Iba mirando cada edificio, pensando cómo debió ser La Habana en los años 50, claro que tendríamos que quitarle la situación por la que atravesaba el país. Nunca sabe uno qué es mejor: si ser el casino y el burdel de EE.UU. con la consiguiente corrupción o lo que han vivido durante 60 años. Claro que podemos plantearnos por qué en la conducta humana y en las situaciones políticas las cosas deben ser blanco o negro. Por qué solo puede existir el capitalismo salvaje con sus defectos o el comunismo con los suyos. No sé si quizás algún día encontremos sistemas intermedios, pero tengo la sensación de que hay demasiados intereses que nos lo impiden. En su momento, Olof Palme intentó su famosa tercera vía y misteriosamente fue asesinado.

Bueno, como te decía La Habana Vieja está repleta de joyas arquitectónicas de todas las épocas. Alberga más de 900 edificios de importancia histórica con

múltiples ejemplos que van desde el intrincado barroco hasta el deslumbrante *art decó*. Bajé por la estrecha y animada calle Obispo y llegué a la Plaza de las Armas, que es la más antigua. Esta plaza fue trazada a principios de la década de 1520 y desde aquí se desarrolló posteriormente la ciudad. Como su nombre indica, aquí está el Palacio de los Capitanes Generales. Me metí por una calle lateral al azar y acabé en otra plaza maravillosa: la Plaza de San Francisco de Asís, que está mirando al puerto y que se fundó cuando los galeones españoles atracaban en el muelle. En ella se encuentra la magnífica Iglesia de San Francisco de Asís, donde hay música clásica casi todos los días. La plaza destaca por sus adoquines y en el centro está la Fuente de los Leones.

«Parece que te traslades en la máquina del tiempo. Te sitúas en el mundo de los años 50»

Dejándome llevar por mi orientación (y por los turistas claro), seguí por otra calle y acabé en la Plaza Vieja. En ella conviven el barroco cubano y *art nouveau* de inspiración gaudiniana, tiene soportales y podría ser la Plaza Mayor de cualquier ciudad española.

Al salir de aquí se me puso cara de turista y cogí un coche de caballos que fue de lo más agradable que hice en La Habana. El cochero me llevó con un ritmo cubano por un recorrido por toda La Habana Vieja, dándome las explicaciones propias para un turista. Al final, cuando iba cogiendo confianza, le pregunté por la situación política y, para mi sorpresa, pude ver que hablaba con tranquilidad contra el Régimen. Estaba seguro, como casi todos, de que se iba a acabar y que llegaría un sistema más libre y de actividad privada. Me dijo que «se estaba preparando para lo que venía».

Paseando por callejuelas increíbles con sus edificios medio derruidos, volví al parque y cogí un taxi, pues eran las cuatro de la tarde y el cansancio del viaje me empezaba a hacer mella.

Mi hotel estaba en el barrio moderno, donde están las embajadas y residencias más lujosas. Sorprende la embajada rusa por su importancia y su edificio de arquitectura totalmente soviética.

Respecto a los taxis, me llamó la atención lo caros que son, el trayecto me costó al cambio unos 15 euros! Eso mismo me costaría en Madrid esa distancia e incluso menos. Esto es impensable para un cubano, pero la explicación es que solo los usan los turistas, ellos utilizan transporte público o coches particulares comunitarios que comparten.

Cuando estaba durmiendo me llamó mi amiga francesa para invitarme a cenar a su casa. Vendría a buscarme al hotel. Esta chica lleva 3 años en Cuba y tiene una pareja con la que convive. Eso me interesaba mucho, ya que así podía conocer la opinión de un



La Bodeguita del Medio, gran lugar turístico para tomar un mojito.



Elaboración de los puros.

cubano y una extranjera residente. Llegaron puntualmente, aunque habían tenido un problema con el coche, pues la batería no funcionaba bien y hacía 3 meses que habían solicitado una nueva y todavía no la tenían. La cena fue muy agradable, a pesar de ser cocina francesa y no cubana como a mí me habría gustado. El cubano tenía una visión negativa, pesimista y derrotista de Cuba. Todo le parecía mal y lo único que quería era venirse a vivir a Europa. No sé si era muy objetivo porque no parecía que el trabajo y el esfuerzo estuvieran en su código genético. Era profesor de baile, fundamentalmente para extranjeros, y se pasaba casi todo el día sin hacer nada; pero hay que decir que era muy amable y estaba dispuesto a llevarme a todos los sitios, y su trato era muy agradable.

Mi amiga tenía una visión diferente. Los primeros 2 años le habían gustado mucho: la distinta forma de vida, el estilo de vida, la amabilidad de la gente, pero el último año ya estaba cansada de tantas trabas burocráticas y oficiales y quería irse de Cuba. En general, a los europeos nos cuesta acostumbrarnos a esto, especialmente a los franceses que no están acostumbrados a estas cosas. Quizá los españoles, que sufrimos más esta burocracia, nos llame menos la atención.

Al día siguiente había quedado con mi joven chofer para hacer la visita guiada a la ciudad.

Llegó puntualmente. Mira tía, La Habana está dividida en tres partes: La Habana Vieja, Centro Habana y Vedado.

El elemento que une las tres es el famoso malecón de La Habana, un paseo marítimo de 8 km de una belleza y colorido al atardecer únicos. Es un punto de reunión tradicional de amantes, filósofos y pescadores.

Dar un paseo a pie o en coche de caballos es imprescindible en la visita a La Habana.

Como yo estaba en la parte más moderna de la ciudad, en nuestro camino paramos en el mítico Hotel Nacional, construido en 1930. Es un edificio ecléctico, mezcla de *art decó* y neoclásico. Se trata de un monumento nacional y uno de los emblemas arquitectónicos de la ciudad. Era centro de reunión de los más famosos gánsters y su cabaret sigue funcionando hoy en día.

Nos fuimos a La Habana Vieja, donde ya te he contado lo más interesante, aunque me faltaba la Plaza de la Catedral, un monumento de arte barroco.

Después de callejear, acabamos ¡cómo no! tomando un mojito en La Bodeguita del Medio. Esto es una concesión al turista que hay en todos nosotros, porque el mojito era malo y caro..., eso sí, lleno de turistas.

Por la noche había quedado en cenar con mi amiga francesa y su pareja. Me llevaron a un restaurante muy interesante: San Cristóbal. Una antigua casa española con su altar y recuerdos en las paredes de la época colonial. Muy buena comida hispano-cubana.

Bueno tía, estaría más tiempo contándote cosas de La Habana, paseos, cenas, daiquiris en el Floridita y lluvia. Como era junio y empezaba la época de lluvias me cogieron unas tormentas que me obligaron a estar más de 1 hora en un soportal.

Pero no quiero acabar de hablarte de La Habana sin contarte que el último día fui al famoso Tropicana. Aunque es un cabaret mítico y turístico, el espectáculo es realmente fantástico.

Hice dos pequeñas excursiones: la primera a Cienfuegos, que es una ciudad a 250 km de La Habana, que curiosamente para mi sorpresa todo es autopista construida antes de la revolución. La ciudad está dispuesta alrededor de la bahía natural más espectacular del país, con cultivado estilo francés y espíritu caribeño.

La última excursión fue a Pinar del Río. ¿Por qué me preguntarás? Allí está el Valle de Vueltaabajo, donde se hace el mejor tabaco del mundo. Estuve en la plantación de Alejandro Robaina, donde me enseñaron el cultivo, la forma de hacer puros y los problemas que tienen con el monopolio estatal.

Como verás muchas cosas y más que me quedo para cuando volvamos. ■

25-27 de mayo de 2017

Especial
Congreso
de Barcelona



RESUMEN

X Congreso Nacional



de la ASEPP

Bajo el lema de «Retos y oportunidades de la psiquiatría en la medicina del futuro» tuvo lugar, en el emblemático edificio de Caixaforum de Barcelona los días del 25 al 27 de mayo, el X Congreso Nacional de la Asociación Española de Psiquiatría Privada.

El congreso sirvió de colofón a los primeros 10 años de nuestra Asociación y para dar el punto de salida a nuestra segunda década, que deseamos sirva de consolidación y crecimiento tanto en número como en importancia y valor añadido a nuestros socios. Han sido 10 años intensos de ilusiones y entrega. Dio un paso al lado nuestro primer presidente Salvador Ros y hemos escogido a la Dra. Laura Ferrando para este cargo.

El lema del congreso dio lugar a una sesión magistral moderada por el Dr. Salvador Ros y la Dra. M.^a Inés López Ibor.

Quo vadis psiquiatría

El Dr. Josep María Fabregas y su excelente equipo de colaboradores psicólogos y expertos en las nuevas aplicaciones...



Una vez más no faltó a su cita en el Congreso de la ASEPP la Clínica Galatea que, con el Dr. Bruguera y las doctoras Braquehais y Bel, repasaron la historia de la institución. Ya con 20 años de existencia, es el centro de desintoxicación y tratamiento de trastornos mentales especializado en médicos y otros profesionales sanitarios. Recordaron las cifras de más de 2.500 pacientes atendidos en el Programa de Atención

Integral al Profesional Sanitario Enfermo. Finalmente reportaron sus nuevos programas especiales de actuación.

Los recursos psicoterapéuticos aplicables en una consulta de psiquiatría fueron abordados en 2 talleres y en una sesión magistral. El primer taller fue moderado por Noemí Casanova. El segundo por el Dr. Galbis. Ana Barrachina nos convenció de que otra de las finalidades



del trabajo psicoterapéutico es conseguir una mayor adherencia al tratamiento a través de la entrevista motivacional. La sesión magistral corrió a cargo del Dr. Antoni Gual.

