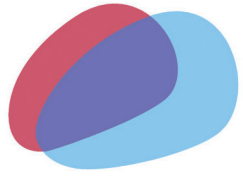


# Psiquiatría privada



asepp

Asociación Española de Psiquiatría Privada

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

## **Editorial**

Sigamos avanzando

## **Directo al paciente**

La depresión

## **En la piel del paciente**

Palabra de paciente

## **Sin perder la memoria**

Clínica Bellavista de Lleida:  
Integración de la iniciativa privada y el rigor universitario

## **Viaje sin mi tía**

Estocolmo

## **Psiquianálisis**

## **Contrastes**

## **Mi pantalla blanca**

## **Agenda**

## **Decálogo de la ASEPP**

# 13

**Abril**  
**2017**

# Psiquiatría privada

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA PRIVADA

## JUNTA DIRECTIVA DE ASEPP

### Presidente

Dr. Salvador Ros Montalbán

### Vicepresidente

Dr. José Antonio López Rodríguez

### Secretario

Dr. Antonio Arumí Vizmanos

### Tesorero

Dr. Josep Ramon Domènech Bisén

### Vocales

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

### Consejo editorial

**Director** Dr. Josep Ramon Domènech Bisén

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

### Consejo asesor

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

### Nota sobre ASSEP

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

## SIGAMOS AVANZANDO



En el año 2017, s. XXI de la era cristiana, la especialidad médica de psiquiatría se enfrentará a nuevos retos y estos, si somos positivos, se convertirán en nuevas oportunidades, como reza el título del próximo Congreso Nacional de la ASEPP. Desde la Junta queremos transmitir a nuestros asociados que hay que mantener vivos los ideales que en su día sirvieron para la constitución de nuestra asociación y que van evolucionando de una forma lenta, pero satisfactoria. No obstante, queda mucho por hacer en las áreas donde trabajamos a diario, tanto en la de prevención y tratamiento de los trastornos psiquiátricos, como en la de investigación. Como decimos en nuestra página web, apostamos por una psiquiatría de calidad, haciendo posible una relación terapéutica de confianza, combatiendo el estigma de la enfermedad y subrayando el valor de la confidencialidad. Y si todos estos valores los tenemos por escrito y ampliados en nuestro decálogo de actuación, ¿por qué no crecemos en número de asociados?, ¿por qué nuestra página de internet no tiene más entradas y consultas? Es evidente que en algo estamos fallando y que no levantamos el suficiente interés entre nuestros compañeros dedicados a la práctica privada de la psiquiatría.

Por experiencia sé que mantener la viveza, la curiosidad, el interés y, sobre todo, la participación en una asociación de este tipo es difícil; a muchos de nosotros nos invade la pereza de tener que dedicar tiempo extra a actividades que están fuera de nuestras agendas vitales y, sin embargo, entre nosotros existen compañeros generosos con su tiempo y dedicación con la esperanza de ser útiles a los demás y estoy convencido de que entre nosotros, todos los socios, hay muchos de estos segundos. Es por este motivo que, leyendo nuestro decálogo, sentí que el punto 8 del mismo me hacía un guiño para que hablara de él. Dice, y cito textualmente, que la ASEPP y sus socios se dedicarán a *«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». Me sonó bien lo de incentivar el interés, mantenimiento y avance de la especialidad y pensé que en nuestro próximo congreso en Barcelona se llevará a cabo la renovación de parte de la junta, como debe ser, para evitar tentaciones de «pegarnos» a los sillones como es frecuente en este país y, especialmente, en profesiones como la nuestra en la que seguro que conoceremos a compañeros que están interesados en coger el testigo de los que ya llevamos unos años en la junta y creemos que ha llegado el momento de ser relevados. Los interesados pueden tener la seguridad de que los que nos vamos estaremos a disposición de los nuevos para todo aquello en lo que les podamos ayudar, sentir, que me consta, comparten todos los miembros de la actual junta.*

En el terreno médico asistiremos a la respuesta más prudente sobre los dilemas que están presentes en nuestra especialidad, como el de si tratar la mente o tratar el cerebro, si seguir manteniendo el modelo biopsicosocial como mejor explicación de la etiología de la enfermedad mental y si triunfa o no el tratamiento integral, integrador y multidisciplinario de la misma y cómo se implementa en nuestra sociedad. También es emocionante el progreso de la genética y de la inmunología que, seguro, van a ayudarnos a ejercer una mejor prevención incluso en el tema pendiente de las conductas suicidas.

