

# Psiquiatría privada



Asociación Española de Psiquiatría Privada

[www.asepp.es](http://www.asepp.es)

## Editorial

### Actualidad ASEPP

Nueva sede, nuevos proyectos

### Contrastes

Félix González Lorenzo/José Javier Carbonell Casasús

### Psiquianálisis

Ingreso involuntario en psiquiatría

### En el cajón del despacho

Los precios de los psicofármacos

### Mi pantalla blanca

### Agenda

### Decálogo de la ASEPP

**15**  
Abril  
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. Félix González Lorenzo	Dra. María Inés López Ibor Alcocer
Dr. Juan Luis Mendivil Fernández	Dr. Juan Sánchez Sevilla
Dr. Luis Miguel Segovia López	

## 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.

## XI CONGRESO NACIONAL ASEPP



Estimad@s colegas:

Os damos la bienvenida al XI Congreso Nacional de la Asociación Española de Psiquiatría Privada (ASEPP), que bajo el lema “La psiquiatría, abierta a la sociedad” tendrá lugar en Jerez de la Frontera durante los días 24, 25 y 26 de mayo.

Es un orgullo poder atenderos en nuestra ciudad que, por sus diversas singularidades, es conocida mundialmente. Jerez es una ciudad de tradiciones muy definidas pero, a su vez, abierta a la innovación y al desarrollo. Es además un lugar excepcional, por su situación geocéntrica, para adentraros a conocer, si tenéis tiempo, la diversidad de la provincia de Cádiz.

Hemos elegido el lema “La psiquiatría, abierta a la sociedad” con la intención de explorar diversas áreas de interés para nuestra especialidad desde una perspectiva transversal, abierta y permeable ante la sociedad, sus demandas y nuevos retos. De esa forma abordaremos, entre otros, temas como los nuevos tipos delincuenciales y su conexión con nuestra especialidad, el empoderamiento del paciente en la toma de decisiones acerca de su proceso, la importancia de la nutrición y el equilibrio neurobiológico, la psiquiatría en los medios y reflexiones acerca del futuro de nuestra práctica.

Queremos además, desde esa visión transversal y abierta, dar cabida a personas que, desde la sociedad, realicen una mirada hacia nuestra labor. Hemos tenido la suerte de contar con personas relevantes de nuestro entorno que aportarán su valiosísima visión desde fuera.

Para todo ello hemos elegido el formato de reuniones plenarias en las que todos podamos enriquecernos con los temas propuestos y, a su vez, enriquecer el debate acerca de los mismos.

Finalmente es nuestra intención crear, desde los aspectos logísticos, un clima adecuado donde podamos avanzar en la cohesión de nuestra asociación así como poder seguir favoreciendo la comunicación y colaboración entre los asociados. Hemos elegido como sede el emblemático Hotel Jerez, que reúne las condiciones de comodidad y vanguardia para alojar un evento como el nuestro.

Os esperamos pues en Jerez donde, saludablemente, tendremos la ocasión de volver a vernos con una copa de algunos de los mejores vinos del mundo.

**Juan Sánchez Sevilla / Dionisio Romero Comella**  
Co-Presidentes del Comité Organizador

# Nueva sede, nuevos proyectos

Queridos colegas, es un placer por parte de la junta directiva de ASEPP presentaros nuestra nueva sede.

Tras decidirse en una reunión de la junta la idoneidad de su continuidad en Barcelona, núcleo embrionario de nuestro proyecto, otro de los propósitos de ASEPP era de poder contar con una sede propia y no ubicada en ningún despacho profesional de nuestros asociados. Aprovechamos la oportunidad para agradecer al Dr. Salvador Ros que durante todo este tiempo nos ha cedido gratuitamente una parte de su despacho. Finalmente ha sido posible, gracias a las gestiones del Dr. Alfonso Sanz, ubicarla en un despacho alquilado en la Plaza Mañé i Flaquer 9 de Barcelona. Es un lugar céntrico, agradable y muy bien comunicado situado en pleno barrio del Putxet, que forma parte de un edificio a pie de calle con diversos despachos profesionales dedicados a la salud mental y psicología.

ASEPP dispone de uno de estos despachos que sirve como lugar de referencia para la comunicación, resguardo de nuestro archivo, así como para realizar gestiones

y reuniones para nuestros asociados. También contamos con una sala de reuniones/juntas amplia y muy bien adaptada donde se celebrarán las reuniones de junta directiva y diferentes eventos vinculados con ASEPP: presentaciones, reuniones con diferentes entidades, entre grupos de miembros de nuestra entidad, presentación de casos clínicos, siempre solicitada con un tiempo suficiente. Creemos que se trata de un pequeño paso, pero importante, de cara a implementar el desarrollo de nuestra asociación.

## Nuevos proyectos

Aprovechamos también la oportunidad que nos ofrece la revista para recordaros los nuevos proyectos que se están llevando a cabo desde ASEPP.

Se han realizado diferentes reuniones con la Organización Médica Colegial (OMC) y otras sociedades científicas para aunar esfuerzos en cuanto a la defensa de los dere-



chos de nuestros asociados y mostrar nuestro posicionamiento ante diferentes cuestiones relativas a nuestro día a día como médicos en ejercicio privado.

En nuestra postura habitual de defender la posición de nuestros asociados en todos los ámbitos, ASEPP presentó alegaciones ante el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad frente al Proyecto del real decreto por el que se crea el título de Médico Especialista en Psiquiatría del niño y el adolescente y se modifica el actual título de Médico Especialista en Psiquiatría, por el de Médico Especialista en Psiquiatría del Adulto, ya que no nos parece conveniente la modificación del nombre, contenidos y cometidos de la actualidad Especialidad de Psiquiatría que pasaría a ser Psiquiatría del Adulto, cuyo término resulta restrictivo, excluyente y difiere de la denominación mayoritaria en la Unión Europea. Asimismo, sugerimos que se acepte de manera formal que, en el sistema privado, todos los especialistas en psiquiatría que han obtenido sus títulos en fecha anterior a la implementación de este decreto puedan seguir trabajando en cualquiera de las áreas representadas por las nuevas especialidades de psiquiatría, ya que el actual título de Especialista en Psiquiatría capacita para asistir a todos los pacientes psiquiátricos, sean niños o adultos.

Se han establecido conversaciones con diferentes sociedades nacionales e internacionales de psiquiatría para dar a conocer ASEPP y nuestro proyecto de futuro. Se han establecido convenios de colaboración con diferentes asociaciones psiquiátricas (Sociedad Española de Patología Dual) para aprovechar sinergias entre los distintos grupos.

Estamos creando secciones en ASEPP que engloben la actividad llevada a cabo en los hospitales psiquiátricos y centros terapéuticos de ingreso en salud mental, y con aquellos grupos de profesionales que están agrupados en centros privados de salud mental, como complemento específico y ventajas notables en referencia a la red pública.



Mantenemos el compromiso de dar un compromiso rápido y de calidad a nuestros asociados con la plataforma de Asesoramiento en Psicofarmacología, así como en el Área de Legal (nuevos reglamentos en cuanto a protección de datos), pudiendo resolver todas nuestras dudas en ambos aspectos en un brevísimo espacio de tiempo.

Estamos trabajando en la mejora de nuestra página web para ofrecer a ASEPP en general y a cada uno de nuestros asociados en particular una serie de ventajas importantísimas a la hora de dar a conocer nuestra actividad profesional.

Hemos establecido contacto con diferentes mutuas médicas que nos han hecho llegar sus ofertas de cobertura de la salud, que representan un importante ahorro con respecto a los precios clásicos instaurados y que os presentaremos en nuestro congreso de Jerez.

Con todas estas acciones pretendemos dar una mayor visibilidad a ASEPP, un mejor servicio a nuestros asociados y continuar con nuestra línea de crecimiento tanto en cuanto número de asociados como de prestigio asociado de pertenecer a ASEPP.

Una ASEPP abierta de par en par a todos los asociados y a la que os continuamos invitando a tener una participación activa en el proyecto. Estaremos encantados de contar con vuestra implicación y vuestras sugerencias. Solo así conseguiremos construir una ASEPP de todos y para todos. ■



# Contrastes

En esta ocasión abandonamos la Península y desembarcamos en Baleares y Canarias, donde nos esperan los dos protagonistas de nuestra sección. Dos psiquiatras con amplia formación internacional. Ambos ya querían ser médicos desde niños. Una pasión compartida: navegar. Sacan gran partido al diván: la magia y el *setting* terapéutico. Muchas coincidencias, y acabaremos convenciéndonos de la influencia de la ubicación en el devenir humano.



**Nombre:** Félix González Lorenzo.

**Edad:** 58 años.

**Actividad profesional y cargo:** psiquiatra terapeuta.

**El mejor año de su vida:** el actual. El tiempo me ha regalado anhelos que me han ido aproximando al horizonte utópico (familia, amigos, trabajo, experiencia, viajes, ocio, deporte, etc.).

de la sensación de felicidad (familia, amigos, trabajo, experiencia, viajes, ocio, deporte, etc.).