La mezcla entre cultura y psiquiatría tampoco ha faltado a su cita. De quién mejor comentar su lenguaje médico y sus características de personalidad que de Alonso Quijano, también apodado Caballero de los

Leones o Caballero de la Triste Figura, y conocido universalmente como Don Quijote de la Mancha. Esto lo lograron con maestría el profesor de cardiología Juan Hernández (autor del libro *El léxico del Quijote*) y nuestra compañera y asociada Dra. Ortiz del Corral.

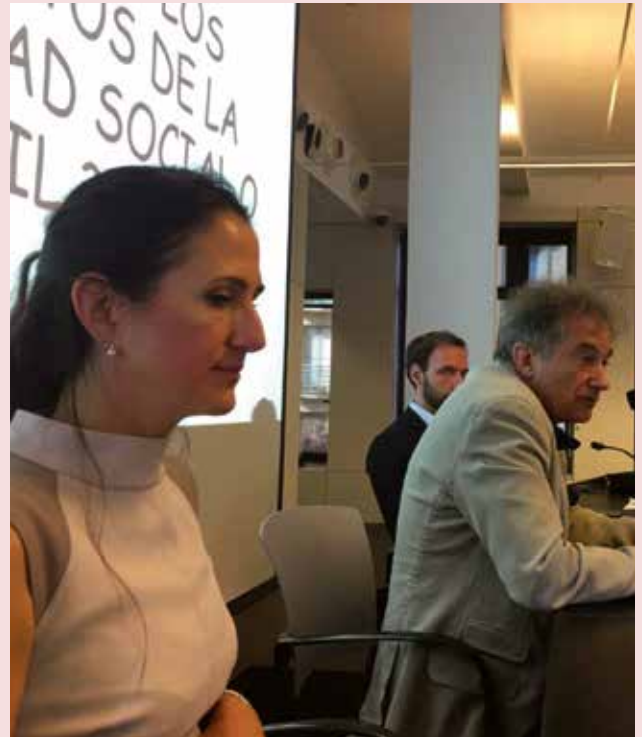
La corriente expresionista del cine, aquella que trata de representar la experiencia emocional en su forma más completa, sin preocuparse de la realidad externa



sino de su naturaleza interna, en la figura de uno de sus mejores representantes, el austríaco Fritz Lang (*Metrópolis, Los Espías*), fue el objeto de la excelente sesión magistral por parte de nuestro psiquiatra/cinéfilo, el Dr. Albert Solá, acompañado en la moderación por el Dr. López Risueño (mejor tándem incluso que Sabina y Serrat). Antes de finalizar el congreso tuvimos la oportunidad de un enternecedor regreso al pasado de la psiquiatría francesa mediante la sesión magistral del profesor José María Gallart y nuestra maman psiquiátrica la profesora Julia Olivares. Estos mostraron la forma de entender las psicosis desde la perspectiva de Henri Ey y Jean Garrabé, con su fusión entre sus bases orgánicas y una perspectiva psicoanalítica.

La salud física de nuestros pacientes, y de forma especial la alimentación, dio lugar a tres sesiones de gran interés. El catedrático de psiquiatría, profesor Antonio Bulbena, nos deleitó con una sesión magistral acerca de alimentación y psiquiatría. Las doctoras Joima Panisello y Elena Ros nos hablaron sobre lo que no se puede ignorar de la salud física de los pacientes psiquiátricos. Ya no queda duda alguna de que los nutrientes de nuestra dieta son fundamentales, tanto para mantener la estructura como para mejorar el funcionalismo cerebral y, por tanto, pueden actuar en la prevención y en el curso evolutivo de algunas enfermedades mentales. Los ácidos omega-3, las vitaminas del complejo B, el ácido fólico, ciertos aminoácidos (triptófano, cisteína, s-adenosilmetionina), minerales (zinc, hierro, magnesio), antioxidantes y microbióticas. El Dr. Vicente Balanzá, profesor de la Universidad de Valencia, puso en evidencia algunos resultados interesantes sobre el efecto de los ácidos grasos poliinsaturados (fundamentalmente EPA y DHA) como aporte coadyuvante al tratamiento farmacológico en pacientes con trastornos afectivos y en situaciones especiales como el embarazo.

Las características específicas de los trastornos mentales vinculadas a la edad también merecieron una atención especial por parte del Dr. Ramos y la Dra. Bosch Munsó. El Dr. Montejo Celis coordinó la mesa redonda sobre «El papel de la psiquiatría en los trastornos del neurodesarrollo en el siglo XXI». El Dr. Joaquín Fuentes Biggi disertó sobre el estado del conocimiento sobre el trastorno del espectro del autismo





en España y en la Unión Europea. El Dr. Mariano Trillo Garrigues nos aportó los últimos conocimientos sobre el abordaje psicofarmacológico del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad y sus comorbilidades. Las psicólogas Mariona Duran y Noemí Balmaña Gelpi nos enseñaron cómo tratar psicológicamente estos trastornos.

Los trastornos del desarrollo no tratados: los principales factores de vulnerabilidad para el fracaso vital, moderados por el catedrático Miguel Casas, el Dr. Ramos Quiroga y la psicóloga Rosa Bosch Munsó. El Dr. Sergi Valero Ventura presentó una reciente publicación sobre psicopatología y conducción, cuyos objetivos son detectar las disfunciones psicopatológicas presentes en la población que ha demostrado conductas de riesgo al volante. El *continuum* depresión-demenia dio lugar a una mesa redonda que contó con la participación del Dr. Angel Moríñigo, que nos mostró las características clínicas de esta evolución; el Dr. Sergio González Garrido nos comentó las ventajas de la terapia electroconvulsiva en pacientes con demencia y trastorno depresivo. El Dr. Jorge Pla Vidal nos habló sobre su importancia en la conversión a demencia.

En cuanto a psiquiatría y género, se llevaron a cabo dos mesas redondas. Una moderada por la Dra. Carolina Franco con el título «Mujer joven: nuevos tiempos a la sombra de viejos problemas», con la participación de la propia Dra. Franco, el Dr. José Eduardo Montejo y la Dra. Nieves Martínez Luna. En la segunda mesa redonda estaban el catedrático Juan Gibert Rahola, la Dra. M.^a Dolores Crespo Hervás y la Dra. Marina Díaz Marsá.

También se abordaron los siguientes temas: los centros de ingreso con «Abordaje terapéutico multidisciplinar en unidades de agudos y subagudos de psiquiatría»; legal, con «La conducta violenta en psiquiatría: el psiquiatra ante la ley»; los cibernícolos y adicción a las redes sociales; la psiquiatría de enlace; la gestión empresarial de la consulta privada, como las cuestiones sobre el cierre de la consulta privada de psiquiatría; las entidades de seguro libre, y los aspectos farmacológicos tuvieron su espacio con un repaso a las interacciones medicamentosas y la modulación glutamatérgica. ■



El Sanatorio del Dr. León cumple un siglo



Clínica Dr. León

El Sanatorio del Dr. León, referencia de la psiquiatría madrileña, es una de las instituciones más antiguas de Madrid. Este año se cumple el centenario de su fundación. Inaugurado en 1917 frente a las tapias del Retiro, cuando el barrio de Pacífico apenas existía, este proyecto personal de un médico gallego se convirtió rápidamente en un referente sanitario y psiquiátrico en el Madrid de la época, tanto en los tratamientos ambulatorios como en los internamientos agudos y crónicos.



Cuando en 1917 se fundó en lo que hoy llamamos Glorieta de Mariano de Cavia, el barrio de Pacífico poco tenía que ver con el trazado urbanístico actual. La ciudad se terminaba con los numerosos acuartelamientos en el Paseo de la Reina Cristina y la tapia del Retiro marcaba los límites de la ciudad a lo largo de la Ronda de Vallecas.

Allí, entre desmontes, pequeñas fábricas, almacenes y un paisaje de descampados, un médico rural gallego, el Dr. Pedro de León García, tuvo la audacia de construir un hospital que en un principio tenía las dimensiones de un hotelito. Había nacido en Monforte de Lemos y, después de estudiar medicina en Santiago de Compostela, se vino a Madrid para especializarse en psiquiatría. Enrique Escudero León, actual director del sanatorio y nieto del fundador, recuerda que esta iniciativa se pudo llevar a cabo gracias a un golpe de fortuna. Y es que al Dr. León, que en un principio tenía una pequeña consulta en la calle de Fuencarral, le tocó la lotería. Con ese dinero y el aliento de su mujer, que siempre tuvo un papel muy destacado en el desarrollo del hospital, se compraron los terrenos en lo que entonces se llamaba Glorieta de la Reina Cristina.



Dr. Pedro de León García.



El sanatorio.

PIONERO DE LA PSIQUIATRÍA MODERNA

El primer año el centro funcionó como hospital para empleados de comercio. Por una peseta al mes los integrantes de este colectivo tenían derecho a asistencia gratuita. Dos años más tarde, cuando el Dr. León terminó los estudios de psiquiatría, el hospital se convirtió en sanatorio psiquiátrico. El Dr. Enrique Escudero destaca el papel pionero que tuvo su abuelo en la modernización de la psiquiatría española, desterrando el concepto tradicional de manicomio, que hasta entonces imperaba, en el que solo se contemplaba el internamiento del enfermo y su aislamiento de la sociedad, para sustituirlo por terapias y tratamientos concretos para cada una de las patologías.