Debemos seguir cuidando la comunicación con la sociedad, la forma de dar noticias relacionadas con la enfermedad mental y sus consecuencias, seguir esa campaña que, parece mentira en nuestro s. XXI, desestigmatice a las personas que la padecen y que tienen que precisar de la ayuda del psiquiatra y de su familia, la otra protagonista de la salud mental, a veces olvidada, otras ignorada y que supone uno de los pilares, quizás el más fuerte cuando funciona adecuadamente. Es por ello que debemos tratar de ejercer la excelencia también en el trato y la comunicación con las familias, y no olvidarnos de que estamos todos en el mismo «equipo».

También hemos de ser mejores conocedores de los aspectos legales relacionados con el ejercicio de nuestra profesión, recordad que somos y vamos a seguir siendo muy solicitados por el mundo de la justicia, y es de esperar que no tengamos que vernos en el banquillo de los acusados por mala praxis, así que habrá que adquirir más conocimientos en esta materia.

Son tantos los temas y retos que es necesario reforzar nuestra unidad, nuestra asociación, y para ello os invito a todos a ser más participativos, a que nuestro próximo encuentro en Barcelona resulte lo más fructífero posible. Os recuerdo que está «abierta la veda» para enviarnos vuestras sugerencias de cara a que el Congreso muestre una asociación viva, inquieta y que hace honor a su decálogo cuyo punto 10, cito de nuevo textualmente, dice: *«La promoción continuada de la salud mental tendrá que continuar siendo el objetivo prioritario de cualquier psiquiatra en particular, y de ASEPP como asociación comprometida en el día a día de nuestra sociedad».*

No quiero despedirme sin daros las gracias a todos por vuestro apoyo y comprensión, a nuestra junta y a los miembros que la componemos, y que hemos podido comprobar en cada una de las asambleas realizadas hasta la fecha. Deseo, asimismo, transmitir que ha sido un honor pertenecer a este grupo de magníficos profesionales y mejores personas, y representar siempre que me ha sido posible a este colectivo al que también me honro en pertenecer que ejerce su trabajo día a día y paciente a paciente, complementando la asistencia llamada «pública» con la que, hoy por hoy, estamos condenados a entendernos, pero esta... esta es otra historia.

**Fernando Sopeséns Serrano**  
Vocal de la ASEPP  
Comisión de Psiquiatría Legal

# La depresión



**Dr. Josep Ramon Domènech**

**La depresión, el trastorno depresivo como denominamos en términos médicos, es una enfermedad muy frecuente y altamente discapacitante que comporta un gran malestar tanto al paciente como a su entorno, interviniendo para ello al menos dos tipos de factores: intrínsecos (propios del mismo trastorno) y extrínsecos o externos al mismo (donde citamos entre otros: las dificultades a reconocer uno mismo la enfermedad, el poco conocimiento ajeno del mismo y, por suerte cada vez menos importante, la marginación voluntaria (aún continúan asustando las enfermedades de la mente) o involuntaria (como no sabemos cómo actuar nos alejamos de estos pacientes) de los que padecen una depresión.**

En términos estadísticos, la depresión afecta en el mundo a más de 350 millones de personas. Entre un 10% y un 15% de la población la padecerá a lo largo de su vida. En Europa representa más del 7% de mortalidad prematura.

Afecta por igual en todos los países y en todos los continentes. Por desgracia, en los más subdesarrollados y pobres priorizan otras necesidades vitales a su tratamiento y podemos encontrarnos monstruosidades brutales dejativas. Es una enfermedad infradiag-

nosticada, infratratada y con unas tasas muy altas de incumplimiento y abandono de su tratamiento. Todo ello podría traducirse en que los recursos adecuados solo lleguen a un 30% de quien la padece. Por el contrario, la OMS pone en evidencia que el tratamiento de la depresión además es rentable económicamente, por cada euro que se invierte en el tratamiento de la depresión se recuperan 4.