**De pequeño quería ser...** médico.

**Pasional o racional (apasionado o metódico):** más apasionado que metódico. Para bien y para no tan bien a veces.

**Comida o cena:** cena.

**Su plato más íntimo:** ¡¡¡ ... !!!

**Su color preferido:** morado.

**Un defecto:** muy confiado.

## Bloque personal

**Planes de futuro:** conquistar vida más allá del trabajo.

**Salud, trabajo o amor:** 30, 30, 30.

**Un lugar para perderse:** Caribe.

**Un viaje pendiente:** Oriente.

**La palabra que más veces utiliza a lo largo del día:** «Puede ser».

**Qué libro regalaría:** "La contravida" (Philip Roth).

**Canción de la que siempre solicitaría dos besos:** "La gota de rocío" (Silvio Rodríguez).

**Película inolvidable:** "El Padrino".

**Su último concierto:** "Buenavista Social Club".

**Diurno o nocturno:** nocturno.

**¿A qué edad se jubilaría? Ya.**

**¿Cuánto tiempo lleva dedicándose a la psiquiatría?:**

26 años.

**Profesional que más le ha influido:** Lia Ricon (jefa de cátedra de la Universidad de Buenos Aires), mi mentora.

**Una depresión es...** una enfermedad devastadora.

**Pelota, caballo o manzana:** psicometría.

**Rorschach o MMPI:** clínica y palabra, mejores siempre.

**Amar es...** cuidar y que te cuiden.

**El pecado capital más extendido:** la codicia. No sé si es el más extendido y si es estrictamente capital (avaricia), pero creo que es el que más vidas consume.

**Un diván sirve para...** dar confort al "setting" en la relación terapéutica.

**Fármaco más importante en la historia de la psiquiatría:** haloperidol.

**Una teoría que explique el comportamiento humano:** no hay una sola. La psicoanalítica abre muchas puertas.

## Bloque profesional

**Qué tipo de trastorno mental cree que incrementará más su prevalencia en los próximos años:** el malestar.

**La última vez que...** pierdo mi tiempo con quien no merece la pena.

**Característica psíquica que mejor define los tiempos actuales:** narcisismo.

**Proverbio o frase/ejemplo ilustrativo que suele utilizar en su consulta:** lo que está de tu mano, solo eso.

**El año que viene...** habré aprendido a navegar mejor y a sentirme más seguro con la vela. Manejaré el Láser colgado en la barida.

**Un psiquiatra no debería ser...** concreto, aburrido, dogmático, distante.



**Nombre:** José Javier Carbonell Casasis.

**Edad:** 49 años.

**Actividad profesional y cargo:** psiquiatra en consulta privada.

**El mejor año de su vida:** los mejores años de mi vida fueron los del nacimiento de mis hijos en 2001, 2002 y 2005.

**De pequeño quería ser...** Aunque sea sorprendente, yo de pequeño ya quería ser psiquiatra como mi padre.

**Pasional o racional (apasionado o metódico):** metódico en el trabajo y pasional en todo lo demás... Menos mal ¿no?

**Comida o cena:** cena. Las comidas pueden conmigo. No concibo una comida sin siesta.

**Su plato más íntimo:** tumbet con huevo frito.

**Su color preferido:** el azul del mar en Formentera.

**Un defecto:** impaciente.

**Planes de futuro:** seguir disfrutando del día a día con mis hijos, mi trabajo y mis "hobbies".

**Salud, trabajo o amor:** 25, 50, 25.

## Bloque personal

**Un lugar para perderse:** navegando a vela donde me lleve el viento.

**Un viaje pendiente:** el viaje de la vuelta al mundo que dejé pendiente cuando terminé la especialidad.

**La palabra que más veces utiliza a lo largo del día:** estructura. La repito continuamente tanto a mis pacientes como a mis compañeros en el trabajo y la intento aplicar en mi vida personal.

**Qué libro regalaría:** ninguno en particular. Lo elijo dependiendo de la persona a la que se lo regalo.

**Canción de la que siempre solicitaría dos besos:** "My way" de Nina Simone, Frank Sinatra.

**Película inolvidable:** "El Guateque" de Blake Edwards.

**Su último concierto:** Bruno Mars en Barcelona en abril de 2017. ¡Espectacular! Muy recomendable para ir con hijos.

**Diurno o nocturno:** diurno entre semana, nocturno los fines de semana todo lo que puedo, especialmente en vacaciones.

**¿A qué edad se jubilaría?** A la edad en la que ya no pueda regir mentalmente.

## Bloque profesional

**¿Cuánto tiempo lleva dedicándose a la psiquiatría?**  
Más de 20 años.

**Profesional que más le ha influido:** es difícil seleccionar una, entre ellas Doris Hollander (familiar de Ana Frank), mujer incansable que hizo del centro de Londres un área de reinserción para los enfermos mentales. Nina Farhy, psicoterapeuta de la Tavistock, discípula de Winnicott, con una impresionante capacidad de análisis.

**Una depresión es...** una batalla. La enfermedad de las mil caras, un reto que hay que vencer luchando cada día desde todos los ángulos posibles.

**Pelota, caballo o manzana:** a veces no me acuerdo ni yo de las palabras que pido que me repitan. Espero que eso no signifique nada.

**Rorschach o MMPI:** aunque crecí entre Rorschach y cuadros abstractos, utilicé el MMPI y el Millon a diario.

**Amar es...** exponerse. Una inversión de riesgo. Si no inviertes no ganas y si inviertes mucho puedes perder mucho.

**El pecado capital más extendido:** todos los anteriores, dependiendo del entorno cultural en el que te encuentres. Hay una evidente pérdida de valores en general.

**Un diván sirve para...** hacer magia, no deja de sorprenderme. Recomiendo vivirlo y practicarlo.

**Fármaco más importante en la historia de la psiquiatría:** siempre me han dicho que la clorpromazina fue el medicamento que cambió la psiquiatría.

**Una teoría que explique el comportamiento humano:** la teoría del Caos del Universo. Las personas como el universo tendemos a la entropía.

**Qué tipo de trastorno mental cree que incrementará más su prevalencia en los próximos años.** es de todos conocido que la depresión va a aumentar exponencialmente, pero en mi opinión va a bajar el umbral de enfermedad para acudir al psiquiatra y los trastornos adaptativos se reconocerán más y requerirán más de nuestra ayuda para ser tratados.

**La última vez que...** La última vez que me tiré en paracaídas me dije a mí mismo que era la primera y la última. Hay que estar hecho de otra pasta.

**Característica psíquica que mejor define los tiempos actuales:** la volatilidad. Las nuevas tecnologías conllevan una falta de arraigo en general.

**Proverbio o frase/ejemplo ilustrativo que suele utilizar en su consulta:** mi preferido es el proverbio chino que dice: «Dame un pez y comeré un día, enséñame a pescar y comeré todos los días».

**El año que viene...** El año que viene le prestaré especial atención a todo lo que es el mundo online aplicado a la psiquiatría.

**Un psiquiatra no debería ser...** una persona que no respete y haga respetar claramente los límites de su profesión.

# Ingreso involuntario en psiquiatría



**Esther Franch**

Directora de Enfermería de IINA

Uno de los aspectos más controvertidos dentro de la práctica psiquiátrica continúa siendo el ingreso involuntario en clínicas y hospitales psiquiátricos y que puede acompañarse de unos síntomas característicos que a veces precisan de la utilización de diferentes técnicas de contención. Esther Franch, directora de Enfermería de IINA, y con una dilatada experiencia en el abordaje de este tipo de situaciones nos hace un interesante resumen sobre el tema.

Los trastornos del comportamiento, y las descompensaciones de patologías mentales, son los principales motivos por los que el propio paciente o los familiares de este solicitan un ingreso en una unidad de hospitalización de agudos de psiquiatría, especialmente por el malestar personal y social del entorno que rodea al paciente, por su falta de adaptación y las consecuencias de su comportamiento.

Pacientes conscientes de su enfermedad, con un buen *insight* y conscientes de su actual descompensación y malestar emocional, aceptan de forma voluntaria el internamiento en unidades de hospitalización para su estabilización clínica y farmacológica.

Pero, ¿qué sucede cuando el paciente no es consciente de su actual patología o de la necesidad de ingresar?

Frente a esta situación, el especialista en psiquiatría, tras realizar una exploración médica del paciente y considerar necesario su internamiento, puede recurrir a la realización de un ingreso involuntario judicial. Este proceso consiste en solicitar y delegar la valoración del ingreso involuntario a un psiquiatra forense y un juez, externos a la clínica o centro que solicita el internamiento.