En poco tiempo el Sanatorio del Dr. León se convirtió en un referente de la sanidad madrileña, donde se cubría la asistencia sanitaria y psiquiátrica tanto en los tratamientos ambulatorios como en los internamientos agudos y crónicos.

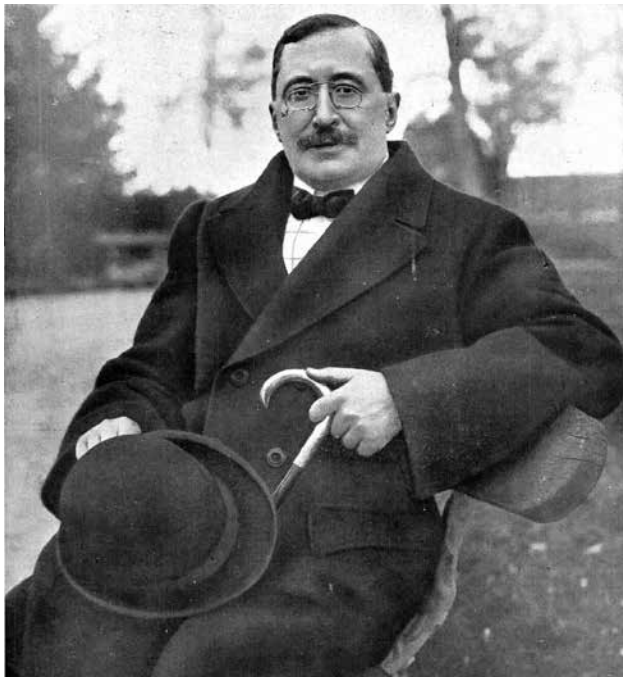
EXPROPIACIONES

Hoy en día apenas quedan restos de las edificaciones originarias del sanatorio, cuyos pabellones llegaron a extenderse hasta la calle de Cavanilles. En el año 1957 se expropió parte del edificio para hacer el trazado de la actual Avenida del Mediterráneo y el sanatorio tuvo que ser remodelado con edificaciones de nueva planta. Entre 1986 y 1995 también se llevaron a cabo importantes obras de remodelación para modernizar sus instalaciones y todavía está pendiente un proyecto que contempla la creación de nuevos pabellones hospitalarios.

ILUSTRES PACIENTES

A lo largo de casi cien años de historia, las paredes del sanatorio guardan miles de anécdotas, secretos e historias clínicas. Por allí pasaron un sinfín de representantes del mundo de la cultura, el arte y la política, con sus depresiones, locuras y hasta toxicomanías. Pero todo se guarda bajo secreto profesional. Aunque hay dos nombres cuya estancia es de dominio público. Por un lado, el periodista aragonés Mariano de Cavia, considerado uno de los mejores articulistas del primer cuarto del pasado siglo. Este pasó los últimos días de su vida, precisamente cuando le empezaron a llover los honores y reconocimientos académicos, en el recién inaugurado sanatorio. Murió en 1920 con problemas de parálisis y una afición al alcohol que nunca había podido disimular. Su estancia en el sanatorio motivó que con el tiempo se cambiara el nombre de la glorieta, antes de Reina Cristina, por el actual de Mariano de Cavia.

Otro ilustre paciente fue el escritor y periodista madrileño Emilio Carrere, uno de los mejores representantes de la bohemia madrileña de la época. Funcionario por las mañanas, las noches las dedicaba a pasear por Madrid y a colarse en los ambientes más sórdidos y canallas de donde salían artículos que la prensa se disputaba. Al inicio de la Guerra Civil se refugió en el Sanatorio del Dr. León, haciéndose pasar por loco para evitar ser detenido por los milicianos. Quien había disfrutado de un gran éxito popular, se encontraba ahora perseguido y vilipendiado por sus posiciones ultraderechistas por el mismo pueblo que lo había encumbrado.



Mariano de Cavia.



Emilio Carrere.

PRESENTE Y FUTURO

En la actualidad sigue evolucionando, adaptando las últimas técnicas neurofisiológicas, psiquiátricas y psicológicas para el tratamiento de la enfermedad mental y cerebral, colabora en tareas de investigación y docencia con diversas universidades como la Universidad Complutense de Madrid y la Universidad Europea, entre otras. Con ello se mantiene, como siempre, el espíritu del fundador, basado en dos pilares:



Especial clínicas privadas

LA **Problemas de Adicción y Salud Mental** RESPUESTA OPTIMISTA



CAT Barcelona es un centro privado e independiente que, bajo la dirección del **Doctor Manuel Mas-Bagà**, pone a disposición del enfermo los mejores profesionales sanitarios especializados en problemas de adicción y salud mental.

Con más de 30 años de experiencia, ofrecemos tratamiento y rehabilitación a personas de toda España, Europa y EE.UU., ayudándoles a solucionar sus problemas de: **Drogas y alcohol, Tr. Bipolar, Esquizofrenia, TOC - Tr. Obsesivo Compulsivo, Asperger, Tr. Límite de Personalidad, Tr. Alimentario y Tr. de Adolescencia TDAH.**

Un centro de referencia

Gracias a nuestros programas terapéuticos específicos para cada patología, y a una metodología altamente eficaz, nuestros tratamientos han obtenido éxito en miles de pacientes en todos nuestros centros.

Las mejores referencias de nuestros centros son los resultados. Y la afiliación al programa de Terapia Racional Emotiva Conductual desarrollada por el Dr. Albert Ellis nos ha ayudado a conseguir resultados de éxito en todas nuestras sedes.

Por todo ello, **CAT Barcelona** es una solución fiable y factible para todos los pacientes.

Programas de tratamiento

Ambulatorio
Programa de Día
Programa de Tarde
Programa Residencial Rural
Programa Residencial Urbano
Programa de Patología Dual
Programa Larga Estancia
Programa Urbano para Adolescentes
Programa para la Mujer

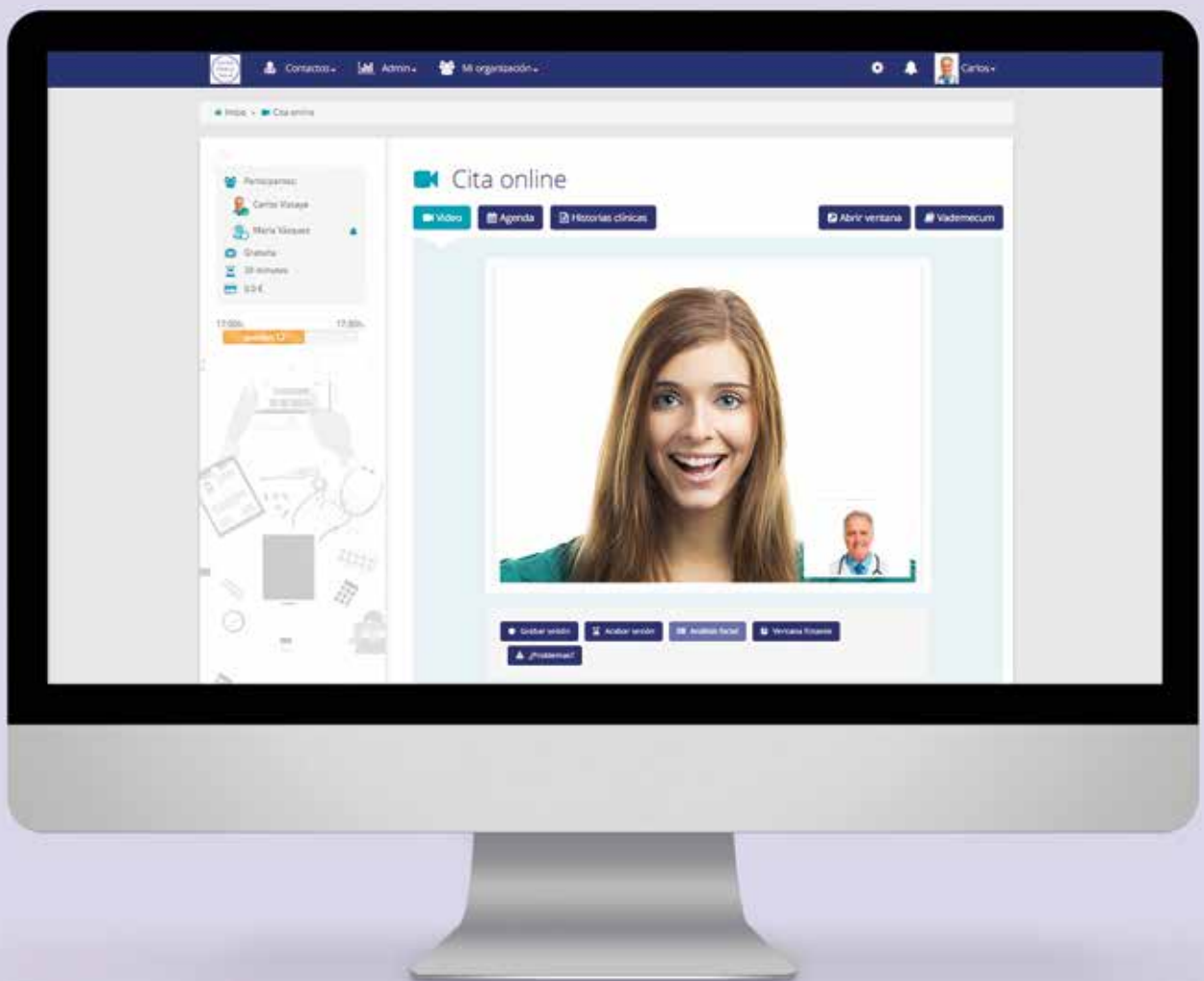


Contáctanos sin compromiso en
www.cat-barcelona.com
Tel. (34) 93 201 49 44



CITA.iO

La importancia del uso de la videoconferencia en la psiquiatría



La continua transformación digital ha hecho que la videoconferencia médica se haya convertido en imprescindible

Actualmente hay muchos factores que han hecho que la videoconferencia médica esté en boca de todos los profesionales del sector. Entre ellos, tener acceso a más pacientes, poder monetizar un servicio que antes era gratuito, deslocalizar terapias de seguimiento...

