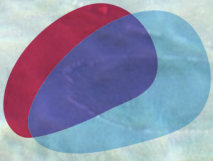


| Psiquiatría Privada



asepp

Asociación Española de Psiquiatría Privada
Psiquiatría Personalizada

N20 | Julio 2022

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE PSIQUIATRÍA PRIVADA

JUNTA DIRECTIVA DE ASEPP

Presidente

Dra. Laura Ferrando Bundio

Vicepresidente

Dr. Josep Ramon Domènech Bisén

Secretario

Dra. María Inés López - Ibor Alcocer

Tesorero

Dr. Alfonso Sanz Cid

Vocales

Dr. Félix González Lorenzo,
Dr. Julio Bobes Garcia, Dr. Juan Sánchez Sevilla

REVISTA PISQUIATRIA PRIVADA

Director

Dr. Josep Ramon Domènech Bisén

Consejo editorial

Dr. Ricard Bordas Reig, Dr. Francisco Ferre Navarrete, Dr. Jesús de la Gándara Martín,
Dr. Antonio Luís Galbis Olivares, Dr. Félix González Lorenzo, Dra. María Inés López-Ibor
Alcocer, Dr. Manuel Masegoza Palma, Dr. Ángel Moríñigo Domínguez, Dra. Enriqueta Ochoa
Mangado, Dr. Alfonso Sanz Cid, Dr. Albert Solà Castelló, Dr. Juan Luís Mendivil Ferrández

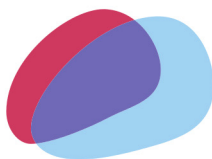
Nota sobre ASEPP

- 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 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.

N20 | Julio 2022

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE PSIQUIATRÍA PRIVADA

- 5 EDITORIAL**
XV Congreso Nacional de ASEPP
Comité Organizador
- 6 RECOMENDADO**
Cortometrajes
Libros
- 8 REPORTAJE**
Dr. Jose Luis Carrasco
Dra. Marina Díaz Marsá
- 18 CUENTOS ACUÁTICOS II**
Dr. Jesús J. de la Gándara Martín
- 22 ARTÍCULO CIENTÍFICO**
Dr. Julio Prieto Montalvo
Dr. Francisco Ferre Navarrete
- 26 ENTREVISTA**
Cecilio Álamo



asepp

Asociación Española de Psiquiatría Privada
Psiquiatría Personalizada

DECÁLOGO DE 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 éste 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.



EDITORIAL

XV CONGRESO NACIONAL DE ASEPP

Comité Organizador

Queridos amigos y compañeros:

Este año, el XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Privada -ASEPP-, se celebra en Madrid, del 22 al 24 de septiembre, con el lema Salud Mental y Economía y el propósito de resaltar la estrecha relación entre ambos. Efectivamente, la evidencia muestra que los recursos económicos de los que una sociedad dispone, repercuten directa o indirectamente, en la prevención y en la evolución de las enfermedades mentales de sus individuos y al mismo tiempo, los trastornos mentales, tienden a incidir en el bienestar económico, tanto de las personas que los padecen, como de su entorno. Así que, desde esta perspectiva, trataremos de ahondar en las últimas innovaciones y el mejor conocimiento, de la Práctica Clínica de la Psiquiatría.

Os animamos a asistir y también a participar activamente, en esta nueva edición, asumiendo que compartir la experiencia de todos, mejora siempre la práctica clínica de cada uno.

Apoyados en el marco de esta magnífica ciudad, os esperamos con la ilusión de que este Congreso sea de vuestro interés y podamos disfrutar con vosotros de las actividades programadas

Un cordial saludo

Dr. Josep Ramon Domènech Bisén

RECOMENTADO: ACEPCIÓN QUE SIGNIFICA RECOMENDACIONES SOBRE TEMAS DE SALUD MENTAL.

Os proponemos cuatro cortometrajes y cuatro libros que nos podrán entretener e ilustrar durante este verano, probablemente demasiado caluroso

Cortometrajes



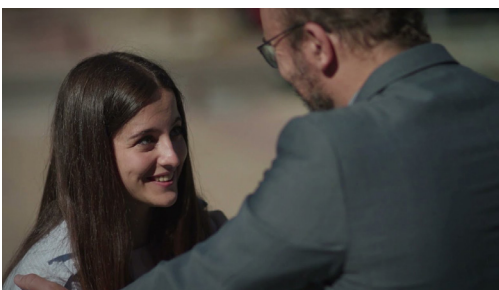
¿Por qué miente la gente? De Dídac Cervera

Andrea y Javi, madre e hijo, se encuentran ante la puerta de un hospital. Ella sufre un brote de esquizofrenia, pero cree no estar enferma. Él quiere que entre voluntariamente. Carmen Machi nos vuelve a sorprender gratamente.



Votamos de Santiago Requejo

Lo que comienza como una junta ordinaria de vecinos acaba con un debate, que por desgracia sigue muy presente en nuestra sociedad: el acceso a la vivienda de una persona con trastorno mental. Se basa en una historia real y lucha por acabar con el estigma sobre las personas con trastorno de salud mental.



El Silencio de Marta

Escrita por Ana Gonzalez Pinto, Marina Díaz Marsá, Carlos Mañas, Margarita Sáez y José Cabanach. Quiere acercar a la sociedad en general el estigma de la enfermedad mental, las dificultades para pedir ayuda y la eficacia de los tratamientos. La película muestra la problemática del bullying y los Trastornos de la Conducta Alimentaria que sufren muchos niños y jóvenes.



Saber que se puede/Adolescentes

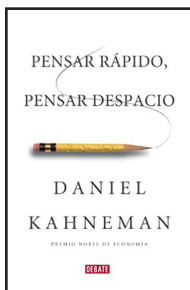
Veintitrés adolescentes nos explican cómo entienden la vida cuando apenas han comenzado sus experiencias. Nos dan una lección de vida y nos enseñan que para tener sentido común no hace falta tener muchos años.

Libros



Razones para seguir viviendo. Matt Haig

A los veinticuatro años, el mundo de Matt Haig se derrumbó. No encontraba razones para seguir viviendo. Ésta es la historia real de cómo superó su depresión, triunfó sobre la enfermedad y aprendió a vivir otra vez gracias a los libros y la escritura.



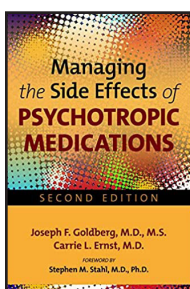
Pensar rápido, pensar despacio. Daniel Kahneman

Un apasionante recorrido por el funcionamiento de la mente de la mano del padre de la psicología conductista recibió el premio Nobel de Economía por su trabajo pionero en psicología sobre el modelo racional de la toma de decisiones.



Un regalo de Julia. Luis Caballero Martínez

El profesor Luis Caballero nos presenta una mezcla de relato clínico, ensayo psiquiátrico, diario autobiográfico y divulgación científica, que tiene su origen en el estudio de un caso histórico de histeria e hipnosis. Lleva ilustraciones en blanco y negro, y los apartados de Notas son casi un librito dentro de este.



Managing the Side Effects of Psychotropic Medications (Second Edition). Joseph F. Goldberg, Carrie L. Ernst.

Clásico imprescindible en consulta para el manejo de los efectos secundarios de los fármacos psicotrópicos.



REPORTAJE

SOMMOS. PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD EMOCIONAL

Nuevo centro en Madrid, dirigido por:

Dr. Jose Luis Carrasco

Dra. Marina Díaz Marsá - Presidente electa de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental





En SOMMOS contamos con excelentes profesionales. Nuestra dilatada experiencia clínica y reputación científica nos avalan. La combinación de Ciencia y Humanidad es nuestro estilo

En el corazón de Madrid, en una de las zonas más exclusivas de la capital, nace SOMMOS, un espacio diferencial, integrado por un excelente equipo de especialistas, con el objetivo de convertirse en centro de referencia para el **diagnóstico** y tratamiento de los problemas psicológicos y los trastornos psiquiátricos en general, con especial énfasis en cubrir las deficiencias en la atención a los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos de la personalidad y los trastornos del neurodesarrollo. (incluidos trastornos del aprendizaje y trastornos del espectro autista).

El centro SOMMOS, liderado por el doctor José Luis Carrasco, Catedrático en la Universidad Complutense y Jefe de Sección de la Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital Clínico San Carlos, y por

la doctora Marina Díaz Marsá, Presidenta de la Sociedad de Psiquiatría y Jefa de Sección de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del mismo hospital, está integrado por un equipo multidisciplinar de expertos de distintas áreas, y cuenta con medios e instalaciones para el tratamiento psicoterapéutico y rehabilitador de los pacientes más complejos.