## APLICACIÓN DEL INGRESO INVOLUNTARIO JUDICIAL ORDINARIO POR UN CENTRO DE PSIQUIATRÍA

El ingreso involuntario no es nada más que una herramienta profesional que disponemos para velar y proteger a nuestros pacientes cuando están en situación de riesgo o ponen en peligro a terceras personas a causa de su actual enfermedad aguda mental.

Los casos más habituales por los que un psiquiatra realizará la petición de un ingreso involuntario suelen ser:

- Descompensación aguda de cuadro psicótico, con nulo *insight* de la enfermedad, ideas delirantes, de prejuicio y cuadro alucinatorio.
- Ideación de suicidio grave o autolesiones que pueden poner al paciente en compromiso vital.
- Cuadros de agitación con auto y/o heteroagresividad que precisan contención mecánica.
- Situaciones en las que el paciente no acepta la medicación y se le debe administrar camuflada o de forma forzada, en contra su voluntad.
- Al realizar técnicas en contra de la voluntad del paciente para garantizar su supervivencia, como sondaje nasogástrico en TCA grave.



A parte de estos casos, pueden nombrarse múltiples causas específicas, pero siempre con el objetivo de ayudar al paciente y poderlo mantener hospitalizado en psiquiatría de forma legal a pesar de su disconformidad.

### ¿CÓMO HAREMOS UN INGRESO INVOLUNTARIO?

Ante la negativa de un paciente a ingresar o la no colaboración farmacológica y terapéutica de este, o ante la solicitud de un alta voluntaria por el paciente durante su ingreso, el médico dispondrá de 24 h desde que el paciente verbaliza su disconformidad a mantener el ingreso en la unidad de psiquiatría. Exceder este período supondría un prejuicio al paciente hospitalizado en contra de su voluntad, abriendo la puerta a conflictos en el marco de la legalidad.

El psiquiatra debe informar por fax, correo electrónico o vía exigida de información a los juzgados de cada comunidad autónoma, la solicitud del internamiento judicial y realizar un pequeño informe sobre el motivo por el que solicita el ingreso.

Durante las siguientes 24-72 h pasarán el forense y el juez para realizar su propia valoración del caso clínico. El mismo día de la valoración enviarán la resolución y sentencia del actual internamiento, así como el número de expediente del paciente en cuestión.

En caso de denegación del internamiento involuntario, el centro y el facultativo responsable del paciente deberán facilitar su salida del centro en el que está ingresado.

En el caso de aceptación del ingreso involuntario judicial, el psiquiatra informará al paciente de la decisión del juez y de que, en contra de su voluntad, debe permanecer ingresado.

El ingreso involuntario se mantendrá hasta la mejoría clínica del paciente. En caso de alargarse más de 2 meses, el juez y psiquiatra forense programarán visitas de seguimiento clínico, medida legal para la protección y bienestar del paciente hospitalizado.

Cuando el psiquiatra valore mejoría, consciencia, colaboración y nulo riesgo para el paciente o terceras personas, deberá notificar al juzgado de referencia su paso a ingreso involuntario e informar de si se procede a su alta médica o se mantiene ingresado en régimen voluntario. Al dar el alta médica, se debe enviar el informe de alta para cerrar el expediente judicial.

En ese escenario, la notificación del ingreso en psiquiatría por orden judicial suele causar en el paciente un sentimiento de injusticia, de falta de comprensión. Alta disconformidad y percepción de agresión hacia su persona e libertad, son los principales

motivos por los que tras la realización del ingreso involuntario el paciente reaccionará con agresividad, dando lugar a agitación, conductas disruptivas y siendo a veces necesaria la aplicación de contención mecánica.

### AGITACIÓN DE UN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

La agitación es un síndrome psicomotor de intensidad variable que puede originarse por varias causas y motivos, tanto orgánicos como psiquiátricos.

Consiste en un aumento de la actividad psicomotriz de forma persistente con conducta agresiva que intenta infligir un estímulo nocivo o comportarse de manera destructiva hacia otras personas u objetos.

Hemos de distinguir entre comportamientos agresivos de carácter patológico, de los impulsivos y de los premeditados.

#### Agitación orgánica

Proceso en el que se realiza una descompensación de carácter orgánico que afecta al comportamiento del individuo, ocasionando alteración comportamental agresiva.

Las características que se pueden presentar en una agitación orgánica son:

- Fluctuación del nivel de consciencia y desorientación temporoespacial.
- Discurso incoherente.
- Alteraciones sensorio-perceptivas visuales, delirio ocupacional y, en ocasiones, ideación delirante de prejuicio no sistematizada.
- Sospecha frente a un cuadro de instauración severa o brusca, sin antecedentes psiquiátricos conocidos.
- Alteraciones en las exploraciones complementarias y físicas: taquicardia, temblor, ataxia, sudoración, fiebre, etc.

Los casos más habituales en que se puede dar una agitación orgánica son:

- Cuadro confusional agudo: infecciones sistémicas o del SNC, insuficiencia renal o hepática, insuficiencia respiratoria o cardíaca, alteraciones metabólicas, crisis comiciales parciales, ictus isquémicos o hemorrágicos, tumores intercraneales o metastásicos, delirium sobrevenido por demencia.
- Intoxicaciones agudas de fármacos: cimetidina, ranitidina, litio, levodopa, antidepresivos, antihistamínicos, corticoesteroides, antiepilépticos, neurolepticos, benzodiazepinas y anticolinérgicos.
- Intoxicaciones agudas de tóxicos: alcohol, cocaína, anfetaminas, cannabis, alucinógenos y fenciclidina.
- Síndromes de abstinencia: alcohol (*delirium tremens*), benzodiazepinas y opiáceos.

## **Agitación psiquiátrica**

Proceso en que el paciente a causa de una patología aguda psiquiátrica tiene una situación comportamental agresiva.

Es uno de los motivos más habituales de ingresos involuntarios en unidades de psiquiatría, así como una de las respuestas más frecuentes al informar del ingreso involuntario al paciente agudo psiquiátrico.

Las características que podemos encontrar en una agitación psiquiátrica son:

- Nivel adecuado de conciencia.
- Discurso en tono elevado, disgregado o en ocasiones con fuga de ideas.
- Alucinaciones auditivas (menos ocasionales son las visuales), ideación delirante de prejuicio o ideación megalomaniaca.
- Alteraciones de la afectividad: disforia, euforia, irritabilidad o agresividad.
- Suelen existir antecedentes psiquiátricos y posibles ingresos anteriores.

Los casos más habituales en que se puede dar una agitación psiquiátrica son:

- Agitación psicótica en pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.
- Episodio maníaco.
- Episodio depresivo psicótico.
- Psicosis con ideación delirante persistente.
- Trastorno de la personalidad (TLP, personalidad histriónica, neurótica, etc.).
- Reacciones de estrés agudo (duelo, estrés traumático).
- Crisis de angustia.
- Crisis conversiva.
- Alteración de la conducta en retraso mental o demencia.

## **ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL PERSONAL ASISTENCIAL FRENTE A UNA AGITACIÓN PSQUIÁTRICA**

### *Contención verbal*

Objetivo: conseguir una alianza terapéutica, disminuir la hostilidad o agresividad, potenciar autocontrol en el paciente y negociar otras salidas terapéuticas.

### Recomendaciones:

- Obtener información del paciente para conocer mejor su patología, inquietudes, delirios para realizar una buena contención verbal o soporte psicológico que disminuya su angustia.
- Asegurar una vía de salida accesible.
- Colocarse fuera de su espacio personal.
- Evitar movimientos espontáneos o bruscos.
- No mirar de forma continua y directa al paciente.
- No forzar la interrupción del discurso del paciente y evitar actitudes intimidatorias o provocativas. (Controlar mucho nuestro lenguaje no verbal.)

- No buscar confrontaciones directas, conseguir alianzas sencillas.

Frente al riesgo de violencia inminente:

- Ofrecer tratamiento farmacológico informando al paciente de que disminuirá su angustia y no será tan desagradable la situación.
- Informar al paciente de que se realizará la sujeción mecánica si es preciso.
- Realizar una exhibición de fuerza: que el paciente vea al personal sanitario y a los vigilantes de seguridad dispuestos a poner en práctica la sujeción mecánica.

### *Contención farmacológica*

Objetivo: control de la conducta agresiva mediante un fármaco de acción rápida, pautado por un facultativo, que es un inhibidor del estado de conciencia a nivel del SNC, provocando la disminución de la agresividad en el paciente.

### Recomendaciones:

- Si es posible, informar al paciente de que se le administrará el fármaco. Si este no escucha o no colabora, hay que distraerlo y sujetarlo entre varias personas y administrárselo sin informar.
- La vía de administración más utilizada en agitaciones es la intramuscular (deltoides o glúteo).
- Frente a una situación de agitación grave no es necesario quitar la ropa al paciente y desinfectar la zona de punción. La prioridad es administrar el fármaco lo más rápido posible.
- Utilizar fármacos de efecto rápido en actuación. Es importante conocer el fármaco que se administra para detectar efectos secundarios y evitar complicaciones.