No todos los servicios de videoconferencia son iguales. En el mundo de la psiquiatría hay unos requerimientos esenciales imprescindibles:

1. Ha de ser segura y encriptada. Debe cumplir con la LOPD. La Ley contempla sanciones superiores a los 600.000 euros para los incumplidores.
2. Cualquier videoconferencia no se adaptará a lo que nuestra



profesión necesita. Existen excelentes videoconferencias disponibles en la red, pero que se han desarrollado pensando en las necesidades de otros colectivos. Así, una videoconferencia para abogados o para una web de citas no satisfará las necesidades de un consultorio psiquiátrico.

La plataforma CITA.iO fue creada por el psiquiatra Josep María Fábregas, fundador de Clínicas

CITA y conocedor de las necesidades del sector, por tanto incorpora todas las funcionalidades para satisfacer los requerimientos de médicos y pacientes:

- CITA.iO cumple con la LOPD, requisito indispensable, ya que la confidencialidad entre psiquiatra y paciente tiene que ser total.
- Es una auténtica videoconferencia médica: la historia clínica y la agenda profesional están integradas, incorpora un módulo de reconocimiento facial y la posibilidad de grabación de las sesiones. También dispone de acceso al *Vademécum* y un chat completo para mejorar la comunicación entre psiquiatra y paciente.

CITA.iO es gratuita en todas sus funcionalidades, excepto por el uso de la videoconferencia, que tiene un coste de 8,25 céntimos por minuto de uso. ■



Instituto Hipócrates

INSTITUTO
HIPÓCRATES



Instituto Hipócrates es un centro de desintoxicación privado especializado en el tratamiento de todo tipo de adicciones, tanto a sustancias psicoactivas (alcohol, cocaína, benzodiazepinas, etc.) como comportamentales (internet, juego, sexo, etc.)



Se encuentra ubicado a 40 minutos de Barcelona, junto al Parque Natural del Montseny. Con más de 25 años en el tratamiento de las adicciones, es considerado un referente en este campo en toda España. Cuenta con un equipo médico, psicológico y terapéutico completo y especializado.

Más de 3.000 pacientes recuperados y sus familias avalan su eficacia y, en general, la gran calidad de todos sus servicios.

FILOSOFÍA Y MÉTODO

Instituto Hipócrates ofrece un tratamiento de adicciones completo, primero con un régimen intensivo de ingreso y después con un seguimiento ambulatorio de larga trayectoria.

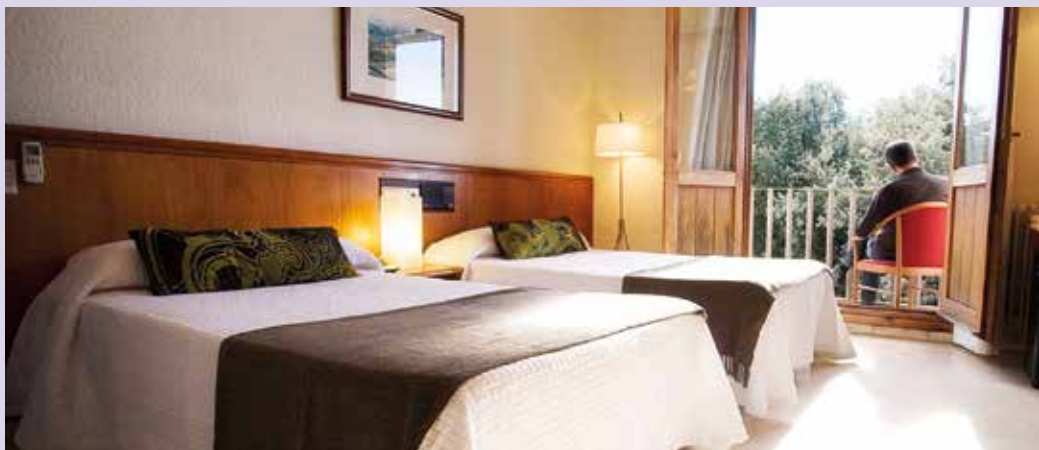
En todo el proyecto se implica no solo al paciente, sino también a los familiares y/o parejas, ya que son un bastión clave para la recuperación completa de este.

Todos los estudios realizados hasta el momento han demostrado que la conjugación de una primera fase intensiva de ingreso y después el seguimiento ambulatorio son la fórmula más eficaz para conseguir la recuperación y evitar las recaídas.

NUESTRO OBJETIVO

Trabajamos para que el paciente se recupere en todos los aspectos de su vida, tanto a nivel personal como familiar y laboral.

Nuestro objetivo es que este recupere una vida plena y que viva de una forma satisfactoria sin consumir ningún tipo de droga y/o sin tener ningún tipo de comportamiento adictivo.



SERVICIOS TERAPÉUTICOS

- Primera visita médica de evaluación gratuita.
- Visitas médicas individuales durante todo el proceso.
- Visitas médicas a familiares y para parejas.
- Dos terapias de grupo diarias.
- Terapias de grupo para los familiares de los pacientes.
- Terapias de grupo para las parejas de los pacientes.
- Enfermeras y atención médica las 24 h del día.
- Monitores especializados asisten y acompañan a los pacientes en todo momento.
- Asistencia telefónica a pacientes y familiares 24 h.
- Actividades terapéuticas: arteterapia, terapia equina, golf, cinefórum, talleres, etc.
- Masajes terapéuticos, yoga y técnicas de relajación.
- Ingresos de refuerzo y centro de día.
- Casas y pisos terapéuticos para el seguimiento ambulatorio.
- Disponemos de un piso terapéutico exclusivo para mujeres.
- Centros de seguimiento colaboradores en toda España.
- Atención médica y terapéutica a familiares y parejas durante todo el período de seguimiento.

INSTALACIONES

- Habitación doble de uso individual.
- Servicio de limpieza de habitaciones, peluquería y lavandería.
- Pensión completa con restaurante y cafetería propios.
- Campo de golf, piscina exterior y pistas de tenis.
- Ayuda y asesoría en trámites administrativos de tipo laboral, judicial y sanitarios.

RED DE CENTROS

Una vez finalizado el ingreso, los pacientes que residen en Barcelona o en sus cercanías continúan realizando su seguimiento en la propia clínica y en nuestras instalaciones de Barcelona.

Aquellos que provienen de otras zonas regresan a su lugar de origen para seguir con su tratamiento ambulatorio, tanto con terapias de grupo como con visitas individuales especializadas. Para ello contamos con una red de delegaciones y centros de seguimiento colaboradores en Andorra, Madrid, Valencia, Andalucía, Mallorca, Lleida, Zaragoza y Bilbao. ■

Contacto

93 884 16 10

email: info@institutohipocrates.com

www.institutohipocrates.com

VITHAS

VITHAS y sus unidades específicas en Valencia para el tratamiento de personas que padecen trastorno mental y adicciones. Una realidad basada en la excelencia y el compromiso social



vithas xanit
internacional

La inversión continua y la relación médico-paciente, seña de identidad del grupo hospitalario Vithas

Vithas es un grupo hospitalario líder en el arco del Mediterráneo y segundo grupo sanitario del país, y único de capital 100% que cuenta con 19 hospitales y con 25 centros especializados. Apuesta por un servicio personalizado como elemento diferencial, un crecimiento sostenible, la profesionalidad de su capital humano y un alto compromiso social.

El Instituto Valenciano de Neuroadicciones y Patología Dual (IVANE) del Hospital Vithas Nisa Aguas Vivas de Carcaixent (Valencia), dirigida por el psiquiatra Augusto Zafra, es el único centro privado de la Comunidad Valenciana especializado en desintoxicación y predeshabitación de personas que padecen conjuntamente un trastorno adictivo y trastornos psicológicos acompañantes

IVANE es inaugurado en el año 2013 con el objetivo de dar respuesta a la demanda creciente de pacientes y familiares que necesitan un abordaje terapéutico especializado de los trastornos adictivos y la patología

dual que no encuentran una solución satisfactoria en la sanidad pública convencional, bien por demora en la asistencia o por la falta de recursos en la cartera de servicios para esta grave enfermedad. En el año 2016, esta unidad recibió la autorización de la Organización Médica Colegial para tratar la patología dual en régimen de ingreso en personas adscritas a este colectivo profesional, siendo la segunda clínica de toda España que tiene esta autorización.

La patología dual es un concepto actual y sirve para definir una realidad clínica que desde hace décadas objetivan los profesionales de la salud que se dedican al tratamiento de desintoxicación, deshabitación, rehabilitación y reinserción de personas con problemas de adicción a sustancias (alcohol, cocaína, opiáceos, anfetaminas, cannabis u otras drogas), fármacos (tranquilizantes y analgésicos) y adicciones comportamentales (ludopatía, nuevas tecnologías, sexo, compras, trabajo, etc.).

La patología dual parte del modelo de enfermedad de la vulnerabilidad-estrés-afrentamiento, y por ello se acerca más a conceptualizaciones de las alteraciones de conducta como manifestación de un trastorno mental subyacente. En este sentido, en mayor o menor medida, el paciente presentaría una máscara (la conducta adictiva) bajo la cual se esconden dificultades psicológicas o verdaderos trastornos mentales (trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, bipolaridad, alteraciones de la personalidad o psicosis) que perpetúan el bucle de consumo, el sufrimiento de la persona y la permanente recaída.