Ciencia y humanismo son los valores que definen a SOMMOS: el conocimiento clínico y científico junto a la escucha activa y a la voluntad de entender y empatizar con el paciente son sus pilares.

El equipo de SOMMOS está especializado en trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia, trastornos por atracón, obesidad y otros trastornos de la ingesta),

en el trastorno límite de la personalidad, en las dificultades en el aprendizaje y en la conducta infanto-juvenil, en el autismo y trastornos del neurodesarrollo, en la orientación y abordaje de las dificultades de los procesos de adopción y en la ansiedad y depresión. Todos nuestros terapeutas son profesionales de prestigio y comprometidos con ofrecer el mejor tratamiento desde la evidencia científica, la experiencia y la cercanía con los pacientes y familiares que sufren.

La misión del centro SOMMOS

La misión de los profesionales que conforman SOMMOS es ayudar a las personas a:

- Que tengan el mejor diagnóstico y un tratamiento integral
- Que la intervención sea temprana y global
- Fortalecer y consolidar la personalidad
- Normalizar la conducta alimentaria y otros trastornos del comportamiento
- Eliminar las influencias negativas de su entorno.
- Desarrollar sus habilidades y fortalezas.
- Dar consejo genético cuando éste sea posible.
- Afianzar sus valores.
- Defender su autonomía

El área de Trastornos de la Personalidad, liderada por el Dr. Carrasco

El Trastorno Límite de la Personalidad es como llamamos en Psiquiatría a una situación clínica en la que la personalidad pierde el equilibrio temporalmente y altera gravemente el crecimiento de la persona. El desequilibrio se muestra en una marcada inestabilidad afectiva, con emociones muy cambiantes e intensas que pasan de la alegría al hundimiento en pocas horas. También se manifiesta por una alta impulsividad con las drogas o la alimentación o el sexo, y por tener reacciones de ira muy intensas. Las causas que hacen perder el equilibrio son distintas y variadas, y pueden incluir una predisposición biológica, o problemas en los apegos tempranos de la infancia, o traumas de distinto tipo o una relación familiar anómala. También contribuye negativamente el consumo de drogas, en particular el cannabis. En el fondo del trastorno subyace un problema con la identidad, con el sentimiento de uno mismo y con el sentimiento de ser capaz.

<< El TLP o Trastorno Límite de la personalidad es una situación psíquica en la que se pierde el equilibrio emocional. Es muy importante tratarlo a tiempo y considerar todos los factores biológicos, temperamentales, familiares y del desarrollo que están implicados

Con un tratamiento adecuado, la situación del TLP se supera y el paciente comienza a ser una persona que mantiene su propio rumbo, con sus inseguridades y con sus miedos, pero con sus estrategias para dominarlas.



El CENTRO DE DIA para Trastornos de la Personalidad SOMMOS ofrece diariamente las terapias grupales e individuales más específicas para estos pacientes y la atención a familiares

Para ello necesita de atención continuada y muy cercana que el Centro SOMMOS está en disposición de ofrecer. En su **CENTRO PSICOTERAPEUTICO DE DIA**, los pacientes reciben las **terapias grupales e individuales** más específicas para los trastornos límite de la personalidad y otros trastornos asociados. **El equipo combinado** de psiquiatría, psicología, terapia ocupacional y acompañamiento establece un núcleo afectivo y vincular con el paciente que posibilita su tratamiento rehabilitador. Los pacientes tienen terapias y actividades durante varias horas diarias, tanto dentro del centro como en forma de actividades externas y de ocio, lo que en conjunto crea el clima preciso para el éxito del proceso terapéutico. La intervención terapéutica en las familias y el apoyo y orientación a las mismas es una parte muy importante de nuestro modelo terapéutico.

La Unidad de Trastorno Límite de la Personalidad de SOMMOS propone por tanto un abordaje integral de la personalidad, para hacer frente a las dificultades psicológicas, familiares y sociales, y a la vulnerabilidad

biológica de estos trastornos. Nuestros tratamientos se diseñan a la medida de cada persona y buscan la consolidación de la personalidad y el equilibrio psíquico.

El método para alcanzar estos objetivos incluye:

1. Estudio médico-psiquiátrico.
2. Estudio psicológico y de la personalidad.
3. Psicoterapia intensiva y ajustada a cada caso personal.
4. Terapia vocacional y orientación ocupacional.
5. Acompañamiento y apoyo social.
6. Formación en habilidades sociales.
7. Fortalecimiento de la escala de valores y de la cooperatividad.
8. Planificación del ocio y del tiempo libre.
9. Ayuda a las familias.



El área de Trastornos de la Conducta Alimentaria, liderada por la Dra. Díaz Marsá

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son el resultado de un conjunto de problemas biológicos, psicológicos y de las relaciones interpersonales. Se manifiestan por alteraciones en los hábitos de alimentación, pero no son un problema simplemente nutricional o alimentario. Su frecuencia ha aumentado de forma preocupante en los últimos años y los factores implicados en este aumento son principalmente psiquiátricos y psicológicos.

La anorexia nerviosa se caracteriza por la restricción intensa de la ingesta motivada por un deseo compulsivo de perder peso. El deseo es compulsivo porque procede del miedo y del pánico a la humillación o al rechazo de los otros, es decir, por el pánico al sobrepeso. La pérdida de peso puede ser muy grave y llevar a la pérdida de la menstruación, la desmineralización de los huesos y afectación de muchos otros órganos corporales. Entre ellos el cerebro, que pierde capacidades de concentración y de razonamiento lógico en las situaciones de desnutrición.

La bulimia nerviosa se manifiesta por episodios de ingesta impulsiva de alimentos seguidos por intensos sentimientos de vergüenza y culpa, y a menudo seguidos por vómitos autoprovocados. Al igual que en la anorexia, las pacientes con bulimia sienten terror y aversión por la falta de delgadez. La bulimia se agudiza mucho por los problemas emocionales y las tensiones en las relaciones familiares o con las amistades.

En muchos casos se dan formas mixtas anoréxico-bulímicas, donde se presentan tanto restricción alimentaria como episodios bulímicos.



<<Todo trastorno de la conducta alimentaria, en especial los más graves, tienen como sustrato un trastorno grave de la identidad, y, por tanto, de la personalidad. Por este motivo, los tratamientos de SOMMOS incluyen especial atención al tratamiento de la personalidad.>>

El tratamiento de los TCA en SOMMOS es integral, atendiendo a los factores psiquiátricos, nutricionales, psicológicos y familiares. La nutrición es esencial en los casos de bajo peso con pérdida de la menstruación y es preciso recuperar un peso suficiente para evitar el deterioro orgánico y cerebral. La depresión y la ansiedad están presentes en la mayoría de las pacientes, aunque a veces se ocultan bajo la obsesión por el peso o bajo la ira que produce el enfrentamiento con la familia, y deben ser tratados con medicamentos eficaces.

<<A menudo las pacientes están obsesionadas con unas expectativas perfeccionistas de rendimiento que temen no alcanzar, y su pánico al fracaso las lleva a quedarse bloqueadas en la sintomatología propia del TCA. >>

Todo TCA o Trastorno de la Conducta Alimentaria, en especial los más graves, tienen como sustrato un trastorno grave de la identidad, y, por tanto, de la personalidad. Por este motivo, los tratamientos de SOMMOS incluyen especial atención al tratamiento de la personalidad. Muchas pacientes tienen una imagen devaluada de sí mismas que compensan con su lucha épica, aunque condenada a la derrota, contra el peso. A menudo las pacientes están obsesionadas con unas expectativas perfeccionistas de rendimiento que temen no alcanzar, y su pánico al fracaso las lleva a quedarse bloqueadas en el bucle del TCA.

El CENTRO DE DIA para Trastornos de la Personalidad SOMMOS ofrece diariamente las terapias grupales e individuales más específicas para estos pacientes y la atención a familiares

El CENTRO DE DIA para TCA de SOMMOS dispone de comedor terapéutico y de un conjunto diario de las terapias grupales e individuales más específicas para los trastornos de la conducta alimentaria y la atención a los familiares

Para ello necesita de atención continuada y muy cercana que el Centro SOMMOS ofrece en su CENTRO DE DIA para TCA. En este dispositivo, las reciben las terapias grupales e individuales más específicas para los trastornos de la conductas alimentaria y para la regulación de su personalidad vulnerable y dispone de un COMEDOR TERAPÉUTICO que forma parte de la educación nutricional. El equipo combinado de psiquiatría, psicología, terapia ocupacional y acompañamiento establece un núcleo afectivo y vincular con el paciente que posibilita su tratamiento rehabilitador. Los pacientes tienen terapias y actividades durante varias horas diarias, tanto dentro del centro como en forma de actividades externas y de ocio, creando el clima preciso para el éxito del proceso terapéutico. La intervención terapéutica en las familias y el apoyo y orientación a las mismas es una parte muy importante de nuestro modelo terapéutico.