### *Contención mecánica*

Objetivo: evitar que se produzcan situaciones que pongan en riesgo la integridad física del paciente o la de su entorno (familia, otros pacientes, el propio personal sanitario o incluso de las instalaciones del centro). Para conseguir este objetivo se limita con procedimientos físicos o mecánicos los movimientos de parte o de todo el cuerpo del paciente.

Hay de desmitificar el concepto negativo de la contención mecánica que se ha ido creando en el transcurso de su uso. Si ciertamente es una maniobra agresiva para el paciente, su buen uso y aplicación desde la vertiente más terapéutica y disciplinaria del equipo asistencial, es hoy en día una técnica de trabajo y herramienta de gran utilidad para ayudar al paciente en situaciones de descontrol. Dependerá de su manejo y ejecución que el paciente lo viva como un castigo o como una maniobra de actuación profesional.

La contención mecánica ha de aplicarse con discreción y con garantías de seguridad.

### **La principal actuación de enfermería es evitar las conductas que obligan a utilizar las contenciones, recurriendo a ellas como último recurso.**

La mayoría de los casos se pueden reconducir mediante la contención verbal y/o la farmacológica.

La contención mecánica no es un procedimiento que se pueda aplicar en cualquier situación. Se trata de una medida sanitaria en un contexto sanitario y frente una situación de agitación o conducta violenta que se considera originada por una patología médica (orgánica o psiquiátrica).

Las indicaciones, por lo tanto, serían:

- Conducta violenta de un paciente con riesgo para sí mismo o para terceras personas o para las estructuras e inmuebles del centro donde está ingresado.
- Agitación no controlable verbalmente ni con medicamentos.
- Situaciones que representen una amenaza por su integridad física, ante su negativa a descansar, comer, beber, dormir.
- Contención temporal para recibir medicación, realizar técnicas, colocar sondas.

Equipo de contención:

- Cinturón de sujeción abdominal.
- Muñequeras.
- Tobilleras.
- Alargaderas para facilitar los cambios posturales.
- Botones de seguridad y llaves magnéticas.

### **TÉCNICA DE SUJECCIÓN TERAPÉUTICA**

- La sujeción ha de estar autorizada por un facultativo y a poder ser por la familia.
- Distraer al paciente: se realizará la intervención cuando haya el número suficiente de personas y las contenciones estén preparadas. Mientras se distraerá al paciente colocándose a una distancia adecuada. Se precisa de un mínimo de 4 personas para realizar una contención mecánica.
- Preparar las contenciones: se colocarán en una cama adaptada a la contención mecánica. Se dejarán preparadas para ser utilizadas y cubiertas con la sábana.
- Preparación del personal: retiraremos todos los objetos personales peligrosos para su integridad y la nuestra (gafas, pendientes, bolígrafos, identificaciones, relojes, etc.).
- Preparación del entorno: retirar el mobiliario y objetos del entorno que pueden ser un riesgo durante la maniobra de la contención (sillas, mesas, bandejas, etc.).
- Informar en tono firme al paciente de que está perdiendo el control y que le vamos a ayudar mediante una contención.
- Evitar la presencia de público: pedir a los otros pacientes y familiares que se retiren a su habitación para

evitar que sufran daños terceras personas durante la actuación y para evitar que el paciente agitado adquiera una posición más heroica ante la presencia de público.

- Actitud del personal: se realizará la reducción del paciente con intención terapéutica. Se actuará de forma profesional, con actitud enérgica pero respetuosa hacia el paciente.
- Acercar al paciente de forma educada a la cama en la que se realizará la contención. Si no colabora, agarrarlo para acercarlo a la zona de la sujeción.
- Sujeción: realizar la sujeción de forma coordinada entre todo el equipo y evitando el daño físico del paciente. Cada profesional se hará cargo de una extremidad y, en caso de ser 5, este último se colocaría sujetando la cabeza del paciente. Sujetar con fuerza pero en las articulaciones, evitando los huesos largos por riesgo de lesión.

Las tareas de enfermería durante una sujeción son:

- Mantener la sujeción mecánica en posición anatómica correcta.
- La sujeción ha de permitir la administración endovenosa en el antebrazo y también poder recibir líquidos y alimentos.
- Mantener la cabeza del paciente ligeramente levantada para evitar el riesgo de broncoaspiración.
- Comprobar cada cierto tiempo las sujeciones para mantener la comodidad del paciente y asegurar su seguridad.
- Realizar un buen registro (cada 2 h) del estado del paciente durante el proceso en que dura la contención mecánica. (Constantes, medicación administrada y respuesta del paciente.)
- Mantener su intimidad e integridad física. Evitar ulceraciones.
- Mantener en todo momento la dignidad y la autoestima del paciente. Mantener contacto verbal con intervalos regulares mientras el paciente esté despierto. Acercamiento físico terapéutico, cubrir sus necesidades comunicativas y relacionales para que no perciba sensación de abandono y potenciar la idea de castigo. Interactuar con el paciente explicando el motivo de sujeción para que tenga consciencia e iniciar pactos y negociaciones para facilitar gradualmente la descontención.
- **La sujeción se ha de mantener el menor tiempo posible.** Valorar la tranquilidad y la colaboración del paciente para retirar progresivamente las contenciones, según su conducta y su comportamiento.

Siguiendo estos procedimientos se conseguirá revertir una de las situaciones más graves en psiquiatría y que *a posteriori* se agradecerá y valorará como necesaria y beneficiosa. ■

# Los precios de los psicofármacos

Creemos que puede resultar de especial interés para todos los psiquiatras que trabajamos en consulta privada tener a mano un documento de consulta como este en el que sabemos al instante, y con ello también se lo indicamos a nuestros pacientes si deciden adquirirlo por su cuenta, el precio y las presentaciones de los psicofármacos más comúnmente utilizados.

El precio de un fármaco original y un genérico suele ser el mismo, excepto en el caso de cipralax/escitalopram. Haciendo un repaso general quizás nos llevemos alguna sorpresa.

Agradecemos el esfuerzo del Dr. Domenech y del Servicio de Asesoramiento en Psicofarmacología de ASEPP capitaneado por el Profesor Gibert Rahola.

## Antidepresivos

Antidepresivo	Nombre comercial	Dosis (mg)	Envase (comp/cap/vol)	Precio (€)
<b>Amitriptilina</b>	Deprelío	25	30	2,50
	Tryptizol	10	24	1,06
		25	24	1,56
	25	60	2,23	
	50	30	2,50	
	75	30	3,12	
<b>Clomipramina</b>	Anafranil	10	50	3,12
		25	40	3,33
		75	28	7,54
		25	6 ampollas	2,34
<b>Doxepina</b>	Sinequan	25	30	2,33
		25	100	4,09
<b>Imipramina</b>	Tofranil	10	60	1,87
		25	50	2,11
		50	30	3,01
	Tofranil	75	28	Revocado
	Pamoato	150	28	Suspendido
<b>Maprotilina</b>	Ludiomil	10		Suspensión temporal
	Ludiomil	25	30	3,00
		75	28	6,38
<b>Nortriptilina</b>	Norfenazín	10	30	1,86
		25	30	2,06
	Paxtibi	25	25	2,12
<b>Trimipramina</b>	Surmontil	25	50	2,14
<b>Citalopram</b>	Seropram	20	28	Baja
		30	28	7,68
	Prisdal	20	28	5,12
		30	28	7,68
		10	28	2,56
	EFG o copia	10	28	

Antidepresivo	Nombre comercial	Dosis (mg)	Envase (comp/cap/vol)	Precio (€)	
<b>Escitalopram</b>	Cipralax	10	28	23,93	
	Esertia	15	28	35,89	
		20	28	47,85	
	Solución oral	20/ml		Gotas 15 ml	26,16
					11,96
	Esertia	5	28	4,39	
		10	28	8,77	
	EFG o copia	15	28	13,16	
		20	28	17,55	
		20	56	17,55	
	Bucodispersable	15	28	13,16	
		15	56	26,32	
	Solución oral y EFG	20/ml		Gotas 15 ml	17,55
35,08					
9,40					
<b>Fluoxetina</b>	Adofen	20	28	2,50	
		20	56	4,90	
	Luramon	20	14	2,50	
		20	28	2,50	
	Reneuron	20	60	5,25	
		20	14	2,50	
	Prozac	20	28	2,50	
		20/5 ml	140 ml	8,70	
	EFG o copias	20	28	13,00	
	20	28	2,50		
<b>Fluvoxamina</b>	Dumirox	50	30	3,84	
	Fluvoxamina	100	30	7,68	
	Sandoz				
<b>Paroxetina</b>	Daparox,	20	28	6,09	
		20	56	12,18	
	Frosinor,	30	28	9,13	
		40	28	12,18	
	Motivan, Seroxat	20	14	3,04	
		33,1/ml	20 ml	7,18	
EFG o copias					
<b>Sertralina</b>	Aremis,	50	30	5,84	
	Besitran, EFG o copias	100	30	11,66	
	Solución oral	20/ml	60 ml	4,67	
<b>Tranilcipromina</b>	Parnate	10	25	1,87	
<b>Moclobemida</b>	Manerix	150	30	5,18	
		150	100	17,25	
		300	30	10,30	
		300	60	20,70	
<b>Agomelatina</b>	Valdoxan,	25	28	60,10	
		25	100	150,53	
<b>Bupropión</b>	Elontril	150	30	16,25	
		300	30	43,34	
<b>Desvenlafaxina</b>	Pristiq, Enzude	50	28	23,17	
		100	28	37,06	
<b>Duloxetina</b>	Cymbalta,	30	7	3,72	
		30	28	14,86	
		60	28	29,72	
<b>Mianserina</b>	Lantanon	10	50	4,01	
		30	30	5,64	