En este contexto, IVANE rompe con los modelos sistematizados y encorsetados que tratan el trastorno adictivo de forma generalizada y sin diferenciación. Para conseguir la



Los doctores Roig, Sáiz y Zafra, psiquiatras del grupo Vithas en el congreso de la ASEPP 2017 en Barcelona.

máxima autonomía y la normalización cotidiana, tanto del paciente que sufre un trastorno adictivo como de sus familiares. IVANE se encuentra a la vanguardia de los últimos avances en conocimiento médico, psicoterapéutico y funcional. Y, gracias a sus profesionales, altamente cualificados en conocimiento y experiencia, proporciona los mejores resultados en términos de mejoría global y puede aplicar programas terapéuticos de eficiencia contrastada.

Por ello, nuestro modelo de tratamiento parte de la filosofía de la máxima eficiencia y compromiso terapéutico de aquellas medidas que desde hace décadas es aceptado por la comunidad científica internacional para el tratamiento de las adicciones y la patología dual a corto, medio y largo plazo. Para ello partimos del concepto multidimensional de la persona en el que la conducta adictiva es una manifestación comportamental de un sufri-

miento personal contextualizado en mecanismos de afrontamiento inoperantes y que perpetúan el trastorno adictivo y conjuntamente otros trastornos psiquiátricos o psicológicos. Justamente, la patología dual (adicción + patología mental), que las estadísticas actuales la sitúan en torno al 60-70% de los pacientes con adicción, en nuestra casuística y por la especificidad de nuestro entorno de actuación (centro de ingreso) se sitúa en un 80-90%.

Nuestro abordaje terapéutico no está ceñido a un modelo puramente biológico ni médico. Por ello es necesario integrar y aplicar la multidimensionalidad médico-psicológico-funcional-espiritual de la persona. IVANE cuenta con un equipo multidisciplinario que ofrece un modelo de tratamiento integral e intensivo que se adapta a las necesidades particulares de cada uno de sus pacientes y familiares. El objetivo fundamental es ayudar

a personas con problemas psicológicos y trastornos adictivos que, por su situación personal y familiar, no encuentran una solución en los modelos asistenciales tradicionales y precisan de un abordaje terapéutico integral, personalizado y flexible acorde con sus necesidades.

NUESTRO MODELO DE TRATAMIENTO

Los pilares y la filosofía del trabajo de IVANE se fundamenta en los siguientes 5 puntos:

- 1.** El proceso de la recuperación es dinámico. Las actuaciones terapéuticas deben cumplir criterios de eficiencia, siendo el objetivo la máxima diferenciación y autonomía del paciente.
- 2.** La médula espinal es el abordaje motivacional, la confianza y la honestidad entre las partes implicadas: profesional-paciente-familia.



Equipo terapéutico de IVANE.



Entorno de IVANE.

3. Las metas intermedias son consensuadas, la directriz es común y el objetivo es la recuperación. Por ello se requiere una alta dosis de responsabilidad por parte de todos.
4. El ritmo del proceso viene marcado por la adquisición de cambios objetivos en el paciente. El tiempo y las actuaciones deben estar adaptados a logros reales y que puedan cumplirse.
5. La facilitación de los cambios estructurales en la forma de vida de la persona es innegociable y es compromiso de todos. Los hitos madurativos que deben alcanzarse están enfocados a conseguir la transformación vital y la renovación personal.

EN QUÉ SE DIFERENCIA RESPECTO A OTROS CENTROS DE DESINTOXICACIÓN

La Clínica de Desintoxicación y Patología Dual del Hospital Vithas Nisa

Aguas Vivas es el único recurso privado existente de estas características en la Comunidad Valenciana. La especialización y la especificidad de nuestro abordaje terapéutico integra los siguientes puntos:

1. Clínica incluida e integrada en el Hospital Vithas Nisa Aguas Vivas junto con otros servicios sanitarios y con capacidad de respuesta clínica frente a cualquier eventualidad médica.
2. Dispositivo asistencial de ingreso sin barreras arquitectónicas, cómodo, confortable y personalizado.
3. Grupos terapéuticos limitados (10 pacientes máximo).
4. Programa de desintoxicación y predeshabitación basado en un modelo bio-psico-social cuyo foco es el tratamiento de la adicción y la patología dual.
5. Equipo multidisciplinario y asistencia integral con atención conjunta del paciente y su familia.

6. Discreción, confidencialidad e intimidad.
7. Gestión por procesos basado en criterios de eficiencia, calidad, bienestar y satisfacción.
8. Dirigido a pacientes en edad sanitaria adulta. Ingreso VOLUNTARIO por CONTRATO TERAPÉUTICO de pacientes capaces de emitir un consentimiento informado.

9. La clínica NO ES:

- Un dispositivo asistencial de puerta cerrada, ni de contención, ni de custodia.
- Para pacientes con trastorno mental grave, ni trastornos de conducta, ni ideación suicida.
- Para pacientes que requieran un ingreso involuntario.
- Para pacientes con demencia, ni deterioro cognitivo moderado o grave.
- Para pacientes con patología orgánica grave descompensada.

IMPORTANCIA DEL ENTORNO Y PROGRAMAS TERAPÉUTICOS

El Hospital Vithas Nisa Aguas Vivas está situado en el paraje del Valle de Aguas Vivas (La Barraca de Aguas Vivas), un lugar privilegiado a 40 kilómetros de la ciudad de Valencia capaz de ofrecer discreción, tranquilidad y desconexión con la ciudad.

Este entorno proporciona un contexto inigualable para realizar un abordaje integral del paciente con adicción en los siguientes programas terapéuticos:

1. Ingreso programado de desintoxicación 21 días

Recomendado para pacientes con trastorno adictivo grave cuyas consecuencias físicas, psicológicas, familiares y sociales requieren un abordaje hospitalario integral. El cumplimiento de objetivos viene marcado por los siguientes hitos de recuperación:

1.ª semana

Proceso de acogida. Evaluación médico-psicológica y elaboración del Programa de atención individualizada. Proceso de adaptación al medio. Inicio de la desintoxicación y ruptura del círculo de la adicción.

2.ª semana

Desintoxicación plena y liberación total de la droga o sustancia. Abordaje integral de síntomas psicológicos y psiquiátricos (patología dual). Programa de motivación al cambio. Preparación para la deshabitación.

3.ª semana

Mantenimiento del proceso de cambio. Programa de prevención de recaídas. Programa de preparación al alta. Coordinación con distintos profesionales para asegurar la continuidad de cuidados.

2. Ingreso programado «DE REFUERZO»

Recomendado para pacientes con problemas de adicción que se encuentran abstinentes y solicitan el ingreso durante un período de tiempo previamente pactado con el profesional con la finalidad de evitar una recaída. El objetivo fundamental es ayudar al paciente a mantenerse abstinentes y evitar ingresos prolongados en otros recursos.

Cuidar cada detalle forma parte de nuestra actividad cotidiana. Por ello, nuestro centro de desintoxicación ofrece:

- Amplias *suites* individuales con baño privado, mesa de estudio, sillón-cama para acompañante y televisión.
- Actividad terapéutica 7 días a la semana los 365 días del año. Estrecha supervisión médica y psiquiátrica.
- *Catering* supervisado por dietista.
- Servicio de interconsulta a otros servicios médicos y posibilidad de realizar pruebas complementarias.
- Sala de terapia grupal. Despachos de terapia individual.
- Piscina climatizada. Spa. Sala de psicomotricidad. Sala de relajación. Gimnasio. Dirigido por profesionales.
- Cafetería. Espacios comunes.
- Salidas terapéuticas con monitores: senderismo en la naturaleza y actividad en campo de golf.

Contacto

Información: 962 58 88 00

Atención directa 24 h: 634 84 09 04

e-mail: info@ivane-adicciones.com

www.ivane-adicciones.com



Espacios comunes de IVANE.

La Unidad de Salud Mental del Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar es el único centro privado en Valencia que atiende a pacientes con trastorno mental en régimen de corta y media estancia

La Unidad de Salud Mental (USM) de los hospitales Vithas Nisa en Valencia ofrece desde el año 2014 un dispositivo privado para el tratamiento de la sintomatología aguda y la rehabilitación de pacientes adultos con trastornos mentales graves que requieren una atención en régimen de hospitalización. La unidad atiende tanto casos de ingresos voluntarios como involuntarios. Esta unidad pretende alcanzar una mayor recuperación que la lograda durante el ingreso en una planta de psiquiatría de un hospital

de agudos y llevar a cabo una perfecta rehabilitación psiquiátrica y maximizar su reinserción en el medio del que provenía el/la paciente.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

El abordaje multidisciplinario que se ofrece en la USM de los hospitales Vithas Nisa persigue los siguientes objetivos:

- Ofrecer al paciente un tratamiento multidisciplinario desde un enfoque biopsicosocial adecuado a sus necesidades.
- Ofrecer a la familia información y apoyo en el proceso de recuperación.
- Favorecer la rehabilitación y adquisición de las habilidades personales y sociales necesarias para el funcionamiento del paciente en la comunidad.
- Asegurar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes, consiguiendo un mayor grado de autonomía.

- Fomentar la investigación y el desarrollo de acciones y programas destinados a la rehabilitación.