El tiempo desde que aparecen los primeros síntomas de una depresión y el momento en que

se solicita ayuda profesional especializada es demasiado largo. Esto se produce por las propias dificultades del sistema sanitario, pero sobre todo por el aplazamiento de concienciación por parte del afectado. Siempre he comentado a mis pacientes que es mucho más fácil desnudarse físicamente que mentalmente, ya que lo que afecta a nuestra forma de pensar solo lo conocemos nosotros mismos, y nuestras preocupaciones y temores nos hacen totalmente cautivos de ellos.

La psiquiatría no es una ciencia esotérica que se nutre de elucubraciones, sino que es una especialidad médica. Se necesitan seis cursos de medicina para obtener la licenciatura y cuatro más de la especialidad de psiquiatría para poder ser psiquiatra, y luego muchos más de experiencia para poder ejercer la profesión que se quiere. A diferencia de otras especialidades, en la psiquiatría la vocación es un factor inherente.

Para explicar por qué se produce o cuándo aparece una depresión tenemos una teoría ampliamente aceptada: la teoría biopsicosocial. Esta teoría hace referencia a que la aparición de una enfermedad psíquica viene delimitada por tres tipos de factores que interactúan entre ellos. El factor biológico hace referencia a las características innatas de la persona, a su estado general de salud, a su historia familiar, a sus genes y a su neuroquímica. El factor psicológico viene dado por la historia personal de cada uno, diferentes sucesos vitales pueden provocar en el futuro una facilitación en su aparición. Como factor social podemos definir todo aquello que pasa a nuestro alrededor en un momento determinado: nuestra situación laboral, económica, familiar, amigos, aficiones, etc. y que según hacia qué lado de la balanza se inclinan favorecen o perturban nuestro bienestar.

Siguiendo esta teoría etiológica/explicativa biopsicosocial, a la hora de plantearnos cómo hemos de encarar el tratamiento de un episodio depresivo, deberemos tener en cuenta estos 3 factores y la intensidad específica de cada uno de ellos. De forma general, el tratamiento más habitual suele contemplar una mezcla de fármacos y un abordaje psicosocial de la situación personal y social del paciente.

Recogiendo el testimonio de la

entrevista al Dr. Gibert en la sección Psiquianálisis de este mismo número, me adhiero a su valoración de que «Sólo con psicofármacos no solucionamos los trastornos mentales y que los antidepresivos son eficaces en las depresiones medias y severas, muy poco en las leves y nada en las personas tristes puntualmente». Es por ello que los psiquiatras somos mucho más que prescriptores de fármacos. Forma parte de nuestro cometido asesorar psicológicamente a abordar situaciones complejas a nuestros pacientes y tener conocimientos en recursos sociales.

Nuestras recomendaciones esenciales a la hora de establecer un tratamiento global para los pacientes con trastorno depresivo se basan en tres apartados.

*Biológicamente*, valorar su salud general y realizar alguna analítica o prueba complementaria para descartar patología orgánica concomitante; farmacológicamente, escoger el antidepresivo más apropiado para aquel paciente y su situación concreta, no todos los antidepresivos son iguales en sus propiedades ni adecuados a las características intrínsecas del paciente y de «su» depresión. Asesorar sobre una nutrición adecuada dadas sus particularidades personales.

*Psicológicamente*, realizar un abordaje cognitivo, conductual o analítico (llevado a cabo por nosotros mismos o por algún psicólogo con el que tengamos un trato de confianza y fluidez) y en el que esencialmente se enseñe a sustituir el típico **no**, del no puedo, no me apetece, no seré capaz, no sirve de nada, por el adverbio afirmativo **sí**. Un sí gradual, positivo, esperanzador y que muestra luz al agujero negro de la depresión. Un sí a la vida y un sí a nosotros mismos que somos los protagonistas principales de nuestra historia vital. Evidenciar que entre el blanco y el negro hay una

amplia gama de colores y tonalidades con las que poder «vestirnos». Descubrir el porqué del entramado de sus pensamientos y actuaciones, y mostrar opciones distintas a las ejecutadas hasta el momento.

Indicar a los pacientes que se centren en el día a día, ni el futuro ni el pasado están en nuestras manos. Proponer pequeños objetivos diarios, cualquier objetivo cumplido, en comparación con el cero absoluto de algunas depresiones, implica un cambio en la tendencia y una mejoría exponencial. Plantear la realización de ejercicio físico que también aporta nutrición neuroquímica. Retomar el contacto con los demás para evitar el aislamiento y la creencia de que peor imposible. Realizar actividades incompatibles con el pensamiento negativo apabullante de la depresión: relajación, música, pintura.