Antidepresivo	Nombre comercial	Dosis (mg)	Envase (comp/cap/vol)	Precio (€)
<b>Mirtazapina</b>	Rexer, Mismo precio original y genérico, tanto comprimidos como bucodispersable	15	30	8,52
		15	60	17,06
		30	30	17,06
		45	30	25,59
	Solución oral			No comercializada
<b>Reboxetina</b>	Irenor, Norebox	4	20	11,96
		4	60	35,86
<b>Trazodona</b>	Deprax	100	30	3,17
		100	60	6,32
<b>Venlafaxina retard</b>	EFG Dobupal, Vandral y EFG	37,5	30	4,79
		75	30	9,59
		150	30	19,15
		225	30	28,74
<b>Venlafaxina liberación inmediata</b>	Dobupal y EFG	37,5	60	9,59
		50	30	6,38
		75	60	19,15
<b>Nobritol (amitriptilina + medazepam) Nobitrol forte</b>		12,5/5	60	8,93
		25/10	60	9,35
<b>Tropargal (diazepam + nortriptilina)</b>		12,5/2,5	60	3,61
<b>Deanxit (flupentixol + melitraceno)</b>		10/0,5	30	5,98
<b>Vortioxetina</b>	Brintellix	5	28	17,05
		10	28	34,09
		20	28	54,54
<b>Tianeptina</b>	Zinosal	12,5	90	22,48

## Antipsicóticos

Antipsicótico	Nombre comercial	Dosis (mg)	Envase (comp/cap/vol)	Precio (€)
<b>Clorpromazina</b>	Largactil	25	50	1,51
		100	30	1,92
		40 mg/ml	30 ml	3,65
		25	5 ampollas 5 ml	1,58
<b>Levomepromazina</b>	Sinogan	25	20	1,64
		100	20	2,26
	Gotas	40 mg/ml	30 ml	3,65
		25	10 ampollas 1 ml	2,26
<b>Flufenazina</b>	Modecate	25	1 ampolla	2,97
		25	5 ampollas	7,18
<b>Perfenazina</b>	Decentan	8	50	3,33
<b>Periciazina</b>	Nemactil	10	50	1,61
		50	30	2,64
<b>Pipotiazina</b>				Revocado
<b>Droperidol</b>	Xomolix	2,5 mg/ml	10 ampollas 1 ml	64,63
<b>Haloperidol</b>	EFG	10	30	3,12
		2 mg/ml	15 ml	1,48
	Gotas	2 mg/ml	30 ml	2,50
		5	5 ampollas 1 ml	2,97

Antipsicótico	Nombre comercial	Dosis (mg)	Envase (comp/cap/vol)	Precio (€)
<b>Sertindol</b>	Serdolect	4	30	58,29
		12	28	114,44
		18	28	140,86
		20	28	155,66
<b>Ziprasidona</b>	Zeldox	20	56	32,83
		40	56	65,66
		40	14	16,42
		60	56	98,49
		80	28	131,32
	Inyectable	20 mg/ml 1 vial + 1 disolvente	1	21,98
<b>Zuclopentixol</b>	Clopixol Acufase	50 mg/ml	1 ampolla 1 ml	9,79
		50 mg/ml	10 ampollas 1 ml	88,26
	Depot	200 mg/ml	1 ampolla 1 ml	8,26
		10	50	10,30
	Solución oral	25	30	13,39
		25 mg/ml	20 ml	9,43
<b>Pimozida</b>	Orap	1	30	3,25
		1	75	4,81
	Orap fuerte	4	20	4,93
<b>Asenapina</b>	Sycrest	5	60	156,32
		10	60	156,32
<b>Clotiapina</b>	Etumina	40	30	3,89
<b>Clozapina</b>	Leponex	25	40	3,54
		100	40	14,17
	Clozabrain	50	40	7,09
		200	40	28,35
<b>Loxapina</b>	Adasuve	9,5	1 inhalador polvo	109,28
		9,5	5 inhaladores	425,73
<b>Olanzapina</b>	Zyprexa y EFG	2,5	28	13,22
		5	28	26,44
		7,5	56	79,33
		10	28	52,89
		10	56	105,78
		15	28	79,33
		20	28	105,78
		Parenteral	10	1 vial polvo
	Zypadhera	210	1 vial polvo + 1 disolvente 1,3 ml	202,98
		300	1 vial polvo + 1 disolvente 1,8 ml	285,91
		405	1 vial polvo + 1 disolvente 2,3 ml	352,32
<b>Quetiapina</b>	Seroquel y EFG	25	6	2,50
		100	60	32,41
		200	60	64,82
		300	60	97,22
	Prolong	50	10	2,70
		50	60	16,20
		150	60	48,61
		200	60	64,82
		300	60	97,22
		400	60	129,63
<b>Amisulprida</b>	Solian	100	60	19,94
		200	60	39,87
		400	30	39,87
	Solución oral	100 mg/ml	60 ml	19,94
<b>Sulpirida</b>	Dogmatil	50	30	1,89
	Dogmatil fuerte	200	12	1,92
	Inyectable	200	36	5,76
		100	12 ampollas	2,45

Antipsicótico	Nombre comercial	Dosis (mg)	Envase (comp/cap/vol)	Precio (€)	
<b>Tiaprida</b>	Tiaprizal	100	24	3,12	
	Gotas	0,5 mg/gota	60 ml	1,67	
	Inyectable	100	12 ampollas 2 ml	4,15	
<b>Aripiprazol</b>	Abilify	5	28	28,18	
	Comp. y comp. bucodispersables	10	28	56,37	
		15	28	84,55	
	Solución oral	1 mg/ml	150 ml	30,19	
	Inyectable	7,5 mg/ml	1 vial 1,3 ml	5,76	
	Abilify Maintena	300	1 vial + 1 vial disolvente	315,49	
	Polvo y disolv. susp. liberación prolongada	400	1 vial + 1 vial disolvente	315,49	
<b>Paliperidona</b>	Invega comp. liberación prolongada	3	28	137,95	
		6	28	137,95	
		9	28	137,95	
	Xeplión inyectable	50	1 jeringa 0,5 ml	226,22	
	acción prolongada	75	1 jeringa 0,75 ml	284,95	
		100	1 jeringa 1 ml	338,52	
		150	1 jeringa 1,5 ml	481,30	
	Trevicta inyectable	175	1 jeringa 0,875 ml	593,75	
	acción prolongada	263	1 jeringa 1,315 ml	754,95	
		350	1 jeringa 1,750 ml	915,11	
	525	1 jeringa 2,625 ml	1343,59		
<b>Risperidona</b>	Risperdal y EFG	0,5	20	2,50	
		0,5	60	4,15	
		1	20	2,76	
		1	60	8,29	
		3	20	8,29	
		3	60	24,87	
		6	30	24,87	
		6	60	49,74	
		FLAS o bucodispersable	0,5	56	3,87
			1	56	3,87
		2	56	15,47	
		3	28	11,60	
		4	28	15,47	
	Solución oral	1 mg/ml	30 ml	4,15	
		1 mg/ml	100 ml	13,82	
Risperdal Consta	25	1 vial + 1 disolvente	143,71		
	37,5	1 vial + 1 disolvente	172,82		
	50	1 vial + 1 disolvente	201,29		

## Estabilizadores

Estabilizadores	Nombre comercial	Dosis (mg)	Envase (comp/cap/vol)	Precio (€)
<b>Topiramato</b>	Topamax y EFG	25	60	9,18
		50	60	18,36
		100	60	36,72
	Dispersable	200	60	73,43
		15	60	5,51
		25	60	9,18
		50	60	11,76
<b>Gabapentina</b>	Neurontin y EFG	300	30	3,08
		300	90	9,23
		400	30	4,11
		400	90	12,30
		600	90	18,45
		800	90	24,60