SISTEMA DE TRABAJO

En la USM de los hospitales Vithas Nisa cada caso es evaluado por el equipo de profesionales. Médicos psiquiatras e internistas, psicólogos clínicos, personal de enfermería (enfermeros, auxiliares y celadores) conforman el equipo de profesionales de la unidad.

El hecho de que la USM se ubique en un centro hospitalario aporta un valor añadido, ya que facilita el trabajo en estrecha colaboración con el Servicio de Neurología del Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar y en coordinación con diferentes especialidades médicas, servicios de radiodiagnóstico y laboratorio.

Entre todos gestionan y dan forma al siguiente proceso terapéutico:



Unidad de Salud Mental del hospital Vithas Nisa Valencia al Mar.



La Unidad de Salud Mental en el Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar se ubica en un entorno tranquilo lejos del centro urbano de la ciudad.

- Evaluación inicial y diagnóstico diferencial.
- Utilización de pruebas diagnósticas necesarias.
- Establecimiento de los PTI (planes terapéuticos individualizados), tanto a nivel médico como psicológico.
- Programas de intervención grupal.
- Realización de talleres ocupacionales.
- Revisiones periódicas de la evolución de los pacientes.
- Programa de apoyo familiar.
- Alta del paciente.

UNIDAD DE AGUDOS

La Unidad de Agudos atiende a pacientes con trastornos mentales graves que requieren un internamiento durante un período breve para conseguir los siguientes objetivos:

- Ofrecer un tratamiento multidisciplinario adecuado a su necesidad.
- Instauración del tratamiento farmacológico.
- Lograr la estabilización clínica del paciente.
- Intervención psicológica en crisis.

- Asesoramiento familiar.
- Valorar la necesidad de un recurso posterior.

UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

La Unidad de Media Estancia está diseñada para atender a pacientes con patología psiquiátrica que requiere internamiento durante un período más largo. Desde esta unidad se coordinan las siguientes acciones y objetivos:

- Abordar aquellos aspectos de la rehabilitación que superan los objetivos de un ingreso breve.
- Ajuste farmacológico en función de la evolución del paciente.
- Psicoeducativos familiares y grupos de apoyo a medio plazo.
- Psicoterapia individual y grupal.
- Favorecer la reinserción en el contexto social del paciente.
- Garantizar la adherencia posterior al tratamiento farmacológico/psicológico con sus profesionales de referencia.

Contacto

www.hospitales.nisa.es
Información: 963 35 25 00

La Unidad de Terapia Electroconvulsiva (Unidad TEC) del Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar ofrece esta modalidad de tratamiento en un entorno hospitalario completamente adecuado a las necesidades de los pacientes y sus familiares, ofreciendo su realización en óptimas condiciones: buena práctica clínica, eficiencia, seguridad y calidad

La terapia electroconvulsiva (TEC) es uno de los principales tratamientos utilizados para la depresión grave y otras enfermedades mentales severas desde hace décadas. La elevada eficacia, rapidez y seguridad están avaladas por la evidencia científica tal como viene reflejado en la totalidad de guías clínicas disponibles.

El objetivo de la Unidad TEC del Hospital Vithas Nisa Valencia al Mar es dignificar y normalizar el uso de la TEC, hacerla más accesible y acabar con el estigma y los prejuicios asociados, ofreciendo la mayor calidad asistencial para aquellos pacientes que la precisen y sus familias. La TEC es uno de los tratamientos psiquiátricos más eficaces para determinadas indicaciones precisas y no debería reservarse como un «último recurso», ya que priva a muchos pacientes del derecho a un tratamiento particularmente efectivo. Esperar a agotar cualquier otra opción terapéutica y demorar innecesariamente su utilización solo contribuye a prolongar el sufrimiento y a contribuir a alargar el tiempo de tratamiento en aquellos pacientes en que esté indicada.

Con la reciente creación de la unidad, se ofrece a los psiquiatras y a centros asistenciales privados de la provincia de Valencia la posibilidad de efectuar TEC de forma



Los doctores Roig, Iranzo y Sáiz en la Unidad TEC.

ambulatoria, facilitando el acceso a una modalidad de tratamiento hasta ahora inexistente, entre las opciones asistenciales privadas. Asimismo, dado que el coste económico por sesión resulta sensiblemente inferior al establecido por la sanidad pública, tenemos como proyecto intentar establecer convenios con aquellos departamentos de salud que, o bien no realicen la técnica, o no dispongan de la posibilidad de realizar TEC ambulatoria.

Esta unidad está formada por los doctores Andrés Roig, Carmen Iranzo y Vanessa Sáiz, psiquiatras con amplia experiencia en la atención de trastornos mentales graves y con formación específica y experiencia acreditada en el empleo de la TEC.

CARACTERÍSTICAS DE NUESTRO PROGRAMA

- Valoración individualizada de la indicación de TEC como mejor opción terapéutica atendiendo al diagnóstico, tipo y gravedad de los síntomas.
- Completa información al paciente sobre el procedimiento y el curso de tratamiento a cargo del psiquiatra de la unidad.
- Evaluación preanestésica.
- Posibilidad de llevar a cabo interconsultas con otros especialistas hospitalarios.
- Cribado previo de evaluación de la memoria.
- Consentimientos informados de psiquiatría y anestesiología.
- Apoyo e información al paciente y a la familia a lo largo del tratamiento.
- Coordinación ágil con el psiquiatra de referencia.
- Realización de la técnica en quirófano y posterior recuperación en la URPA a cargo de profesionales altamente especializados.
- Opción preferente de realizarla de forma ambulatoria, con la posibilidad de efectuarla hospitalariamente mediante el ingreso en nuestra Unidad de Salud Mental.
- Opción de realizarla en horarios de mañana (desde las 8:00 h) o de tarde (desde las 15:00 h), adaptándonos a las necesidades del paciente y de su familia.

La unidad dispone de un equipo de última generación: el **MECTA spECTrum 5000Q**, uno de los dispositivos más avanzados técnicamente y que mayor seguridad y eficacia clínica ofrece. Permite la personalización del tratamiento eligiendo los parámetros y empleando una mínima intensidad de impulso eléctrico e incrementa la eficacia minimizando los eventuales efectos secundarios cognitivos. ■

Contacto
 Información: 660 19 72 50
 e-mail: info@unidadtec.es
www.unidadtec.es

IINA

Instituto Internacional de Neurociencias Aplicadas

IINA es una Unidad de Psiquiatría privada integrada por un equipo de profesionales con amplia experiencia y actitud innovadora en el tratamiento de todo tipo de trastornos mentales

IINA proporciona asistencia privada y tiene concertada una amplia cartera de entidades mutuales.

Dispone de una **Unidad de Hospitalización**, y en su edificio anexo se encuentra el complejo asistencial de **Consultas Externas**.

IINA HOSPITALIZACIÓN es una Unidad Psiquiátrica de Agudos que ofrece ingresos de corta y media estancia para el tratamiento de todo tipo de trastornos mentales. Su modelo de abordaje ofrece un tratamiento integral, multidisciplinario y personalizado para todo tipo de patología psiquiátrica única, o comórbida con cualquier otra patología orgánica.

Al dirigirse a IINA usted dispone de asistencia continuada por especialistas en psiquiatría durante las 24 horas, los 365 días del año. Contacto: 93 456 41 42 / 671 354 831.

Al ingreso en IINA se asigna al paciente un psiquiatra consultor durante toda su estancia, encargado del control y tratamiento de este, puede estar en contacto con el especialista que le hubiera derivado y se da información a la familia.

IINA mantiene el contacto continuado y la supervisión con el especialista de derivación, que si lo desea puede hacerse cargo personalmente de la dirección y seguimiento de su paciente.

Está ubicado en el Hospital Plató. Ofrece las ventajas de confidencialidad y anonimato al estar integrado dentro de un Hospital General de notable prestigio. Asimismo, aporta máxima facilidad y rapidez en el momento de realizar exploraciones complementarias e interconsultas con otras especialidades médicas.

Ocupa un espacio diferenciado con 2 áreas distintas asistenciales según las características del trastorno y el estado del paciente. Sus instalaciones se encuentran perfectamente preparadas ante la posibilidad de ingresos que impliquen contención (ingreso involuntario, situaciones críticas). Existe la posibilidad de ingresos con acompañante, en habitación doble, si la condición lo requiriera.

IINA se adapta a las características específicas de cada paciente. El régimen de visitas es amplio y se valoran las salidas con acompañamiento del centro para un regreso al domicilio con plenas garantías de recuperación.

IINA CONSULTAS EXTERNAS dispone de 10 despachos, salas para terapias de grupo y salas de reuniones.

En los diferentes despachos un grupo elegido de psiquiatras y psi-

cólogos llevan a cabo su labor asistencial en jornadas amplias de lunes a viernes, empleando los modelos de atención avalados por su máximo reconocimiento en las guías de actuación clínica nacionales e internacionales para cada tipo de patología de nuestros pacientes.

La terapia de grupo es una de las técnicas de actuación de máxima utilidad para un tratamiento completo en salud mental. Patologías como fobia social, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, dolor, somatizaciones o consumo de tóxicos (por supuesto en grupos separados) se benefician enormemente de este abordaje colectivo. Asimismo, la terapia grupal sirve para completar el tratamiento iniciado en los pacientes procedentes de la Unidad de Hospitalización. Al disponer de 3 amplias salas para llevar a cabo esta actuación nos sitúa como entidad de referencia.

Nuestras salas de reuniones nos permiten llevar a cabo distintas actividades propias de IINA, y otras abiertas al resto de profesionales de la psiquiatría y salud mental en general. Por una parte nos sirven para realizar el estudio de los casos que consideramos complejos y en los que una visión global favorece una mejor comprensión y resolución. Estas salas también están abiertas para la presentación de estudios y novedades clínicas y terapéuticas para el resto de colegas que en un buen número asisten a nuestras sesiones.