*Socialmente*, dar a conocer los recursos a su alcance que ayuden a soslayar sus dificultades diarias. Enseñar que es más rentable y satisfactorio ir a buscar algo que esperar que se acerque a ti o que se transforme milagrosamente. Recordar que siempre existen diferentes trenes en los que montarnos para realizar nuestro gran viaje.

Con todas estas actuaciones complementarias, y que son la norma del proceder habitual en las consultas privadas de psiquiatría, incrementamos notablemente las posibilidades de recuperación del paciente. De verdad, los psiquiatras españoles tenemos una excelente formación y somos capaces de tratar de forma adecuada estos trastornos y devolver la capacidad vital y la confianza en sí mismos a este gran número de personas atrapadas por las consecuencias devastadoras de un episodio depresivo. Dense una oportunidad y denos la posibilidad de ayudarles a recuperar su bienestar emocional. ■



### Rollos patateros

A mí, es mi caso, y en particular es lo que me pasa o para matizarlo más y mejor...; me ha pasado.

Soy etiquetado de esquizofrénico en mi entorno más cercano y de lejos mucha gente me señala con esta enfermedad. Mi evolución después de veinticinco años desde el primer brote hasta hace doce y medio, cuando padecí la última crisis aguda en forma de otro brote, de momento es para iniciar y comenzar a echar campanas al vuelo, aunque soy cabal y sé que en caso de dejarme los antipsicóticos, en un plazo de entre seis meses y un año tendré un ataque.

Como enfermo mental interesado en la lectura de libros y artículos sobre la esquizofrenia, es posible que sea el primer individuo profano quien acuñe esta nueva idea, la cual es mía me parece, pues hasta la fecha soy el autor de ella. La idea en cuestión es: “la amnesia de los delirios entre brote y brote”, pues tengo cierta afición a la escritura creativa.

¿Por qué nos vienen los brotes?, de ello existen varias causas y quien desee conocerlas de manera aproximada puede documentarse en el tratado de Kaplan y Sadock de psiquiatría, el cual desde la primera edición debe de ir por la séptima, pues cada dos y cinco años sale una nueva edición, menos obsoleta desde los años setenta u ochenta del pasado siglo y cada nueva edición esta concienzudamente revisada y actualizada con la incorporación de las últimas investigaciones y descubrimientos científicos en el ámbito de esta ciencia médica del cerebro.

Hace unos veinte años, cuando leí este tratado en su segunda edición en dos tomos, al acabarlo me dije: “ahora sí que no tengo ni idea de psiquiatría”, con los meses posteriores y años asimilé parte de esos seis meses a base de cada día leer cincuenta hojas de aquellas dos mil.

“Amnesia de los delirios entre brote y brote”, pues esta idea es la que psicólogos, terapeutas y psiquiatras deberían insistir en los pacientes en los periodos de normalidad y sobre todo en sus brotes para identificarlos cada paciente.

Aquellos, quienes se hayan autoconciado del excelente bloqueo de las psicosis gracias entre otras cosas a la medicación depot o en forma de pastillas o comprimidos para evitar la aparición de nuevos periodos de crisis. Si cuando un paciente no tiene crisis recordara el estado de estrés y delirio, en cierta forma placer vital de la no realidad, lo cual suelen ser los delirios, probablemente se daría cuenta a tiempo de la censura de estos pensamientos irreales y de momento cada amenaza de recaída, lo cual para él es, de normal existe esta amnesia en todos los pacientes de manera que cuando vuelven a aparecer los delirios son porque no los recordaba en parte, y cada nueva crisis, el pronóstico de calidad de salud mental es cada nuevo brote menor. Si terapeutas, psiquiatras y psicólogos se interesaran más por estos delirios únicos en cada paciente, podrían enseñar al conjunto de esquizofrénicos a identificarlos, porque de hecho, por lo menos en mi caso, hasta los treinta años, cuando sufrí el último brote existía esta especie de amnesia y por extensión es posible que en el resto de esquizofrénicos también exista. Todos los brotes son ni más ni menos rollos patateros parecidos en cada persona enferma.