<<Es muy importante que las familias estén alineadas con los profesionales durante el tratamiento de los TCA y se sientan partícipes del proceso >>

El papel de las familias es de extrema importancia en el tratamiento de los TCA. Hay que manejar la ira y los sentimientos de culpa en las dinámicas familiares y orientar a las familias en el correcto comportamiento ante los trastornos de las pacientes.

La Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) de SOMMOS ofrece un programa de excelencia para que sus pacientes puedan ser tratados de forma precoz e integral desde una concepción innovadora, biopsicosocial y humanista que contempla:

Los aspectos psicológicos, médicos y nutricionales

Las dificultades familiares, personales y sociales.

El programa cuenta con los tratamientos psicoterapéuticos, médicos y endocrinológicos más avanzados que permiten la atención Integral a las dificultades personales de los pacientes con anorexia o bulimia mediante un programa que incluye consultas médicas y psicológicas.

- El método para alcanzar estos objetivos incluye:
- Estudio médico-psiquiátrico.
- Estudio psicológico y de la personalidad.
- Atención y orientación endocrinológica y nutricional.
- Atención médica integral.
- Psicoterapia intensiva y ajustada a cada caso persona.
- Terapia vocacional y orientación ocupacional.
- Acompañamiento y apoyo social.
- Formación en habilidades sociales.
- Formación cultural y en valores humanos.
- Planificación del ocio y del tiempo libre.
- Ayuda a las familias.

El área de Psiquiatría y Psicología infantil, liderada por la Dra. Mara Parellada

El cuidado de la salud mental de los niños y de los adolescentes significa la prevención de los trastornos mentales en la edad adulta. Los niños padecen trastornos mentales que a veces son difíciles de detectar y pasan mucho tiempo sin diagnosticarse. ¿Cuándo debemos consultar al especialista por nuestros hijos?

Algunos niños tienen una irritabilidad excesiva o presentan rabietas frecuentes que van más allá de lo que le ocurre a otros niños. También pueden mostrarse tensos y malhumorados de manera persistente. En este caso es posible que el niño pueda estar teniendo trastornos emocionales de la infancia que pueden afectarle a su desarrollo psicológico y académico.

En otros casos los padres pueden estar preocupados porque el niño no se relaciona bien con los compañeros del colegio, o se incomoda mucho con las personas extrañas, o no quiere ir a ninguna fiesta de cumpleaños. Estas conductas, si se prolongan en el tiempo, deben llevar a consultar con un especialista, pues pueden esconder problemas en las relaciones interpersonales correspondientes a un trastorno por evitación, a un trastorno por ansiedad o incluso a un trastorno del espectro autista.

Los trastornos de la atención y de la concentración son frecuentes, y también los trastornos específicos del aprendizaje, la lectura o el desarrollo del lenguaje. Estos problemas pueden afectar al rendimiento escolar del niño y a sus relaciones con otros niños, y en este punto se debe consultar con el especialista.

En todos los casos, la intervención precoz es fundamental para la evolución positiva de los trastornos mentales infantiles.

En la adolescencia es a veces difícil distinguir los trastornos de la conducta de lo que son los cambios comportamentales propios de la edad. Es una edad complicada e inestable y hay que intentar ser comprensivos, pero si aparecen conductas de hostilidad, desafío o incumplimiento repetido de las normas es necesario consultar ante el posible inicio de un trastorno de la conducta o de la personalidad.

En Sommos se abordan:

- Los trastornos difíciles de ver
- Los trastornos emocionales
- Los trastornos relacionales
- Los trastornos del neurodesarrollo

Tratamiento de la depresión y ansiedad en SOMMOS

Conscientes de que gran parte de la población sufre alguna vez en su vida un cuadro de ansiedad y/o depresión -unos 300 millones de personas en todo el mundo lo sufren, según la OMS- en SOMMOS estudiamos cada caso de forma personalizada para aplicar los tratamientos más eficaces que puedan solucionar el problema. En SOMMOS se abordarán los problemas de depresión y ansiedad con los tratamientos psiquiátricos y psicológicos más punteros de la mano de un excelente equipo de psiquiatras y psicólogos que trabajarán conjuntamente.

Las psicoterapias punteras e innovadoras de SOMMOS

Las psicoterapias han mejorado radicalmente su eficacia en los últimos años, al realizarse desde una perspectiva científica e integrando los aspectos psicológicos y neuro-cerebrales que participan en los problemas y en los trastornos psíquicos. En SOMMOS se aplican técnicas específicas que precisan ser realizadas por terapeutas con formación y muy experimentados.

Terapia EMDR (Terapia de Reprocesamiento Emocional)

Dirigida a rescatar áreas de la personalidad atrapadas en recuerdos dolorosos deficientemente procesados. Muy eficaz en trastornos emocionales, síndromes de angustia vital y cuadros de autolesiones o ideas de suicidio

Terapia dialéctico - conductual

Basada en la autorregulación emocional mediante el conocimiento de las propias emociones y el aprendizaje de su aceptación y su manejo. Muy eficaz en los síndromes impulsivos, tanto autolesivos como alimentarios.

Terapia de aceptación y compromiso

Basada en la comprensión de las propias limitaciones y capacidades personales y en el desarrollo de la capacidades de renovación personal.

Terapia dialéctica radicalmente abierta

Dirigida a las personas con un excesivo nivel de control emocional y con tendencias obsesivas. Basada en la interacción personal con el paciente y en la confrontación emocional profunda.

Internal Family Systems (IFS)

Orientada al reajuste e integración de los esquemas familiares internalizados en la propia organización psíquica.



CUENTOS ACUÁTICOS II

Dr. Jesús J. de la Gándara Martín

Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Burgos

Dedicado al Profesor Casas, por su acuática fertilidad.

AGUA SANA

A pan y agua

- Dieta más sana, imposible, dijo ella.
- Y más sencilla tampoco, dije yo.
- Y barata, insistió con guasa.
- Y aburrida, precisé con invectiva.
- Algún sabio de la dietética tendría que dedicarle un libro, remachó.
- Sería un best seller, aseguré por dar colofón a tanta inanición.

Pero dejadme que os cuente la anécdota verídica que dio pie a esta famélica conversación.

Fui al chequeo más por su insistencia que por mí aquiescencia, y el médico me puso a pan y agua, so pretexto del colesterol.

Como me quejara sutilmente, él adujo... "qué esbeltísima dieta"; mas yo alegué... "y qué aburrida", y así quedó la cosa.

Cuando llegué a casa aún seguía refunfuñando, mas, como soy algo aprensivo, me atuve al rigor de la dieta... eso sí, con menos agrado que comedimiento.

Y para irlo soportando, me di en leer cada día una poesía como postre de la insufrible frugalidad, lo cual predisponía a la siestecita al solaz del telediario.

El resto del tiempo soportaba estoicamente sentir el cuerpo desfallecido y el ánimo desalentado.

Mas un día, paseando tras una opípara dieta de pan blanco y agua fresca, di con una pequeña pero muy bien surtida panadería, atendida por una joven de cara alegre y grandes ojos tostados, como dos hogazas tiernas.

Cuando le conté mis cuitas, me explicó que tenía más de treinta panes distintos, procedentes de todas las tahonas y obradores de la ciudad y el alfoz, y que si quería podría traer aún más, de tal manera que podría asegurarme una dieta de pan rica, variada y, sobre todo, divertida. La parte nutritiva serían los diferentes tipos de harinas y componentes asociados, pero siempre con una apetitosa presencia. Lo de las aguas ya era cosa mía, dijo.

Como se comprende, desde ese día me convertí en cliente suyo, por los panes, por los ojos y por la alegría.

Poco a poco mis digestiones fueron mejorando, mis energías fueron volviendo a su caudal y mis tristezas se fueron disipando.

De esa manera aprendí que para que una dieta sea buena para el cuerpo, tiene que serlo también para la mente: sana sí, pero nunca aburrida.

Y así sigo, a pan y agua, pero ya soy más feliz y estoy menos aprensivo, aunque el colesterol, según mi médico, no se ha dado por aludido.