Estabilizadores	Nombre comercial	Dosis (mg)	Envase (comp/cap/vol)	Precio (€)
<b>Pregabalina</b>	Lyrica y EFG	25	56	4,90
		25	100	8,13
		75	56	14,71
		75	100	24,38
		150	56	29,43
		150	100	48,75
		300	56	58,84
		300	100	97,49
<b>Clonazepam</b>	Rivotril	0,5	60	2,29
		2	60	2,70
	Gotas	2,5 mg/ml	10 ml	1,65
	Parenteral	1 mg/ml	1 ampolla concentrado	1,08
		1 mg/ml	50 ampollas concentrado	37,87
<b>Carbamazepina</b>	Tegretol	200	50	2,50
		200	100	3,98
		400	100	7,96
<b>Oxcarbazepina</b>	Trileptal	300	100	22,06
		600	100	42,12
	Suspensión	60 mg/ml	250 ml	11,04
<b>Ácido valproico</b>	Depakine	200	40	3,75
		200	100	7,01
		500	20	4,09
		500	100	15,19
	Solución oral	200 mg/ml	40 ml	4,46
	Parenteral	400 mg	1 vial + 1 disolvente	4,50
	Depakine crono	300	100	12,11
		500	100	20,08
<b>Valpromida</b>	Depamide	300	Anulado	
<b>Lamotrigina</b>	Lamictal y EFG	2	30	2,50
		5	56	2,50
		25	21	2,50
		25	42	4,95
		25	56	6,59
		50	56	13,19
		100	56	26,38
		200	30	28,27
<b>Levetiracetam</b>	Comprimidos o Exeltis granulado	250	60	27,27
		500	60	54,54
		750	60	85,02
		1000	30	54,54
	Solución oral	100 mg/ml	300 ml jeringa 10 ml	56,64
		100 mg/ml	150 ml jeringa 1 ml	28,32
		100 mg/ml	150 ml jeringa 3 ml	28,32
	Parenteral	100 mg/ml	10 viales concentrado perfusión 5 ml	126,45
		10 mg/ml	20 bolsas 100 ml	261,69
5 mg/ml		50 bolsas 100 ml	408,88	
<b>Zonisamida</b>	Zonegran	25	14	4,85
		50	28	19,40
		100	56	77,59
<b>Litio carbonato</b>	Plenur	400	100	7,99
<b>Litio cloruro</b>	Inyectable	0,15 mmol/ml	1 vial 10 ml	38,03



# Mi pantalla blanca



**Dr. Albert Solá Castelló**

## EL SUSTO...

Hace unos días, camino de mi consulta, noté un pellizco en la espalda al tiempo que oía una voz que gritaba ¡Uuuuh, uuuuh!. El susto que me llevé fue morrocotudo. Al girarme me encontré con un amigo que, según él, me había gastado la típica bromita. «¡Qué! Te has asustado, ¿verdad?». Yo le sonreí, pero no le dije la frase que inmediatamente había acudido a mi cabeza.

A partir de aquí han acudido a mi mente infinidad de imágenes de películas del género de terror en las que, aparte de la trama principal, aparece algo con lo que no contabas, algo que, de forma brusca, te sobresalta, te produce un susto que te hace pegar un brinco en la butaca. A modo de ejemplo citaré dos películas: **Psicosis** (Hitchcock), cuando la protagonista se está duchando tranquilamente y aparece una figura femenina con un cuchillo y la apuñala repetidamente, la otra secuencia, todavía más inesperada, corresponde a **Carrie** (Brian de Palma), una adolescente que tiene poderes especiales (capacidad para mover objetos solo a través de la fuerza mental, cuchillos por ejemplo) y muere después de padecer mil y una humillaciones de sus compañeros de clase. Al final de la película, cuando ya está muerta y enterrada, una amiga arrepentida por todo el daño que le ha hecho

deposita un ramo de flores sobre su tumba, entonces de forma brusca e inesperada surge el brazo de la difunta agarrando fuertemente el de la compañera. Fin de la película.

Como decía, el susto forma parte de la mayoría de las películas de terror. Cuando uno va a ver una de estas películas ya está predispuesto a pasar miedo durante el tiempo que dure el metraje de la misma. La ambientación, la música de fondo ya te predisponen desde el comienzo a tener el estado de ánimo adecuado. Una noche tormentosa, un caserón abandonado en medio de un páramo, la voz en *off* que te informa de que en aquel lugar fue asesinada a hachazos toda una familia, etc.

Es realmente curioso observar qué tipo de películas nos han ido provocando miedo a través de los tiempos. En mi memoria, yo empezaría por tres personajes que formaron parte de mis pesadillas, **Frankenstein** (James Whale 1931,

Terence Fisher 1957), **Drácula** (Tod Browning 1931, Francis Ford Coppola 1992) y **El Hombre Lobo** (George Waggner, 1941). Al pasar los años, y a partir de **El jovencito Frankenstein** (Mel Brooks), el pobre monstruo fue más bien motivo de chirigota. La figura de Drácula ha provocado que en Carnaval y Halloween la gente se compre unos colmillos ensangrentados, una capa negra y se pinte la cara de blanco. Sobre el personaje se han hecho infinidad de películas, estudiando sus circunstancias, su personalidad romántica e incluso el deseo de muchas mujeres para someterse a su mordedura erótica y libidinosa, **Entrevista con el vampiro** (Neil Jordan). Por su parte, el hombre lobo ha sido motivo de compasión por parte de muchos espectadores, lamentando que sea víctima de la licantropía, **Un hombre lobo americano en Londres** (John Landis).

Otro tipo de películas que protagonizaron también mis pesadillas fueron las dirigidas por Roger Corman, director especializado exclusivamente en películas de terror. Es muy interesante resaltar los tonos de color que utilizaba en sus films. En general de tonalidades muy fuertes. Solo con ver los títulos de crédito ya te ambientabas inmediatamente en el mundo de Corman y tu corazón empezaba a encogerse. Podríamos incluir a este director en el denominado «terror gótico», cuando lleva a la pantalla películas basadas en los relatos de Edgar Allan Poe. De este director yo destacaría: **La caída de la casa Usher**, **El cuervo** y **El péndulo de la muerte**. En muchas de sus películas aparece como actor protagonista el inconmensurable Vincent Price, el cual, empezando con un papel de gigoló, *Laura* (Otto Preminger) evolucionó rápidamente hacia el monopolio de los personajes más terroríficos de la historia del cine. Es difícil destacar en qué película el personaje es más perverso. Sin embargo, destacaría dos de ellas en que, a pesar de su crueldad mental, acabas comprendiéndolo y casi casi poniéndote de su lado.



**El abominable Dr. Phibes** (Robert Fuest) nos presenta a un médico, el Dr. Phibes, cuya esposa, Victoria, ha muerto en el curso de una operación quirúrgica. Considera que los cirujanos que la intervinieron actuaron de forma irresponsable y, en consecuencia, los acusa mentalmente de asesinato. Trama una horrible venganza para cada uno de ellos. La forma de llevarla a cabo es de lo más sofisticada, ya que decide matarlos aplicándoles a cada uno de ellos una plaga de las siete con que el Señor castigó a Egipto. Para acabar de redondear el ambiente surrealista, el Dr. Phibes toca el órgano acompañado por una orquesta de robots. Cuando termina la ejecución se comunica a través de un ingenioso aparato conectado en su laringe con el cadáver de su esposa que mantiene embalsamada en el sótano de su mansión. Su apariencia es la de una mujer bellísima. El contacto, después de cada ejecución, siempre empieza con la misma frase: «*My dear Victoria, from de darknes of my heart...*» y entonces le comunica que ya ha eliminado a otro de sus enemigos.

La otra película es **Los crímenes del museo de cera** (André De Toth), en este caso no se trata de una venganza, sino de recuperar todo lo perdido por el método más expeditivo posible, el asesinato. El protagonista, nuevamente Vincent Price, es el dueño, junto con un socio, de un museo de figuras de cera. Como el negocio no es rentable, el socio le prende fuego ante el horror de nuestro personaje que ama intensamente a sus «criaturas» y principalmente a la que representa a Juana de Arco a punto de ser quemada en la hoguera. Al cabo del tiempo, en Londres, hay una «epidemia» de desapariciones misteriosas de personas. La policía no ha encontrado ningún cadáver. Pasados unos meses, y con toda pompa, se abre un nuevo y flaman-

te museo de cera donde los visitantes en ocasiones confunden a un policía de carne y hueso con un muñeco de cera. Tal es el realismo de las figuras. De entre todas ellas, la que más llama la atención por su realismo es la de Juana de Arco en la hoguera. No resulta difícil deducir la relación que hay entre la desaparición de las personas y la existencia de figuras de cera tan realistas.