LA CLAVE DE IINA es su cuidadoso ensamblaje entre la experiencia profesional junto a la dedicación y entusiasmo pleno de todos sus integrantes. Ello genera un grado de satisfacción muy elevado en los pacientes y familiares, a quienes acompañamos y dirigimos en cada caso, y que valoramos a través de las muestras de agradecimiento tras su salida. ■



I I N A

**INSTITUTO INTERNACIONAL DE NEUROCIENCIAS
APLICADAS**

Ingresos | Urgencias – C/ Platón 21 | 08006 Barcelona – 671 354 831

*Experiencia e Innovación en
el tratamiento de los
Trastornos Mentales.*

Mi pantalla blanca



Dr. Albert Solá Castelló

¡UN POCO DE AVENTURAS, POR FAVOR...!

Como dijo Oscar Wilde: «La tentación existe para que caigamos en ella». Mi tentación ha sido que, al encontrarnos en verano y con el calor agobiante que venimos sufriendo, sería interesante abordar un tema ligero y de alguna manera refrescante: las películas de aventuras..., pero no las modernas, con sus superhéroes, guerras entre galaxias y seres con poderes especiales, sino las de la literatura clásica, las antiguas, las de los años 50 del siglo pasado, en tecnicolor y de la Metro-Goldwyn-Mayer (MGM). Oír el rugido del león que aparecía al inicio de cada película, ya te predisponía el ánimo para pensar que algo importante se iba a producir.

He escogido tres películas protagonizadas por el mismo actor, Stewart Granger, actor de origen inglés que con posterioridad se trasladó a Hollywood contratado precisamente por la MGM, donde triunfó clamorosamente justo por las tres películas que voy a comentar: *Las minas del rey Salomón*, *El prisionero de Zenda* y *Scaramouche*, rodadas entre los años 1952 y 1954.

Casado con Jean Simmons, compartió pantalla con Deborah Kerr en dos de los films citados y al parecer, durante una temporada, algo más.

Stewart representa la figura del héroe que se enfrenta de forma impetuosa a los problemas y a las dificultades que se le presentan tanto a nivel físico como psíquico. Gran espadachín, de constitución atlética (hoy en día diríamos que le sobra algún kililo...), se negó a ser doblado en las secuencias en las que intervenían acciones de alto riesgo. De cabello ondulado y sienes blanque-

cinas, consiguió que su fotografía adornara la pared del dormitorio de muchas señoritas y posiblemente también de alguna señora.

Las minas del rey Salomón fue durante muchos años un icono destacado de las películas que transcurrían en África, básicamente por su montaje cinematográfico por el que recibió un Oscar. Se proyectó casi simultáneamente con *La reina de África* y *Las nieves del Kilimanjaro*, otras dos inolvidables dentro del género. *Las minas del rey Salomón* está basada en una de las novelas del autor inglés H. Rider Haggard, que estuvo viviendo mucho tiempo en Sudáfrica, y conoció de primera mano la vida y las costumbres de varias tribus africanas, entre ellos la de los zulús.

El protagonista de la novela es, nada menos, que Allan Quatermain, inglés que emigra de Inglaterra por problemas sentimentales, donde deja a un hijo suyo que quiere ser médico. Allan acompaña y dirige los

safaris de los turistas ingleses y alemanes que quieren cazar las piezas más importantes: elefantes, leones y rinocerontes, moviéndose siempre dentro de la más estricta legalidad. Esto no siempre es tan fácil, y cansado decide abandonar y volverse a Inglaterra.

Sin embargo, inesperadamente surge la oportunidad de ganar 50.000 libras esterlinas si accede a acompañar a una señora en busca de su marido desaparecido desde hace tiempo al intentar encontrar un tesoro oculto en las minas del rey Salomón. La auténtica motivación de que la bella señora quiera encontrar a su marido no es que lo quiera o que lo eche en falta, sino un gran sentimiento de culpa por haber mantenido serias discrepancias con él, motivo por el cual este decide embarcarse en una extraña aventura aunque pueda costarle la vida. Diríamos en nuestro argot que la somete a un chantaje emocional.

El astuto lector ya puede imaginarse cómo termina o empieza la vida sentimental de la protagonista, con mayor motivo al ver que lo que queda de su marido es un esqueleto mondo y lirondo. Si estábais interesados por el tesoro, este realmente existe, pero queda sepultado bajo las piedras al derrumbarse la cueva donde se hallaba. Pero aquí lo realmente importante es el triunfo del amor.

En la novela de Rider Haggard, el hijo puede terminar los estudios de medicina gracias al dinero conseguido por el padre. Sin embargo, la felicidad dura poco, ya que muere en plena juventud a consecuencia de una enfermedad renal. En cambio, Stewart Granger vivió hasta los 80 años, muriendo víctima de un cáncer de próstata.

En *Las minas del rey Salomón* están perfectamente mezcladas las escenas documentales en las que aparecen animales de la fauna africana junto a las secuencias narrativas de los protagonistas. Quizás salen pocos leones o elefantes. En cambio, aparecen bastantes cocodrilos, algunos de ellos han llegado a ser viejos conocidos nuestros, ya que tengo la impresión de que hemos visto a los mismos en la mayo-

ría de películas de temas africanos. Por supuesto, no puede faltar la escena en que la protagonista está a punto de ser mordida por una serpiente al andar tan ricamente por la selva. Un gran susto, y a continuación el disparo del experto cazador que atina a dar en la cabeza del venenoso reptil. Escenas parecidas a estas han contribuido a la creación de fobias tanto en personas del sexo femenino como masculino al pensar que en África la distinta fauna está esperando amenazante para atacar a los foráneos. La realidad es todo lo contrario. La fauna africana ya se hubiera extinguido por culpa del hombre blanco y por los cazadores furtivos de no ser por la creación de las grandes reservas de animales en distintos territorios del continente.

En la actualidad, los turistas pueden contemplar, después de haber experimentado el placer de una ducha refrescante, desde la terraza de un *lodge*, mientras toman un whisky o un *gin-tonic* sentados cómodamente en una butaca, cómo al anochecer los animales vienen a beber el agua de una laguna situada prácticamente a sus pies.

En esta película aparecen también auténticas muchedumbres de tribus indígenas, watusis, samburus, etc. Realmente choca al espectador la cantidad de extras que aparecen, pensando que en aquella época el cine no estaba digitalizado. ¿Les costó una gran fortuna a los productores contratar a todo ese personal?

Cambiamos por completo de ambiente y situémonos de repente en un país imaginario del centro de Europa, que fácilmente podría ser Austria o Hungría, en uno o en el otro es donde transcurre la acción de la película *El prisionero de Zenda*.

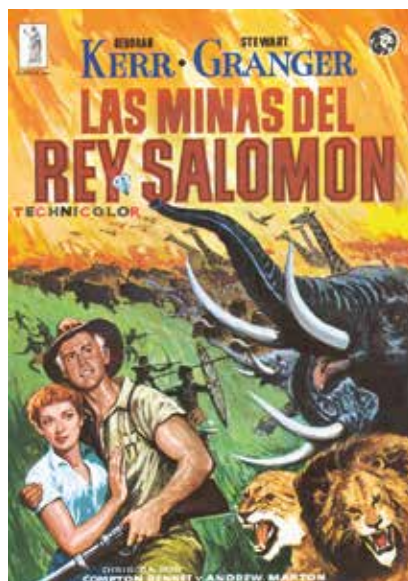
Un noble inglés (o si no es noble parece de buena familia...) decide irse de vacaciones para relajarse (no se sabe de qué), pescando plácidamente en las tranquilas aguas de los ríos que bañan amorosamente a este país. Sin embargo,

existe un gran inconveniente para que su sueño pueda convertirse en realidad, resulta que físicamente es la copia idéntica del futuro rey de este país. Este legítimo candidato a monarca es una persona irresponsable, alcoholizada, mujeriego y frívolo. Tiene como rival a su hermano, que pretende usurparle el trono y para ello trama una conspiración para conseguirlo. El candidato a rey será coronado dentro de las próximas cuarenta y ocho horas.

El caballero inglés es presentado al futuro monarca y entre ellos se produce una muy buena relación, y para festejarlo se dedican a beber de forma desmesurada. Lo que no sabe el futuro monarca es que sus enemigos han diluido un potentísimo hipnótico en una de las botellas de un vino de una cosecha extraordinaria. Afortunadamente, el invitado, pensando en que tiene que ir a pescar, no bebe de la misma. Consecuencia: el real alcohólico cae al suelo inconsciente en un estado de inconsciencia tal que será totalmente imposible que el próximo día acuda a su coronación. Gran triunfo de sus enemigos, pero con lo que no contaban es que existe una persona de un parecido tan idéntico que puede llevar al traste su complot.

Los nobles afines a nuestro protagonista convencen al amigo inglés para que suplante al regio ebrio el día de su coronación, ya que, como hemos dicho anteriormente, de no asistir a la misma sería coronado su hermano. Existe otro problema importante a superar, y es que el futuro rey tiene una prometida de la familia real, con la cual deberá casarse inmediatamente. ¿Notará la princesa el evidente engaño?

No vamos a explicar todo el intríngulis de la película. La trama está llena de emoción y de aventuras, narrada con una llaneza extraordinaria, hay buenos y malos, lo cual evita que tengas que sumergirte en dramas de personajes torturados o con problemas psicológicos.