Agua-cola

Los humanos somos dependientes por naturaleza, sentenció el sabio Don Miguel, a los postres de una opípara cena, que los demás maridamos con vino tinto y agua mineral, y él con Coca-Cola de botella clásica.

Todo empezó en una ponencia presidida por él, en la que una psicóloga posmoderna y un experto en adicciones sin sustancia confrontaban sus opiniones con menos enjundia que locuacidad.

Ella defendía: *Depender es una forma sujetarse a algo, para aumentar nuestra seguridad. La inseguridad la expresamos con dudas y la compensamos con dependencias.*

Él aducía: *Por eso los humanos nos hacemos dependientes de tantas cosas. La primera y más extendida es de nosotros mismos, de nuestros hábitos y costumbres, que a veces convertimos en manías, otras en obsesiones o adicciones. Las hay para todos los gustos, incluso de conductas desagradables o dañinas, como autolesionarse o darse con un canto en los dientes.*

Ella insistía: *En materia afectiva podemos quedarnos colgados hasta de un clavo ardiendo. Esa condición se explica porque están en nuestras maneras la carencia y la necesidad, la opulencia y la prodigalidad.*

Él ampliaba: *Somos animales que nos crecemos en la esgrima del vivir, al igual que nos tumbamos al solaz de la rutina. Descuidamos lo que tenemos a mano con la misma vacuidad con que lo ansiamos luego. Sedientos de todo, de todo hartos.*

Mas viendo que la cosa no avanzaba, presintiendo en su cuerpo inquietud y en la audiencia aburrimiento, Don Miguel dio carpetazo al desatino con una hidrosófica sentencia:

Miren ustedes hasta con el agua mantenemos relaciones de necesidad y dependencia, la consumimos como droga dura y también como inocente unción. Lo mismo la amamos con frenesí que la odiamos con vehemencia. Mas si morir de sed es común a los seres vivos morir hidrotizados es una extravagancia exclusivamente humana: Potomanía se llama en términos clásicos. Y es que el agua es nuestro lenitivo más dulce y nuestro narcótico más amargo.

Y sin más dilaciones nos fuimos a cenar.

Ya a los postres, Don Miguel soltó su sentencia, cuando alguien que sabía de sus debilidades, le acuso, cariñosamente, de *bienqueda* con los ponentes y la audiencia, al liquidar con agudeza hidrosófica tanta insípida locuacidad, aunque en el fondo lo que pasaba es que estaba empezando a sentir los primeros síntomas de abstinencia de su bendita Coca-Cola, esa bebida misteriosa, que disfrazada de burbujeante y divertida es en realidad oscura y adictiva.

Agua gratis

Si revisas la factura del agua comprobarás que la mayor parte del coste reflejado en ella se debe al mantenimiento de los sistemas de suministro, al control del contador, al saneamiento de los vertidos y a los impuestos. La cantidad atribuida al agua consumida es, en comparación, una minucia, sale casi gratis. Agua y gratis son dos palabras preciosas, de las más bonitas de nuestro idioma, pero cuando se juntan el resultado puede ser nefasto. Cuando abres el grifo y el agua mana y se va por el desagüe, deja de ser una bendición para convertirse en una inmundicia.

Os contaré un cuento, casi verídico:

Hace algunos años, tutelada por uno de esos programas de intercambios de veraneo que se organizan en España, vino por casa una niña saharauí de piel oscura y ojos negros, no muy alta, pero sí muy lista, de cuyo nombre quisiera acordarme. Apenas hablaba un poco de español, pero lo entendía todo. Sus padres, nacidos en una pequeña población saharauí, habían sido expulsados por Marruecos y vivían en el denominado territorio Polisario. Al principio parecía triste y temerosa, merodeaba por la casa taciturna y esquiva. Le costó adaptarse a nuestro estilo de vida, o más bien nos costó a nosotros entender el suyo. Se encerraba en su cuarto sentada en un rincón, o se adormecía delante de un televisor que no entendía. Pero poco a poco se fue soltando. Cogía juguetes que olvidaba por cualquier sitio, salía a la calle sin avisar y nos daba buenos sustos, o intentaba montar en bicicleta con el consiguiente disgusto para sus rodillas. Pero lo que más nos llamó la atención fueron dos cosas. La primera es que de vez en cuando abría la nevera y se quedaba mirando absorta, y no cogía nada, a veces si acaso mordisqueaba algo, pero lo dejaba a medias en cualquier sitio. Pero lo más curioso es que entraba en la cocina, o se encerraba en el baño, y abría el grifo, y se quedaba minutos contemplando extasiada el manar el agua. Solo eso. Miraba el fluir del agua. A veces se enjuagaba las manos o se refrescaba la cara o echaba un trago breve, pero su entretenimiento preferido era ver manar el agua, como quien ve caer el maná del cielo. Lo único malo es que, cuando se cansaba, dejaba los grifos abiertos. Pero, ¿quién se atrevía a regañarla, si esa agua era casi gratis?

Han pasado muchos años, pero no dejo de preguntarme qué habrá sido de ella, si habrá podido estudiar, formar una familia, y si vivirá en una casa con agua corriente, y se olvidará de cerrar el grifo.

Pero, sobre todo, me acuerdo de ella -Amina, por cierto- cuando me ducho o me lavo los dientes, y contempló con asombro el milagro del agua manando de un grifo del que sale casi gratis.



ARTÍCULO CIENTÍFICO

Cómo y por qué funciona la Estimulación Magnética Transcraneal en la Depresión

Dr. Francisco Ferre Navarrete. Psiquiatra
Dr. Julio Prieto Montalvo. Neurofisiólogo

NEUROTÉKNIKA. Vithas internacional de Arturo Soria. Madrid


** El equipo de NEUROTEKNIKA es un equipo multidisciplinar con gran experiencia compuesto por Psiquiatras, Internistas y Neurofisiólogos Clínicos que llevamos más de 5 años desarrollando y aplicando la rTMS en el hospital Vithas internacional de Arturo Soria, tanto en el ámbito de las enfermedades psiquiátricas como en el tratamiento del dolor y las secuelas postictus con excelentes resultados. Trabajamos con equipos de última generación y protocolos de tratamiento actualizados en colaboración con equipos de fisioterapia y logopedia en el caso del ictus o de la unidad del dolor en pacientes con dolor neuropático haciendo un abordaje multidisciplinar para conseguir los mejores resultados en nuestros pacientes.

Contacto: fferre@acteahc.com

Cuando en el año 1985 Barker y Jalinous diseñaron el primer estimulador magnético transcraneal en la Universidad de Sheffield nadie podía imaginar la relevancia que ha adquirido en años posteriores en el ámbito de las neurociencias.

Inicialmente se diseñó para realizar conducciones nerviosas periféricas dentro del proyecto de tesis doctoral del Dr. Barker, pero rápidamente la comunidad neurocientífica se dio cuenta de la utilidad de este nuevo modelo de estimulador para activar la corteza motora de manera indolora a diferencia de la única posibilidad que existía en aquel momento que era la estimulación eléctrica transcraneal de alto voltaje diseñada por Merton y Morton en 1982

Este primer estimulador y los que le sucedieron eran de pulso simple y permitieron el estudio de la vía motora en su integridad convirtiéndose en una herramienta diagnóstica de primer nivel en aquellas patologías que implican la corteza motora o la vía córtico espinal.



El desarrollo de las diferentes técnicas de estimulación magnética ha venido de la mano del desarrollo tecnológico que ha permitido el diseño de estimuladores cada vez más sofisticadas que nos permiten valorar la excitabilidad cortical de un individuo o más en el ámbito de la investigación la existencia de interrelaciones entre distintas áreas de la corteza puesta en evidencia mediante técnicas de doble estímulo.

Uno de los momentos más relevantes de su desarrollo fue la implementación de estimuladores “repetitivos” que permiten la carga rápida de los condensadores y la posibilidad de aplicar trenes de estímulos a diferentes frecuencias, habitualmente entre 0,5 y 20Hz, aunque en la actualidad existe equipamiento que permite alcanzar frecuencias de estímulo muy elevadas que superan los 100Hz y que son utilizadas casi exclusivamente en el ámbito de la investigación.

La importancia de los estimuladores repetitivos es su capacidad para modular la actividad cerebral tanto en sentido positivo (activador) como negativo (inhibidor) en el área de estímulo, pero este efecto no queda limitado a esa área sino que también induce modificaciones a distancia en aquellas zonas interrelacionadas con el cortex estimulado, de manera que cuando elegimos un área de estímulo realmente lo que estamos es seleccionando una puerta de entrada a un sistema constituido por distintas áreas corticales y sus vías de conexión.