## Antes de tomar la Primera Comunión

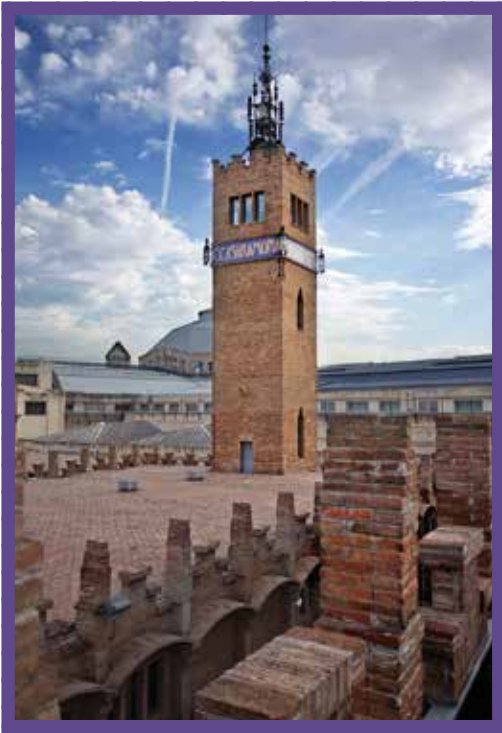
Ante todo decir que me ha censurado, según mi criterio, un artículo para esta sección mi psiquiatra privado, pues me ha dicho como excusa que era demasiado extenso, aunque en realidad su última frase no era para nada del agrado de este profesional, quien me trata desde hace once años, se lo perdono; ahora sí..., a escribir sobre lo parásito, lo cual me siento y la idea equivocada de estigma, la cual me acompañará hasta la muerte y aún después.

Delincuentes, vagos, enfermos mentales graves e incapacitados físicos somos parásitos en esta y todas las sociedades existentes, a pesar nuestro, pues no somos para nada culpables de este penoso delito, además de ser del todo improductivos, generamos únicamente gasto al sistema o sociedad, en el cual ejercemos estas demandas, a los que con el pretexto de las leyes existentes exigimos nuestros preciados derechos, de manera incluso abusiva, el crimen lo ejercen quienes en estas características no hacen más sino quejarse, salvo unos pocos, nadie desea salir de este círculo vicioso, en el cual a cambio de ejercer su parasitismo, jamás en la vida desea salir de él, salvo una ínfima minoría, en la cual me incluyo, para ponerme a trabajar, pagar impuestos como el resto de los no parásitos y ser menos desgraciado...; a ser posible. El objetivo es ambicioso, porque después de más de veinte años, con la pensión no contributiva, la cual me da para poco, hacer ese cambio revolucionario en mi ser y en mi persona supone un esfuerzo de titanes, en esta ambición llevo ya unos casi ocho años pensando y ejerciendo mis dotes de trabajo artístico, por lo tanto inútil, como diría Oscar Wilde, a ver si en cosa de unos cuatro o cinco años más, salgo de este tiovivo de la dependencia casi total.

El estigma en el cual estoy clasificado por ser este tipo de parásito chupador del sistema es un problema, pues me muevo dentro de un mundo de gente ignorante, tonta y llena de prejuicios, o sea la *people*, no culpable, pues esta culpa suprema, es a causa de su indómita ignorancia, imaginación susceptible de creencias dispares u falsas y traicioneras..., etcétera; ante todo falta de sensibilidad para con sus semejantes, fruto estos tres símiles, de la oscuridad, en la cual viven tantos hijos de Adán y Eva, padres estos, a los cuales hay que tomar como epítetos figurados y no al pie de la letra.

En mi tumba espero poder poner en la lápida, en caso de que consiga salir de este estado de mi vida de parásito, con mi nombre en cursiva, una esquela sobre la muerte de risa, con un chiste sobre el destino de todos inmortal y con fecha de caducidad, pues todavía así, seguiré apestando a tifus, cólera, peste bucólica o incapacidad mental, por muy *light*, lo cual suene esta clasificación reciente, donde estoy incluido por ser un enfermo con esquizofrenia desorganizada o indiferenciada. He de tener fe en mí, pues en la sociedad y en los Mesías la perdí antes, incluso, de tomar la Primera Comunión.