El doble papel del personaje central de la película lo interpreta también Stewart Granger, y aquí interviene nuevamente Deborah Kerr.

Ustedes se preguntarán si realmente la princesa descubrirá el engaño de toda la trama. Pues bien, juzguen ustedes mismos. A partir de que la pareja se encuentra, el falso candidato se siente irremediabilmente atraído por la que realmente ya era su novia. Sin embargo, al ser él otra persona le otorga unas atenciones y unas manifestaciones de afecto impropias del anterior. La princesa «redescubre» a su pretendiente, quedando totalmente enamorada de su nueva «personalidad».

Al final de la película se descubre toda la trama. El inglés tiene que volver a su país y la princesa tiene que casarse con el auténtico rey, a pesar de no estar enamorada de él. Razones de estado la obligan a cumplir con su obligación.

Por lo visto, estos personajes no admitían la posibilidad de la abdicación. Los reyes eran víctimas de las responsabilidades de su linaje y de su cargo. En aquella época todavía desconocían que el Duque de Windsor renunció al trono por amor al mantener relaciones sentimenta-



les con una señora americana divorciada, siendo, al parecer, muy feliz durante el tiempo que duró ese romance, viajando por todo el mundo y yendo de festejo en festejo. Otro rey, no muy lejano, tuvo que dimitir por ir a cazar elefantes acompañado de una señora de muy buen ver.

Estos monarcas no tuvieron la suerte de tener a un doble que los suplantara en los actos oficiales, mientras ellos se lo hubieran podido pasar tan ricamente. De uno de ellos se llegó a afirmar que sí existía tal doble. ¿Es posible...?

Quienes sí tuvieron un romance en la vida real fueron Stewart Granger y Deborah Kerr. Por lo visto, el enamoramiento de los protagonistas de la película no fue una ficción. Duró lo que duró, y por lo visto fueron muy felices.

Finalmente, mi tercera película predilecta para esta época del año es *Scaramouche*. Basada en una novela de aventuras de Rafael Sabatini, nos narra la historia de un personaje de la nobleza que tiene un hermano implicado con las nuevas ideas de la Revolución Francesa, que reparte panfletos, firmados con un seudónimo, en los que defiende la trilogía de *liberté, égalité, fraternité*. Otro noble (Mel Ferrer), muy diestro en el arte de la esgrima, se dedica a batirse diariamente con cualquier individuo que pueda «enojarle». Llega a descubrir al auténtico firmante de los panfletos revolucionarios, lo desafía a un duelo y, lógicamente, dada su maestría, lo mata. Su hermano, nuestro protagonista Stewart Granger, no tan diestro con la espada, acude al maestro de esgrima de su enemigo para que le enseñe todos los trucos de tan complicado arte. Para poder llevar a cabo, sin ser conocido, su venganza toma la identidad de Scaramouche, personaje de la Comedia del Arte italiana. Este, en la realidad un actor con la cara deformada por unas



quemaduras, cubre su rostro con una máscara para ocultar su fealdad. Finalmente, la identidad de nuestro protagonista le obliga a ir al extranjero donde contacta con el maestro de su maestro, el cual domina al máximo el arte de la esgrima. Al final de la película aparece la escena cumbre, en la que los dos enemigos se encuentran frente a frente. El duelo es extraordinario, ya que los dos actores recibieron clases de esgrima antes de ejecutar de forma real las escenas. Hay que mencionar que esta secuencia es la más larga filmada en la historia del cine. Únicamente, quizás en calidad, no en cantidad, fue superada por el duelo a espadas en *El signo del Zorro*, con Tyrone Power y Basil Rathbone. Lo que no les diré es cómo termina el duelo.

Stewart Granger se convirtió en un héroe de las películas de aventuras, siguiendo los antecedentes marcados por Douglas Fairbanks, Errol Flynn, Tyrone Power y quizás podríamos añadir a esta lista a Gary Cooper, o al mismo John Wayne. Se podría discutir. Lo que es evidente es que estos personajes ya han desaparecido de nuestras vidas. Sin embargo, todavía están vivos cuando llegan nuestras vacaciones. ■

Agenda de congresos de psiquiatría 2017

Julio

17th International Congress of ESCAP (European Society for Child and Adolescent Psychiatry).
Genève, 9-11 de julio de 2017.

CINP Thematic Meeting: Treatment Resistant Depression.

Prague, 20-22 de julio de 2017.

Agosto-septiembre

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

XI Argentine Congress of Mental Health.
Buenos Aires, del 30 de agosto al 1 de septiembre de 2017.

20th International Congress of ISPS (The International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis): Making real change happen.
Liverpool, del 30 de agosto al 3 de septiembre de 2017.

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

47th European Association for Behavioural and Cognitive Therapy.
Istanbul, 13-16 de septiembre de 2017.

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

15th International Congress of The International Society for the Study of Personality Disorders.
Heidelberg, 25-28 de septiembre 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			

Octubre

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

Global Addiction.

Venezia, 2-4 de octubre de 2017.

17th WPA World Congress of Psychiatry. Psychiatry of The 21st Century: Context, Controversies and Commitment.
Berlín, 8-12 de octubre de 2017.

24th International Conference on Psychiatry and Psychosomatic medicine.

London, 12-14 de octubre de 2017.

25th World Congress of Psychiatric Genetics.

Orlando, 13-17 de octubre de 2017.

Aproximación a los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Madrid, 20-21 de octubre de 2017.

XXXV Congreso Brasileño de Psiquiatría.

Sao Paulo, 25-28 de octubre de 2017.

10th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry.

Dublin, 26-28 de octubre de 2017.

II European Meeting on Women's Mental Health.

Barcelona, 26-27 de octubre de 2017.

Noviembre

XX Congreso Nacional de Psiquiatría.
Barcelona, 16-18 de noviembre de 2017.

XXII Curso Anual de Esquizofrenia. Experiencias alucinatorias y posibilidades Terapéuticas.

Madrid, 23-25 de noviembre de 2017.

18.ª Escuela de Otoño de Socidrogalcohol.

Murcia, 23-25 de noviembre de 2017.

Congrès Français de Psychiatrie. La Psychiatrie en mouvement.

Lyon, del 29 de noviembre al 2 de diciembre de 2017.

Diciembre

XXII Curso sobre TEC.

Barcelona, 6-10 de diciembre de 2017.

17th International Forum on Mood and Anxiety Disorders.

Madrid, 14-16 de diciembre 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.

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 (E-110) y 0,005 mg de rojo cochinita A (Ponceau 4R) (E-124). Para consultar la lista completa de excipientes, ver "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido recubierto con película. Los comprimidos son alargados, de color rosado-anaranjado. El comprimido se puede dividir en dos 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 durante cuatro a seis meses hasta que mejoren los síntomas del paciente; 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 (ver secciones "Advertencias y precauciones especiales de empleo" y "Reacciones adversas"). 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 (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **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 incluidos en la sección "Lista de 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 (Ver sección "Contraindicaciones" y "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). Se recomienda que se adopte una administración cuidadosa 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. - Hipertirroidismo. - Trastornos de la micción, tales como hipertrofia 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 maniaco-depresiva 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 neuroléptico maligno.** Se han descrito interacciones en relación al síndrome de serotonina/síndrome neuroléptico 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 neurolépticos. Se han descrito síndromes neurolépticos malignos con resultado de muerte en casos de administración conjunta con neurolépticos, por lo que este síndrome es una conocida posible reacción adversa al medicamento (ver secciones "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción" y "Reacciones adversas"). 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 (ver sección "Reacciones adversas"). 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. sparfloxacino, moxifloxacino, 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. Vea la sección "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción" para más información. 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. **Interferencia con pruebas de orina:** Cuando se utilizan técnicas de inmunoensayo para la detección de fármacos en la orina, la reactividad cruzada de la meta-clorofenilpiperazina (m-CPD), metabolito de la trazodona, con la metilenedioximetanfetamina (MDMA, éxtasis), estructuralmente similar, puede causar falsos positivos para anfetamina. En estos casos, se recomienda no tomar decisiones basándose únicamente en los resultados "presuntamente positivos" de las técnicas de inmunoensayo y realizar un análisis de confirmación por técnicas de espectrometría de masas (MS) o bien usar la espectrometría de masa en tándem acoplada a la cromatografía líquida (LC-MS/MS). **Advertencias sobre excipientes.** Este medicamento puede producir reacciones alérgicas porque contiene amarillo anaranjado S (E-110) y rojo cochinita A, (Ponceau 4R) (E-124). 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 (especialmente 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 ha 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 tolerada 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 (HPPN). 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 (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). 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 ² , 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 ³ , agitación, disminución de la agudeza mental, temblor, visión borrosa, alteración de la memoria, mioclonia, afasia expresiva, parestesia, distonía, alteración del gusto
Trastornos cardíacos	Arritmias cardíacas ⁴ (Torsade de Pointes, palpitaciones, contracciones ventriculares prematuras, duplas ventriculares, taquicardia ventricular), bradicardia, taquicardia, anomalías ECG (prolongación QT) ²
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 hepatobiliares	Trastornos de la función hepática (ictericia y daño hepatocelular ⁵), 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 ⁶
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. ²Ver también sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo". ³La 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. ⁴Los estudios en animales han mostrado que este medicamento es menos cardiotoxicó 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 ⁵Se 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. ⁶Ver también la sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo".

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) (E-124), amarillo anaranjado S (E-110), celulosa microcristalina (Avicel pH-102). 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 y otras manipulaciones.** 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.** Marzo 2017. **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 más de **19 millones**
de prescripciones de Deprax en España (fuente IMS)


ANGELINI