Llegado a este punto, no podemos dejar de citar a otro genio del cine de terror, Boris Karloff, actor elegantísimo inglés que fue el primero en encarnar al monstruo de Frankenstein. Su repertorio de personajes malignos es extensísimo: Fu-Manchu, La momia, etc. Sin embargo, quiero entretenerme en dos películas: **Bedlam** (Mark Robson). En esta, Karloff, encarna al director de un manicomio, que actualmente existe en Londres y que ahora se llama New Bethlem. En el siglo XIX se llamaba Betlehem, que es la época en que transcurre la acción de la película. Este hospital psiquiátrico era conocido por la gente con el nombre de Bedlam, por deformación al pronunciar su nombre original. Su personaje, perverso por supuesto, aprovechándose de su cargo, tenía montado un negocio que consistía en organizar «visitas guiadas» por las dependencias del manicomio para que la gente de la alta sociedad pudiera contemplar a aquellas criaturas enajenadas, que preferían grandes alaridos, que yacían sucias sobre montones de paja o que, con actitudes amenazadoras, se acercaban a los visitantes, siendo apartadas oportunamente por unos robustos «cuidadores». Algo ocurrió que cambió esta rutina, y es que entre los visitantes acudió una muchacha de gran belleza, de la que se enamoró nuestro director. Al ser rechazado por esta no paró hasta conseguir enloquecerla y así poseerla, ingresándola en tan terrorífica institución.

Este psiquiatra era tan famoso que fue motivo de gran interés por parte del pintor William Hoggart, famoso por sus series de grabados que criticaban a la burguesía inglesa o que mostraban escenas de actividades populares. Destaca en sus obras la cantidad enorme de personajes que aparecen en los mismos. La reproducción de las escenas de los grupos de enfermos mentales son un documento espeluznante de cómo se trataba a estos enfermos en tiempos pasados.

La otra película digna de mencionar es **Targets** (Peter Bogdanovich). La considero interesante porque su director se dio cuenta de que la sociedad había cambiado y que el auténtico terror no estaba en la pantalla sino en las calles y en nuestra vida cotidiana. El argumento de la película viene de alguna manera influenciado por el caso de dos jóvenes que asesinaron fríamente a toda una familia en un pueblo del Oeste americano y que Truman Capote hizo muy famoso a través de su novela *A sangre fría*.

Nuestro protagonista, un adolescente, asesina a sus padres y, me parece recordar, que también dispara indiscriminadamente sobre la gente que encuentra en su camino.



En su fuga vertiginosa se introduce en un solar lleno de coches, que resulta ser un espacio donde se proyecta una película, cine al aire libre. La película que se proyecta es de terror clásico. Cuando el chico al huir se acerca a la pantalla, de repente aparece la imagen de Boris Karloff. El SUSTO que se lleva el muchacho es tan grande que pierde el control de la situación, con lo que la policía puede abatirlo.

En frase de Javier Cortijo, autor de la biografía de este actor, *El aristócrata del terror*: «En cierto sentido se puede decir que Boris Karloff fracasó en sus objetivos. Después de dedicar toda una vida a aterrorizar al personal y a intentar inspirar odio a diestro y siniestro, se encontró convertido en uno de los actores más queridos de la historia del cine.»

El cine de terror fue evolucionando hacia formas más sangrientas, véase **La matanza de Texas** (Tobe Hooper). El público exigía cada vez más sangre. Daba la sensación de que cuanto más sangre manchaba la pantalla mejor se lo pasaba el espectador. En las películas de épocas anteriores, cuando se llegaba al lugar del crimen, solo había una visión panorámica del cadáver. En las actuales, la cámara se recrea centrándose en la sangre que mancha tanto al cadáver como el resto de la habitación, las heridas producidas y los primeros planos de un cráneo destrozado. Esto se acompaña a veces con el vómito del protagonista ante la visión del macabro espectáculo. Cosa curiosa, no he visto vomitar nunca a ningún espectador.

Un paso más adelante del cine de terror ha sido el de hacer entrar en la pantalla a los muertos que ya llevan una «temporadita» enterrados. **La noche de los muertos vivientes** (George A. Romero) fue la primera que inauguró toda una saga que se ha ido reproduciendo hasta nuestros días. En la película, los muertos, muchos de ellos con

muestras de descomposición, se dirigen en oleadas a una casa donde está una familia con la intención de comérselos, ya que necesitan su carne para poder mantenerse en «vida». El problema de querer abatir a un muerto de un disparo es enorme, ya que no puedes matarlo. La podredumbre se ha puesto de moda. En los últimos años, los disfraces y los maquillajes que se utilizan en Carnaval que han tenido más éxito han sido los de los zombis, los muertos vivos. Por lo visto disfrutamos intentando asustar a los demás dando asco.

Si dejamos por un momento el cine, veremos que en nuestra vida real suceden cosas mucho más terroríficas. Individuos que entran en una escuela y disparan a los niños que se encuentran en ella, terroristas que se lanzan con un camión contra una multitud, escenas en la televisión de personas que son degolladas, centenares de mujeres asesinadas por sus parejas, colas de emigrantes que huyen de sus países debido a la guerra o cadáveres de niños ahogados, al hundirse las pateras, que venían buscando una mejor vida en Europa.

Una directora, Kathryn Bigelow, nos ha mostrado de forma brutal (y en este caso sí que he visto a espectadores abandonar el cine) las atrocidades que los humanos estamos cometiendo en la actualidad. Tres películas, **En tierra hostil**, **La noche oscura** y **Detroit**, nos muestran cómo se puede torturar a un prisionero para obtener información. Cómo el desactivar minas puede crear dependencia. Y poder visionar durante 50 minutos cómo un grupo de policías racistas utilizan la agresividad física y psicológica contra un grupo de negros indefensos e inocentes de lo que se les acusaba, a sabiendas. Lo más terrorífico de todo esto es que sucede de verdad.

Sí, realmente, el SUSTO que me pegó mi amigo, era una broma... ■

# Agenda de congresos de psiquiatría

## Abril

**6th Biennial Schizophrenia International Research Society, Conference 2018.**

Florencia, 4-8 de abril de 2018.

**VIII Encuentros en Psiquiatría: Conducta Suicida.**

Sevilla, 6-7 de abril de 2018.

**XXXIII Congreso Argentino de Psiquiatría.**

«El cuerpo en la Psiquiatría: De lo Biológico a lo Social».

Mar del Plata, 18-21 de abril de 2018.

**25 Symposium Internacional sobre Actualizaciones y Controversias en Psiquiatría.**

«Complejidad en Psiquiatría».

Barcelona, 19-21 de abril de 2018.

**20 Jornadas Nacionales de Patología Dual.**

Madrid, 19-21 de abril de 2018.

**ICED 2018. International Conference on Eating Disorders «Expanding our community and perspectives».**

Chicago, 19-21 de abril de 2018.

**17th Annual Workshop on Clinical Trials in Psychopharmacology.**

New York, 23-24 de abril de 2018.

**VIII Congreso Europeo de Psicopatología del Niño y del Adolescente. «Desarrollo psíquico, psicopatología y relaciones humanas hoy: entre lo biológico y lo social».**

Bilbao, 26-28 de abril de 2018.

## Mayo

**American Psychiatric Association. 171th Annual Meeting.**

New York, 5-9 de mayo de 2018.

**73rd Annual Scientific Convention of Society of Biological Psychiatry. «Biomarkers, Biomodels and Psychiatric disorders».**

New York, 10-12 de mayo de 2018.

**XI Congreso Nacional de la Asociación Española de Psiquiatría Privada (ASEPP).**

Jerez de la Frontera, 24-26 de mayo 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			

## Junio

### Debates en Psiquiatría 2018.

Oviedo, 1-2 de junio de 2018.

### 62 Congreso de la Asociación Española del Niño y del Adolescente.

Palma de Mallorca, 7-9 de junio de 2018.

### 31st CINP World Congress.

#### «Neuropsychopharmacology: Meeting global Challenges with global Innovation».

Viena, 16-19 de junio de 2018.

### XIV Curso Post APA.

Barcelona, 19 de junio, y Madrid, 21 de junio de 2018.

## Julio

### 23rd World Congress of International Association for Child and Adolescents Psychiatry and Allied Professions.

Prague, 23-27 de julio de 2018.

## Setiembre

### 17th European Symposium on Suicide & suicide behaviour.

Ghent, 5-8 de septiembre de 2018.

### 24th Congress of the European Sleep Research Society.

Basel, 25-28 de septiembre de 2018.

### 2nd World Congress of World Association on Dual Disorders.

Florenca, 27-28 de septiembre de 2018.

## Octubre

### 31.º ECNP Congress. «The future of CNS treatments».

Barcelona, 6-9 de octubre de 2018.

### WPA Congress of Psychiatry.

México city, 27-30 de septiembre, y Barcelona, 6-9 de octubre de 2018.