El efecto modulador de la rTMS, por lo tanto, actúa sobre un sistema y es acumulativo, de manera que la repetición de sesiones de tratamiento permite que ese efecto quede establecido y permanezca durante largos periodos de tiempo.

Esta capacidad de la estimulación magnética ha permitido su uso como herramienta terapéutica en multitud de patologías que afectan al sistema nervioso central o en las que éste está directamente implicado.

Una de las principales ventajas de la rTMS es su elevado perfil de seguridad, los efectos secundarios descritos son escasos siendo la cefalea leve tras la estimulación el más referido. Solamente existe un efecto secundario más importante, que es la posibilidad de inducir una crisis convulsiva y que obligaría a abandonar el tratamiento. El riesgo de crisis en individuos sin patología cerebral añadida se sitúa en torno al 1 por mil. Las contraindicaciones de la rTMS son pacientes portadores de marcapasos o de implantes intracraneales ferromagnéticos y los pacientes epilépticos por su bajo umbral epileptógeno.

El número de patologías en las que se ha utilizado la rTMS es muy elevado, probablemente desproporcionado, y en muchos casos con pobres niveles de evidencia científica. En el momento actual existe evidencia clara de su utilidad en el caso de la depresión crónica resistente a tratamiento, en dolor neuropático y en el tratamiento de las secuelas motoras del ictus. Con menor nivel de evidencia, pero con buenos resultados en los estudios realizados, estaría el tratamiento de primer episodio depresivo, con magníficos resultados en el caso de la depresión postparto, en el tratamiento del componente compulsivo en pacientes con TOC, en la rehabilitación de las secuelas del lenguaje postictus, y más recientemente se ha incorporado el tratamiento de adicciones (cocaína, morfínicos) y las actuaciones sobre la memoria en las fases iniciales de los deterioros cognitivos.

Sin lugar a dudas, la patología psiquiátrica en la que existe más experiencia y más nivel de evidencia es en la depresión crónica resistente, donde se obtiene respuesta al tratamiento en aproximadamente el 60% de los pacientes. Estos resultados se obtienen con de 20-30 sesiones de tratamiento y hay grupos de investigación que sostienen sustentados en sus datos que un aumento del número de sesiones conlleva mejores tasas de remisión.

El protocolo más indicado en el tratamiento de la depresión es el estímulo a alta frecuencia (10-20Hz) en cortex prefrontal dorso-lateral izquierdo con 3000 estímulos por sesión a una intensidad del 120% del umbral motor de reposo. En casos especiales en los que el paciente no tolere las altas frecuencias o queramos minimizar los riesgos de inducción de crisis convulsivas, p.e. mujeres embarazadas, puede utilizarse como alternativa el estímulo en cortex prefrontal dorso-lateral derecho a baja frecuencia.

Los protocolos complejos de estímulo que combinan altas y bajas frecuencias (theta burst) y con duración de las sesiones claramente inferiores (4 minutos frente a 37,5) no son inferiores que los protocolos de estimulación clásica en el tratamiento de la depresión.

¿Qué pacientes con depresión son los más indicados para tratar con rTMS?

Un aspecto crítico en la buena respuesta de la rTMS es la correcta aplicación de la misma por parte de personal cualificado. Una localización adecuada del área de estímulo, la determinación precisa del umbral motor de reposo y de la intensidad de estimulación, la orientación adecuada de la bobina, la supervisión durante el tratamiento de la posición de la bobina y la aplicación del protocolo de estímulo correcto harán que mejores los resultados minimizando los riesgos de efectos secundarios.

Es evidente que no todos los pacientes van a responder de la misma manera a la rTMS, en nuestra experiencia desde NEUROTEKNIKA, que es superponible a la publicada en la bibliografía, los pacientes de edad inferior a los 60 años, con menos tiempo de evolución de la enfermedad, presentan tasas de respuesta que se aproximan al 70% de los casos y tasas de remisión próximas al 50%.

Los pacientes jóvenes con pocos episodios depresivos en los cuales la rTMS es muy eficaz, son un grupo de población que de-

manda con mayor frecuencia las técnicas de neuromodulación como una alternativa a los fármacos antidepresivos y sin sus efectos secundarios.

La rTMS no es un tratamiento de primera línea en primer episodio depresivo, pero cuando ha sido utilizado en estos casos, las tasas de remisión obtenidas son excelentes y se sitúan en torno al 80% de los casos, por lo tanto, debería ser considerada como una buena alternativa en aquellos pacientes con un primer episodio depresivo en los que por motivos médicos tengan contraindicado el uso de antidepresivos, o en situaciones especiales como la depresión postparto.

En el caso de los pacientes mayores de 60 años con larga evolución de la enfermedad las tasas de respuesta desciende al 40-50% pero sigue suponiendo una alternativa ante la falta de respuesta a fármacos y su elevado perfil de seguridad.

Otro factor a tener en cuenta es el de las recidivas. En depresión crónica resistente la tasa de recidivas tras el tratamiento con rTMS es superponible a las de otras técnicas como el TEC o con el uso de fármacos. En los pacientes con recidivas frecuentes que han respondido a un tratamiento con rTMS está resultando muy eficaz el uso de sesiones de mantenimiento.

En NEUROTEKNIKA diseñamos sesiones de mantenimiento personalizadas según las características del paciente, que en la mayoría de los casos suponen 4-5 sesiones mensuales y evitan las recidivas durante periodos prolongados de tiempo.

En aquellos pacientes en los que por historia las recidivas son infrecuentes no estarían recomendadas las sesiones de mantenimiento pero debemos conocer que cuando un paciente ha respondido a un tratamiento con rTMS también va a responder en ocasiones sucesivas y en el caso de nueva recidiva la rTMS sería el tratamiento de elección.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA:

Al-Shamali, H., et al. (2022). "Is repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) an effective and safe treatment option for postpartum and peripartum depression? A Systematic Review." *Journal of Affective Disorders Reports*: 100356.

Asl, F. A. and L. Vaghef (2022). "The effectiveness of high-frequency left DLPFC-rTMS on depression, response inhibition, and cognitive flexibility in female subjects with major depressive disorder." *J Psychiatr Res* 149: 287-292.

Chung, S. W., et al. (2015). "THETABURST STIMULATION: A NEW FORM OF TMS TREATMENT FOR DEPRESSION?" *Depress Anxiety* 32(3): 182-192.

Cox, E., et al. (2020). "Repetitive transcranial magnetic stimulation for the treatment of postpartum depression." *J Affect Disord* 264: 193-200.

Fitzgerald, P. B. and Z. J. Daskalakis (2022). *Localization and Targeting of rTMS Treatment of Depression. rTMS Treatment for Depression*, Springer: 111-127.

Lefaucheur, J.-P., et al. (2020). "Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS): An update (2014-2018)." *Clinical neurophysiology* 131(2): 474-528.

Lefaucheur, J.-P., et al. (2014). "Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS)." *Clinical neurophysiology* 125(011): 2150-2206.

Mehta, S., et al. (2022). "The Effect of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation on Suicidal Ideation in Treatment-Resistant Depression: A Meta-Analysis." *J Clin Psychiatry* 83(2): 39202.

Ontario, H. Q. (2016). "Repetitive transcranial magnetic stimulation for treatment-resistant depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials." *Ontario health technology assessment series* 16(5): 1.

Pettorruso, M., et al. (2019). "Dopaminergic and clinical correlates of high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation in gambling addiction: a SPECT case study." *Addictive Behaviors* 93: 246-249.

Pridmore, W. and S. Pridmore (2021). "A happiness magnet? Reviewing the evidence for repetitive transcranial magnetic stimulation in major depressive disorder." *Australasian Psychiatry* 29(2): 207-213.

Senova, S., et al. (2019). "Durability of antidepressant response to repetitive transcranial magnetic stimulation: systematic review and meta-analysis." *Brain Stimul* 12(1): 119-128.

Vlachos, A., et al. (2017). "Assessment and modulation of cortical inhibition using transcranial magnetic stimulation." *e-Neuroforum* 23(1): 9-17.

Voigt, J., et al. (2017). "Cost effectiveness analysis comparing repetitive transcranial magnetic stimulation to antidepressant medications after a first treatment failure for major depressive disorder in newly diagnosed patients-A lifetime analysis." *PLoS One* 12(10): e0186950.

Zhang, T., et al. (2019). "Add-on rTMS for the acute treatment of depressive symptoms is probably more effective in adolescents than in adults: evidence from real-world clinical practice." *Brain Stimul* 12(1): 103-109.



ENTREVISTA

Cecilio Álamo

Háblenos un poco de su historia profesional y de sus áreas de interés.