# X CONGRESO NACIONAL DE LA Asociación Española de PSIQUIATRÍA PRIVADA

## Barcelona



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

**2017**  
25-27 MAYO



**asepp**  
Asociación Española de Psiquiatría Privada

# Clínica Bellavista de Lleida: Integración de la iniciativa privada y el rigor universitario



Dra. E. Guimerà Querol

Esta es la interesante historia de cómo la iniciativa privada, el tesón, la búsqueda de la excelencia, la buena gestión y el trabajo continuado de una persona y de toda su familia llevó a la creación, ejecución y evolución de un proyecto único en el que se unen la buena praxis clínica, el rigor universitario y el emprendimiento.



El Dr. J.R. Pigem Palmés y la Dra. E. Guimerà Querol en la Clínica Bellavista el 31 de agosto de 2016.

## DATOS BIOGRÁFICOS DEL DR. RAMON PIGEM SERRA

- Nació en Viloví d'Onyar (Girona) y murió con 73 años en Lleida, el 14 de septiembre de 1997
- Titulado en gerencia hospitalaria
- Jefe del Servicio Psiquiatría de la Cruz Roja
- Psiquiatra del Estado por oposición
- Psiquiatra de la Seguridad Social Andorrana desde 1967
- Profesor de la Escuela de Enfermería
- Doctor en Medicina. Titulado en Psiquiatría, Psicología y Neurología
- Fundador de la Clínica Psiquiátrica Bellavista en 1953 y director hasta 1983
- Fundador-Director del Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial de Lleida (1968-1983)
- Jefe provincial PANAP (Valoración minusvalías, Ministerio de Sanidad)
- Jefe provincial SEREM (Valoración minusvalías psíquicas)
- Profesor asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Lleida
- Fundador del Club de Tenis de Lleida
- Fundador del Club Nàutic de Salou
- Fundador del Real Automóvil Club de Lleida

Era el año 1933, el Patronato de la Universidad de Barcelona instituyó en la Facultad de Medicina la Cátedra de psiquiatría. Fue la primera cátedra de psiquiatría que existió en España y simbolizaba la madurez de esta especialidad. De ella se hizo cargo Emilio Mila i López. Desgraciadamente, el estallido de la Guerra Civil truncó la labor docente y la obra iniciada por esta gran figura de la psiquiatría de nuestro país.

Fue a finales de los años 40 y en la década de los 50 cuando se produjo un fenómeno fundamental que modificaría el panorama psiquiátrico estatal: la creación de las cátedras de psiquiatría en todas las facultades de medicina españolas.

En 1950 fue nombrado Ramon Sarró Burbano catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, ubicada en el Hospital Clínic de la ciudad. En este hospital existían (v. artículo publicado en esta revista en abril de 2014) varias clínicas médicas, una de las más notables la dirigía Agustí Pedro i

Pons, que contaba con dispensarios de neurología, de psiquiatría y también de medicina psicosomática. Sarró creó poco después en la cátedra que él dirigía el Dispensario de Psiquiatría, que fue dirigido por su adjunto Josep M.<sup>a</sup> Pigem Serra. Dicho dispensario, con el paso de los años, aglutinó y reunificó todos los diferentes dispensarios de asistencia psiquiátrica del hospital.

Por aquel entonces, el hermano menor de Josep M.<sup>a</sup>, **Ramon Pigem Serra**, fundaba en la ciudad de Lleida una clínica psiquiátrica que abarcó no solo una importante actividad asistencial, sino también una función docente como Escuela Profesional de Psiquiatría integrada en la ya mencionada Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona.

Fue en el Hospital Clínic de Barcelona, en el Hospital Psiquiátrico de Salt en Girona y en la Clínica Bellavista de Lleida donde la Universidad formó a sus especialistas en psiquiatría en la época pre-MIR.

Queremos contar esta historia.

**Dr. Ramon Pigem Serra  
(Viloví d'Onyar 1924-Lleida 1997),  
figura emblemática**

Lleida rindió homenaje a su ilustre psiquiatra, fundador de la Clínica Bellavista, y así lo recogieron todos los periódicos de la ciudad tras su fallecimiento en 1997.



Nota necrológica del diario *La Mañana* de Lleida, 15 de septiembre de 1997.

**DR. RAMÓN PIGEM SERRA**

Ramón Pigem, segundo —cronológicamente— de una saga de psiquiatras prestigiosos, moría en Lleida el 14 de septiembre del pasado 1997, tras una larga enfermedad a la que él se impuso durante largo tiempo, manteniendo su actividad profesional hasta pocos días antes de su óbito.