### 11th International Conference on Early Intervention in Mental Health. «Prevention & Early Intervention: Broadening the Scope».

Boston, 7-10 de octubre de 2018.

### XXVI World Congress of Psychiatric -genetics. «Bench, Brain and Bedside».

Glasgow, 11-15 de octubre de 2018.

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?

<input type="checkbox"/> Domicilio particular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Consulta privada o Institución	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------

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

XI Congreso Nacional  
**asepp**

ASOCIACIÓN  
ESPAÑOLA DE  
PSIQUIATRÍA  
PRIVADA

*Jerez*

24 · 25 · 26

MAYO

2018

## OMEGA-3 EN LA PROPORCIÓN ADECUADA<sup>(1)</sup>

- Mayor concentración de EPA que DHA.



CÁPSULAS  
DESODORIZADAS



### CONTENIDO MEDIO

1 cápsula

Composición

Ácidos grasos poliinsaturados Omega-3:  
de los cuales

700 mg

- EPA - ácido eicosapentaenoico

460 mg

- DHA - ácido docosahexaenoico

180 mg

Vitamina E

10 mg

Bibliografía: 1. [252] Sublette ME et al. Meta-analysis of the effects of eicosapentaenoic acid (EPA) in clinical trials in depression. J Clin. Psychiatry. 2011 Dec;72(12):1577-84.

Esta información es de carácter básicamente científico y se dirige y distribuye exclusivamente al personal sanitario.



# 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 período, 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 antidepressivos controlados con placebo en pacientes adultos con trastornos psiquiátricos demostró un aumento del riesgo de conductas suicidas con antidepressivos 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. - Hipertiroidismo. - 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 antidepressivos 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 maníaco-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 antidepressivos (por ejemplo, antidepressivos 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 período 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), antidepressivos tricíclicos, ciertos medicamentos antimicrobianos (p.ej. sparfloxacin, moxifloxacino, eritromicina IV, pentamida, 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 una disfunción sexual permanente. Los pacientes que desarrollan 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-CPP), 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 antidepressivos, se han observado comportamientos suicidas (intento suicida y planificación de suicidio) y hostilidad (esencialmente agresividad, comportamiento de oposición y enfado) con más frecuencia que con placebo. Además, no se dispone de datos de seguridad a largo plazo relativos al crecimiento, maduración y desarrollo cognitivo y conductual en niños y adolescentes. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** General: Se puede intensificar el efecto sedante de los antipsicóticos, hipnóticos, sedantes, ansiolíticos y antihistamínicos; se recomienda en estos casos una reducción de la dosis. El metabolismo de los antidepressivos se acelera debido a los efectos hepáticos de los anticonceptivos orales, fenitoína, carbamazepina y barbitúricos. Cimetidina y algunos antipsicóticos inhiben el metabolismo de los antidepressivos. 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. Antidepressivos tricíclicos: Debe evitarse la administración concomitante debido al riesgo de interacción. Se debe prestar especial atención al síndrome serotoninérgico y a los efectos secundarios cardiovasculares. Fluoxetina: Se han notificado casos raros de niveles elevados de trazodona en plasma y efectos adversos cuando trazodona se había combinado con fluoxetina, un inhibidor de CYP1A2/2D6. Se desconoce el mecanismo subyacente a la interacción farmacocinética. No se excluye una interacción farmacodinámica (síndrome serotoninérgico). Inhibidores de la monoaminooxidasa: Ocasionalmente, se ha informado de la posible interacción con los inhibidores de la monoaminooxidasa. Aunque algunos médicos las prescriben concomitantemente, no se recomienda el uso de trazodona con IMAO, ni tampoco en las 2 primeras semanas tras interrumpir la administración de esta sustancia. Tampoco se recomienda la administración de IMAO a la semana de interrumpir el tratamiento con trazodona. Fenotiazinas: Trazodona ha sido bien tolerado en

pacientes con esquizofrenia y depresión que recibían terapia estándar con fenotiazina. Se ha observado hipotensión ortostática grave en el caso de uso concomitante con fenotiazinas, como por ejemplo, clorpromazina, flufenazina, levomepromazina, perfenazina. Anestésicos/Relajantes musculares: Trazodona puede aumentar los efectos de los relajantes musculares y anestésicos inhalatorios, por lo que se debe tener precaución en estos casos. Alcohol: Trazodona intensifica el efecto sedante del alcohol. El consumo de alcohol debe evitarse durante el tratamiento con trazodona. Levodopa: Trazodona puede administrarse en pacientes parkinsonianos depresivos tratados con Levodopa, siempre bajo estricto control médico, ya que la trazodona puede acelerar el metabolismo de la levodopa. Otros: El uso concomitante de trazodona con medicamentos que prolongan el intervalo QT puede aumentar el riesgo de arritmias ventriculares, incluyendo Torsade de Pointes. Se debe tener precaución cuando estos medicamentos se coadministran con trazodona. Antihipertensivos: Dado que trazodona es sólo un inhibidor muy débil de la recaptación de noradrenalina y no modifica la respuesta de la presión sanguínea a tiramina, la interferencia con la acción hipotensora de los compuestos similares a guanetidina es poco probable. Sin embargo, estudios en animales de laboratorio sugieren que trazodona puede inhibir la mayoría de las acciones agudas de la clonidina. En el caso de otros tipos de medicamentos antihipertensivos, aunque no se han reportado interacciones clínicas, debe considerarse la posibilidad de potenciación. Hierba de San Juan: Las reacciones adversas pueden ser más frecuentes cuando trazodona se administra conjuntamente con preparados que contengan *Hypericum perforatum* (hierba de San Juan). Warfarina: Se han notificado casos de cambios en el tiempo de protrombina en pacientes que reciben concomitantemente trazodona y warfarina. Digoxina: El uso concomitante con trazodona puede dar como resultado niveles séricos elevados de digoxina. En estos pacientes se debería considerar un seguimiento de los niveles séricos. Fenitoína: El uso concomitante con trazodona puede dar como resultado niveles séricos elevados de fenitoína. En estos pacientes se debería considerar un seguimiento de los niveles séricos. **Fertilidad, embarazo y lactancia.** Embarazo: Los datos (menos de 200 embarazos a término) relativos al uso de trazodona en mujeres embarazadas son limitados. Los estudios realizados en animales no indican efectos perjudiciales directos o indirectos con respecto al embarazo, desarrollo embrio/fetal, parto o desarrollo posnatal a dosis terapéuticas. Como medida de precaución es preferible evitar el uso de trazodona durante el embarazo. La prescripción a mujeres embarazadas debe realizarse con precaución. Cuando se utiliza trazodona hasta el parto, los recién nacidos deben ser controlados ante la aparición de los síndromes de abstinencia. Datos epidemiológicos sugieren que el uso de los ISRS en el embarazo, especialmente en la etapa final del mismo, puede aumentar el riesgo de hipertensión pulmonar persistente en el neonato (HPNN). El riesgo observado fue de aproximadamente 5 casos por cada 1.000 embarazos. En la población general, ocurren 1 ó 2 casos de HPNN por cada 1.000 nacimientos. A pesar de que no hay estudios en los que se haya estudiado la asociación de HPNN con el tratamiento con trazodona, este riesgo potencial no puede descartarse. Lactancia: Se desconoce si trazodona y sus metabolitos se excretan por la leche humana, No se debe excluir el riesgo para el lactante. La decisión de continuar/abandonar la lactancia o de continuar/ abandonar la terapia con trazodona, se debe realizar teniendo en cuenta el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento con trazodona para la madre. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Trazodona puede producir sedación, mareos. Por consiguiente, se debe indicar a los pacientes que si experimentan sedación o mareos, deben evitar la realización de tareas potencialmente peligrosas, como conducir o utilizar máquinas. **Reacciones adversas.** Se han notificado casos de comportamiento y pensamientos suicidas durante el tratamiento con Deprax o poco después de la interrupción del tratamiento (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 antiidiurética
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Hiponatremia <sup>1</sup> , pérdida de peso, anorexia, aumento del apetito
Trastornos psiquiátricos	Comportamiento y pensamiento suicidas <sup>2</sup> , 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 <sup>3</sup> , 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 <sup>4</sup> (Torsade de Pointes, palpitaciones, contracciones ventriculares prematuras, duplas ventriculares, taquicardia ventricular), bradicardia, taquicardia, anomalidades ECG (prolongación QT) <sup>2</sup>
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 <sup>5</sup> ), 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 <sup>6</sup>
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Debilidad, edema, síntomas tipo gripal, fatiga, dolor en el pecho, fiebre

<sup>1</sup>Debe ser controlado el estado de los fluidos y electrolitos en pacientes sintomáticos. <sup>2</sup>Ver también sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo". <sup>3</sup>La 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. <sup>4</sup>Los 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 <sup>5</sup>Se 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. <sup>6</sup>Ver 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