Realicé mi licenciatura y doctorado de Medicina en la Facultad de Medicina de Cádiz con excelentes Profesores, muchos de los cuales obtuvieron posteriormente cátedras en las Universidades de Madrid, Barcelona y Sevilla. De todos aprendí mucho, tanto a nivel básico en la Facultad como a nivel clínico en nuestro querido e inolvidable Hospital Universitario "Moreno de Mora", desgraciadamente desaparecido. Sin duda, el que más influyó en mi carrera profesional como docente, investigador y maestro fue el Profesor Eduardo Cuenca, catedrático de Farmacología y pionero de la Psicofarmacología en España, del que me siento orgulloso de haberle tenido como Maestro. Con el Prof. Cuenca he convivido profesionalmente desde principios de la década de los 70 hasta el pasado mes de agosto en que nos dejó. Con su fallecimiento, dejó huérfanos a una serie de profesores, investigadores y clínicos, que nos honramos de pertenecer a su escuela de psicofarmacología, como Juan Gibert-Rahola, Maribel Serrano, Javier Galiana, Luis La-

fueron, Leonardo Casáis, Jerónimo Sáiz, Mario Vallejo, Agustín Arias, Juan Antonio Micó, Antonio López, José Esteban, Sol Carrasco, Pilar Martín del Río, entre otros, a los que pido disculpas por su omisión. Con el Profesor Cuenca nos trasladamos como Profesor Adjunto, el año 1981 a la Universidad de Alcalá, de la que soy catedrático de Farmacología desde el año 1992 y en la actualidad Profesor emérito. Es para mi un gran honor haber podido contribuir desde la Universidad de Alcalá a la formación de médicos y farmacéuticos que realizan en la actualidad una importante labor en diversos campos de la sanidad de nuestro país.

En colaboración con la industria farmacéutica ha dirigido muchos programas de investigación en el campo de los analgésicos y los antidepresivos. ¿Cuáles son los mecanismos de acción de los analgésicos y los antidepresivos?

He tenido la oportunidad de colaborar con la industria farmacéutica en labores de investigación y formación, lo que siempre he considerado de gran importancia, porque creo que la investigación y la docencia no puede terminar en las aulas de la facultad y debe salir a la práctica del día a día.

Durante más de 35 años, he participado en labores de investigación con la industria farmacéutica, gracias a lo cual hemos podido desarrollar algunas líneas de investigación que hubiera sido imposible dada la precariedad económica de la investigación en España. En este sentido, no quiero olvidar la actitud siempre positiva de Rafael Juste, presidente e impulsor de laboratorios Juste SAQF, que siempre fomentó la colaboración con la Universidad sin poner ninguna cortapisa a la labor docente. Gracias a ello, pudimos

desarrollar diversos proyectos de investigación en el campo de los analgésicos y de otros psicofármacos en un mundo en el que la investigación y desarrollo de nuevos medicamentos es muy compleja, primando siempre la seguridad y la confidencialidad. Mi experiencia en la Universidad y en la Industria farmacéutica han sido complementarias para mi visión del mundo de la farmacología, sin olvidar, en ningún momento que, como médico, toda mi actividad, desde el tubo de ensayo, hasta el ensayo clínico, tenía en el horizonte el beneficio del paciente.

Nos hemos centrado en indagar sobre mecanismos de acción de los analgésicos que presentaran una acción periférica, similar a la que presentan los AINE, a la que se le sumaba una acción central que, en nuestro caso, era potenciación de vías serotoninérgicas. Por tanto, se entroncaban en su mecanismo de acción con los antidepresivos que, hasta el momento, la mayoría de ellos funcionan a través de mecanismos monoaminérgicos (serotoninérgicos y noradrenérgicos). En relación con los analgésicos hemos estudiado también mecanismos implicados en la tolerancia y dependencia, dos de los problemas más importantes que tienen los opioides.

España es uno de los países del mundo donde más fentanilo se consume ¿Por qué?

El fentanilo es el opioide con mayor consumo en la Unión Europea. España es el tercer país con mayor consumo después del Reino Unido y Alemania, pero eso sí es un consumo controlado por la responsabilidad de nuestros profesionales y por las autoridades sanitarias. El consumo del fentanilo y de otros analgésicos viene motivado fundamentalmente porque

el dolor es un síntoma clínico altamente frecuentes. Así lo indica nuestro Ministerio de Sanidad que publicó en el año 2021 que uno de cada tres adultos sufre algún tipo de dolor, siendo la incidencia de dolor crónico del 11 al 17 %. Por lo tanto, el primer problema que tenemos es el dolor y con mucha más frecuencia el dolor crónico no oncológico. La OMS considera que el alivio del dolor es un derecho humano universal y una obligación ética de los profesionales sanitarios. El dilema está servido. Negando a los pacientes que lo necesitan, un tratamiento con opioides, estamos evitando que algunos de ellos se hagan adictos, pero estamos dejando que algunas personas sufran de dolor, a veces durante décadas. No hay una solución perfecta. Buscar el equilibrio entre beneficios y riesgo es la tarea más complicada del ejercicio de la medicina. En este sentido, para el tratamiento del dolor contamos, fundamentalmente, con dos grandes grupos de fármacos: los denominados AINE (Antiinflamatorios no esteroídicos) y los opioides, entre los que se encuentra el fentanilo. Ninguno de los dos grupos está exento de efectos indeseables, pero los pacientes siguen con dolor y tenemos que tratarlos valorando en todo momento la relación beneficio riesgo.

Entre los fentanilos hemos de diferenciar la presentación en parches transdérmicos, que va liberando fentanilo durante 72 horas y cursa con niveles plasmáticos bastante estables, con mínimos picos y valles, que constituye el 81% de las prescripciones y que está indicado en control del dolor crónico intenso, que requiere la administración continua de opioides a largo plazo. Por otra parte, el 19% de las prescripciones restantes de fentanilo se corresponde con los fentanilos de libera-

El fentanilo es un opioide potente, que actúa uniéndose a los receptores opioides de zonas del cerebro que controlan el dolor y las emociones y en ello radica su poder analgésico terapéutico.



ción rápida, transmucosos orales y nasales, que su empleo debe limitarse al tratamiento de dolor irruptivo en pacientes adultos que ya reciben tratamiento con opiáceos para dolor crónico oncológico. Por lo tanto, en el consumo de fentanilo la mayor participación se debe sobre todo al fentanilo transdérmico que, como es conocido, su potencial de provocar dependencia es inferior a las formulaciones de liberación inmediata. Las autoridades sanitarias españolas, han aprobado un nuevo decreto, implantándose un visado de inspección para acceder al fentanilo de liberación inmediata, que es como un filtro adicional para controlar su consumo en el dolor agudo no oncológico, como la migraña, el dolor de espalda, o la fibromialgia, por citar algunos ejemplos. En estos casos mejorar, la ya de por si buena

formación en opioides de nuestros profesionales sanitarios ayudará a realizar una mejor utilización de estos. En España no tenemos el problema con los opioides que se presenta en Estados Unidos donde la práctica clínica y el control de la prescripción es muy diferente.

Cuáles son los efectos secundarios de la ingesta del fentanilo?

El fentanilo es un opioide potente, que actúa uniéndose a los receptores opioides de zonas del cerebro que controlan el dolor y las emociones y en ello radica su poder analgésico terapéutico. Por acción sobre estos receptores pueden producirse también sus efectos adversos que son altamente predecibles. La analgesia, el efecto por el que se administra, se acompaña de un estado de bienestar y

■ ■ **En España hay 11 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, casi cinco veces menos que en Suiza (52) y la mitad que en Francia (23), Alemania (27) o Países Bajos (24).**

sedación, dependiendo de la dosis puede aparecer sedación y aletargamiento. Los efectos adversos gastrointestinales, como náuseas y vómitos se producen al inicio del tratamiento. Aparece con frecuencia estreñimiento, aunque en menor medida que con otros opioides. Estos efectos son predecibles y se pueden tratar preventivamente. En sobredosis, sobre todo si no hay dolor (el dolor es el mejor antídoto), se puede producir una parada respiratoria que puede ser fatal si no la revertimos a tiempo con antagonistas como la naloxona. Con la administración continuada, se produce tolerancia a algunos efectos, necesidad de aumentar la dosis para conseguir el mismo efecto analgésico, y dependencia que es más frecuente cuando el uso es inadecuado "recreativo" que cuando es usado de forma correcta en el tratamiento del dolor.

¿En nuestro país hay algún medicamento que se esté sobrerrecetando en este momento?

Los datos indican que algunos psicofármacos, como los ansiolíticos y muchos antidepresivos que, dicho sea de paso, se utilizan más para el tratamiento de fondo de la ansiedad y situaciones que cursan con estrés, están siendo prescritos en exceso. La Junta Internacional de fiscalización de estupefacientes señala a España como el país del mundo con mayor consumo legal de benzodiazepinas y esto se da además en pacientes mayores de 65 años, en los que generalmente estos medicamentos están desaconsejados. Este exceso se ha visto incrementado durante

los dos últimos años por la pandemia de COVID-19.

Muchos de estos cuadros desadaptativos y ansiosos están en manos de una Atención Primaria saturada por una enorme carga asistencial. Además, la falta de profesionales en salud mental es patente. En España hay 11 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, casi cinco veces menos que en Suiza (52) y la mitad que en Francia (23), Alemania (27) o Países Bajos (24). Los psicólogos clínicos también son escasos, seis por cada 100.000 habitantes en la sanidad pública, tres veces menos que la media europea. Ante esta situación que afecta tanto a atención primaria como al profesional de salud mental no es posible realizar a tiempo una buena revisión del paciente y de ser necesario, alguna terapia alternativa, como la psicoterapia, o simplemente el aconsejamiento, por lo que se recurre a lo más "rápido" y "fácil" que es la receta.

Pero es que, además, debemos tener en cuenta que los médicos no recetan las benzodiazepinas "como caramelos" sino que, en la mayoría de las veces, se encuentran ante un paciente, no solo con enfermedades mentales sino también somáticas, que está sufriendo y desesperado. La ansiedad, el pánico, el insomnio y la agitación son situaciones desesperantes y los tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos alternativos pueden tardar semanas en funcionar o no funcionar en absoluto. En ataques de pánico o en la depresión mayor agitada mientras esperamos que el antidepresivo "haga efecto",

el insomnio durante los episodios de manía entre otros, el uso de benzodiazepinas no debería cuestionarse.

¿En España se corre algún riesgo de que surja un mercado negro de opiáceos, como ha ocurrido en Estados Unidos y otros países?

Todo es posible, pero pensamos que el control que se realiza en España sobre los opiáceos, la implantación generalizada de la receta electrónica, la formación de nuestros profesionales sanitarios, tanto médicos como enfermería y farmacéuticos, junto con la trágica experiencia de finales de siglo XX con la heroína, hace que las condiciones de la “epidemia de opiáceos norteamericana” no se den en nuestro país. La medicina en Norteamérica es fundamentalmente privada y conseguir una receta es más caro que recurrir al mercado negro. Eso en España no sucede y nuestro sistema de control oficial es exhaustivo. En ese sentido, creemos que no debemos relajarnos, pero somos optimistas por la preparación de nuestros profesionales y el control de estos medicamentos que realizan nuestras autoridades sanitarias.

¿Los fármacos curan? ¿Y los psicofármacos?

Mi opinión, que he expresado en muchas ocasiones, es que los fármacos en general, con la excepción de los antibióticos y la cirugía, no curan. En realidad, muchas de nuestras enfermedades están determinadas por la carga genética de cada individuo que, ante determinados estímulos adversos, se manifiestan de diferente manera. En la sociedad actual, las condiciones ambientales, el estrés, etc., son muy similares para todos nosotros. Ante esas condiciones, dependiendo de

nuestra genética, unos nos hacemos hipertensos, otros diabéticos, otros depresivos y otros psicóticos. De momento los fármacos no pueden modificar esa carga genética ni tampoco las condiciones ambientales, por lo que muchas de estas enfermedades son crónicas. La hipertensión, la diabetes, la esquizofrenia, raramente se curan con los medicamentos, pero si pueden ser controladas con éxito. Yo a mis alumnos suelo ponerles el siguiente ejemplo. Nuestra carga genética es como una orquesta en la que en cada momento tan solo tocan un 20% de los genes. El 80% de los genes restantes se les llama genes basura, yo prefiero llamarles genes silenciosos, que cuando suenan suelen desentonar y provocar enfermedades. Sería deseable tener fármacos que pudieran silenciar por completo a ese gen o genes que desentonan en la orquesta, pero estos fármacos no los tenemos para la mayoría de las enfermedades. Nuestros fármacos, en realidad lo que hacen es subir el volumen de la orquesta genética para que el gen que desentona pase desapercibido, pese a seguir desentonando. Por eso, en la mayoría de las enfermedades, si suspendo el medicamento, la orquesta se calla y la sintomatología reaparece. Yo pienso que, en el futuro, ya es posible para algunas patologías, podremos contar con fármacos que reparen del gen alterado y entonces serán curativos; de momento podemos decir que son solo paliativos. Los psicofármacos no son una excepción. Si suspendo la medicación, sin actuar sobre la causa que provoca determinadas patologías, el resultado suele ser la recaída. En definitiva, los psicofármacos, en la mayoría de los casos, nos ayudan a vivir con una enfermedad controlada, pero solapada.

¿Y en el caso del dolor y del insomnio?

El dolor es tan antiguo como la historia de la humanidad y creo que forma parte inseparable del ser humano. Probablemente, existen remedios para paliarlos tan antiguos como el dolor. Se han encontrado semillas de adormidera, la precursora del opio, en yacimientos del paleolítico que probablemente eran utilizadas con fines religiosos y para paliar el dolor. Cuando el dolor está producido por una causa conocida, actuando sobre ella lo abolimos, por ejemplo, los antibióticos en las infecciones. El problema se plantea con el dolor de etiología desconocida o no abordable, como sucede con muchos dolores crónicos, fundamentalmente con el dolor crónico no oncológico. Son muchas las personas con procesos reumatológicos que sufren dolor a diario y durante décadas. Aunque tenemos herramientas farmacológicas eficaces, estas no están exentas de efectos adversos y hemos de valorar cuidadosamente la relación beneficios riesgos. Aliviar el dolor es un derecho universal reconocido por la OMS que no podemos eludir como médicos, pero nos plantea la dicotomía de los beneficios frente a los riesgos.

El insomnio es otro problema importante que acompaña a muchas enfermedades mentales y somáticas y que, además, sabemos que en algunos casos puede precederlas. El insomnio agrava cualquier patología y puede crearse un círculo vicioso entre ambas. Desde hace décadas contamos con fármacos eficaces, como los barbitúricos, pero con un margen terapéutico inaceptable. Con estos fármacos el paciente se hace tolerante y hay que subir la dosis para conseguir los mismos efectos. Además, las dosis que provocan depresión respiratoria letal no están muy alejadas de las dosis hipnóticas. En la actualidad, su empleo como hipnóticos es de muy difícil justificación. También contamos, desde la década de los 60 del pasado siglo, con las benzodiazepinas que son mejores hipnóticos, con menor tolerancia, y con un margen terapéutico muy amplio en uso agudo. Sin embargo, su empleo en amplia escala ha creado un número muy importante de pacientes dependientes que no pueden abandonar su empleo. España es campeona del mundo en el uso legal de benzodiazepinas. Por ello, un tema preocupante es la posible relación entre uso de benzodiazepinas



durante tiempo prolongado y el aumento del riesgo de demencias y de mortalidad por diversas causas. Debemos tener en cuenta las consecuencias a largo plazo de este grupo farmacológico.

Al menos para algunos pacientes, una alternativa podría ser la melatonina y estamos esperanzados con los antagonistas de la orexina o hipocretina, que aún no se han comercializado en España, ya que abordan sistemas funcionales cerebrales no explotados por las benzodiazepinas,

¿Cuál es el futuro de la psicofarmacología y las nuevas posibilidades de tratamiento?

La psicofarmacología es una disciplina joven de solo unas décadas de existencia. Cuando otras patologías somáticas tenían tratamientos, los pacientes con enfermedades mentales eran encerrados en manicomios. De momento, la mayoría de psicofármacos con los que contamos han surgido por "serendipia", la casualidad, y tratan fundamentalmente los síntomas de la enfermedad. El futuro de la psicofarmacología pasa obligatoriamente por un mejor conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos de las enfermedades mentales para así poder tener dianas concretas sobre las que actuar farmacológicamente. Debemos conocer la etiología de las enfermedades mentales si queremos hacer un tratamiento etiológico y por tanto curativo.

No, obstante no me gustaría que se interpretara como algo negativo los tratamientos sintomatológicos ya que, con estos, que forman parte de la mayoría de las existencias de nuestro vademécum, tenemos que manejarnos. A mi modo de ver, tratando síntomas, ya que no podemos actuar sobre una causa casi siempre desconocida, estamos aliviando muchos de los males que afectan a muchos enfermos mentales. Ya me gustaría tener fármacos mejores y seguramente los ten-

dremos en el futuro, pero con los psicofármacos actuales estamos mejorando la calidad de vida de muchos pacientes y de sus familiares. Muchos de nuestros pacientes mentales pueden hacer una vida familiar, social, laboral aceptable. Hace medio siglo estaban institucionalizados en los "manicomios". El avance es patente, pero queda un margen muy amplio de mejoras terapéuticas.

Hay un estudio que habla de cómo la heroína, la cocaína y otras drogas comenzaron siendo medicamentos saludables. ¿Nos lo puedo resumir un poco?

Me honra contar con la amistad del Profesor de la Universidad Camilo José Cela, el Dr. Francisco López-Muñoz, que es una autoridad en este tema. Con él hemos publicado estudios al respecto, en los que destacamos que la heroína fue introducida en terapéutica como un opioide sintético, que superaba en eficacia a la morfina y que no provocaba dependencia. De hecho, se postuló su empleo como antitusígeno en los niños por su buena tolerabilidad. Posteriormente tuvo que ser retirada del mercado por su enorme poder adictivo. La cocaína tiene otra historia destacada. Freud que conocía sus propiedades psicoestimulantes y mantenía una relación social con la droga, detectó que producía un cierto grado de anestesia en la zona de aplicación, lo que aprovechó el oftalmólogo Carl Koller para utilizarla como anestésico local en intervenciones quirúrgicas de cataratas. El éxito como anestésico local fue rotundo, pero sus propiedades psicoestimuladoras lo superaron con creces. En la actualidad, la cocaína no se usa como anestésico local y todos conocemos lo extendido que está su empleo como sustancia de abuso. Hay más ejemplos de sustancias con potencial adictivo que se usan como medicamentos, como es el caso del anestésico disociativo ketamina que, a dosis subanestésicas, muestra una eficacia muy peculiar



en las depresiones resistentes a otros antidepresivos. Asimismo, algunos derivados del cannabis pueden ser de utilidad en el tratamiento del dolor oncológico, en los efectos adversos de los citostáticos y en algunos cuadros epilépticos de la infancia. No obstante, su uso debe limitarse a las indicaciones conocidas y aprobadas ya que puede presentar problemas de dependencia y puede ser una puerta de entrada para el abuso de otras sustancias.

¿Cómo funciona el cerebro de las personas agresivas y violentas?

Las conductas agresivas son muy variadas y complejas y existen múltiples hipótesis para explicar algunos aspectos de las mismas. En la actualidad no conocemos con exactitud los mecanismos implicados en los diferentes tipos de conductas agresivas y violentas. Muchos estudios se han realizado en animales y la agresividad de cada especie es diferente entre ellas y por supuesto con la agresividad humana. Parece que existen determinantes tanto genéticos como ambientales que son muy heterogéneos por lo que existe una imposibilidad de determinar una causa única que explique cómo funciona el cerebro en estas conductas. Me gustaría

destacar que la genética por sí sola no determina de forma inevitable la conducta humana, pero la interacción con el medio familiar y social puede aumentar el riesgo de agresividad.

Se han detectado diferencias en algunos sistemas de neurotransmisión cerebrales y los argumentos más plausibles sobre el fundamento neuroquímico de la agresividad propone una reducción del funcionalismo serotoninérgico, junto a una hiperactividad de los sistemas centrales de neurotransmisión noradrenérgico y dopaminérgico. Por descontado que otros sistemas neuroquímicos, como el colinérgico, gabérgico, opioidérgico o glutamatérgico, estarían implicados en este tipo de conductas, ya que el cerebro es funcionalmente como una red de intercomunicaciones entre sistemas funcionales. Además, no debemos olvidar la participación hormonal, especialmente las hormonas masculinas, en algunos tipos de agresividad.

Me gustaría señalar que la relación entre enfermedad mental y violencia puede ser muy llamativa en ocasiones, pero en la enfermedad mental grave como la Esquizofrenia, el Trastorno Bipolar o la Depresión

Mayor, la violencia no es mayor que en la población general. De hecho, la mayor parte de los pacientes psiquiátricos no suelen manifestar conductas agresivas, aunque sean personas con mayor vulnerabilidad a los estresores ambientales.

¿Qué pienses de los avances que se han producido últimamente en el campo del alzhéimer?

Hace más de un siglo que conocemos esta enfermedad y todavía tenemos muy pocos conocimientos de su fisiopatología, pese a los importantes esfuerzos de múltiples grupos de investigación. Por ello los tratamientos con los que contamos hasta el momento no son curativos, pero retrasan el progreso de la enfermedad, la institucionalización del paciente y mejoran la sobrecarga del cuidador. Desde luego los progresos no son espectaculares.

Quisiera destacar que las informaciones que llegan al público general sobre avances espectaculares en el tratamiento del Alzheimer, al igual que sucede en otras patologías como el cáncer, suelen crear unas expectativas en los pacientes y sobre todo en sus familiares que, por desgracia,

se pueden convertir en frustración. A veces, se presentan hallazgos científicos básicos que los investigadores interpretamos como una pieza más dentro del puzzle que constituye la investigación del Alzheimer. El problema es que ese mismo hallazgo, la sociedad mediática en la que vivimos lo interpreta con gran fanfarria como si el puzzle estuviera resuelto. Un posible ejemplo de ello puede ser el caso del aducunumab. Este anticuerpo monoclonal disuelve las placas de la proteína Beta-amiloide, uno de los hallazgos histológicos clásicos de la enfermedad de Alzheimer, lo que ha facilitado la aprobación de este fármaco en EEUU para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer leve, en etapas iniciales de la demencia. Esta aprobación ha despertado grandes esperanzas en pacientes y familiares de pacientes con esta enfermedad. Sin embargo, la Academia Americana de Neurología advierte de que se necesita más investigación en muchos aspectos, como seguridad, costes y calidad de vida proporcionada por el nuevo tratamiento. Los datos muestran que este fármaco, en efecto reduce las placas amiloides en el cerebro, pero no está claro qué mejore los



síntomas relacionados con la enfermedad de Alzheimer. Además, hasta el 40% de las personas que toman aducanumab pueden desarrollar efectos secundarios de gravedad, como inflamación y hemorragia cerebral. Podríamos estar ante un nuevo jarro de agua fría para los familiares de los pacientes que esperan con gran tensión que este fármaco sea comercializado en nuestro país.

¿Qué le gustaría hacer dentro de unos años?

En la actualidad soy Profesor Emérito y me entusiasma poder seguir con mi labor docente tanto intra como extrauniversitaria. Por mi edad y desgraciadamente por experiencias cercanas, se que hacer planes a medio largo plazo puede ser un trabajo vano y sobre todo poco predictivo. Por lo tanto, prefiero seguir trabajando con intensidad en mi faceta docente, pero eso si, "partido a partido", como diría un importante entrenador de nuestra liga futbolística.

Por último: ¿cuáles son sus aficiones fuera del trabajo?

En este sentido tengo que reconocer que he sido un hombre con suerte, ya que he disfrutado siempre con mi trabajo en su labor investigadora y docente, lo que ha hecho que trabajar se haya convertido en mi afición más importante. Disfruto comprobando como en cada uno de los campos científicos en los que uno cree tener un cierto conocimiento, siempre hay cosas que aprender. Dedicar tiempo a profundizar en campos, como la psicofarmacología, me desvela lo poco que se y lo mucho que me queda por aprender en este y otros terrenos. Esta puede ser mi principal afición "desasnarne" un poco científicamente. En esta línea, poder dedicar algo más de tiempo y de forma más reposada al estudio de la historia de la psicofarmacología me resulta muy interesante.

Además, tengo una gran afición por conocer más Europa. Viajar para mí no es hacer una lista de ciudades y sitios por los que he pasado. Viajar para mí es conocer la ciudad, las costumbres, la cultura y la gente que la habita. Por eso, he repetido varias veces el mismo viaje, por ejemplo, a sitios concretos de la fascinante Italia.

No obstante, ni el trabajo ni los viajes me han impedido cultivar mis relaciones de amistad con personas a las que tengo en alto aprecio. Tener una charla con mis buenos amigos gaditanos y madrileños es algo impagable. Esa es sin duda mi mayor afición.



Asociación Española
de Psiquiatría Privada

XV CONGRESO NACIONAL

SALUD MENTAL Y ECONOMÍA

22 AL 24 DE SEPTIEMBRE DE 2022

HOTEL NH EUROBUILDING

MADRID



www.asepp2022.com