Su vocación psiquiátrica era ya firme durante el período de licenciatura: fue alumno interno del Dispensario de Psiquiatría adscrito a la Cátedra de Patología General, en una época en que la Facultad de Medicina de Barcelona carecía de cátedra de Psiquiatría, y residente en el Instituto Mental de la Santa Cruz. En ambas instituciones completó su formación una vez terminada la carrera, en 1949.

Se estableció en Lleida en los años cincuenta, organizando como Jefe Provincial del PANAP y médico de aquella Diputación, la psiquiatría provincial hasta entonces inexistente. Creó su propia clínica al mismo tiempo que conseguía que el Hospital Provincial se abriera a los pacientes psiquiátricos agudos.

Bajo su tutela se formaron numerosos especialistas adscritos a la Escuela Profesional de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, que delegaba en él la supervisión de su formación práctica. Cuando la Universidad de Barcelona creó la Extensión Universitaria de Lleida, Ramón Pigem asumió la enseñanza de la asignatura de Psiquiatría en aquella incipiente Facultad de Medicina.

Ramón Pigem fue un clínico perspicaz, un excelente comunicador de sus conocimientos y un notable organizador de la función asistencial. Su simpatía y la afabilidad de su trato eran los rasgos más característicos de su personalidad.

Nota necrológica de la Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Vol. 25 N.º 1, enero-febrero de 1998.

**ENTREVISTA AL DR. JOSEP RAMON PIGEM PALMÉS**

Dra. Guimerà:

- **Dr. Pigem, su padre fundó la Clínica Bellavista en 1954...**

Dr. Pigem:

- Sí, entre 1953 y 1954.

- **¿Cómo surgió la idea?**

- Mi padre era de una familia de psiquiatras. Eran 2 hermanos: su hermano Josep M.<sup>a</sup> estaba en el Hospital Clínic de Barcelona, mi padre era el hermano pequeño. Estaba trabajando en el Institut Mental de la Santa Creu. También estaba allí el recientemente fallecido Dr. González Monclús, que era más joven. Mi padre era su jefe y amigo de toda la vida.

El Institut Mental de Sant Andreu i de la Santa Creu era un antiguo y gran hospital construido a finales del s. xx y ubicado en el barrio de Horta de Barcelona, y que fue definitivamente demolido a finales de los años 80 en la expansión constructiva de la ciudad.

Estando mi padre trabajando en dicho hospital se detectó que había una carencia asistencial muy importante en las Terres de Ponent, que es como denominamos en Cataluña a la zona que corresponde aproximadamente a la provincia de Lleida y una pequeña franja de Aragón. No existía absolutamente nada a nivel público. Mi padre comenzó a visitar aquí en la ciudad y al final decidió instalarse. Empezó con un pequeño consultorio y pasaba visita. Accedió también a algún cargo de la psiquiatría pública que en aquella época estaba a cargo de las diputaciones.

Se prometió con mi madre; mi madre es de aquí (concretamente de Mollerussa), y decidieron tirar adelante el proyecto de construir una clínica. En un principio la financió mi abuela, la madre de mi madre...



Josep Ramon Pigem Palmés. Clínica Bellavista. Lleida, a 31 de agosto de 2016.

**- Eso iba a preguntar: ¿de qué medios disponían? porque, ¡para montar una clínica...!**

- Bien, mi madre era hija de un notario, a su padre –mi abuelo– lo fusilaron en el 36, en la Guerra Civil. Disponían de bienes y fincas, eran una familia acomodada. Cuando mis padres se casaron, entre todos colaboraron en la construcción de la clínica, como un regalo de bodas. La pusieron en marcha al principio con muy pocas camas, creo que eran 20 o 25, y trabajaban todos aquí: mi abuela, mi padre, mi madre... de hecho vivían aquí mismo. Yo nací aquí en la clínica, concretamente en lo que ahora es la sala de TEC. Los 2 hermanos mayores (somos 4) nacimos aquí. Después la clínica fue creciendo y la familia se trasladó...

**- En este proceso de crecimiento y ampliación ¿recibieron algún tipo de ayuda: del Ayuntamiento, de Sanidad, del Estado...?**

- Nada, nada...

**- ¿Me está diciendo que en realidad todo comenzó con el matrimonio entre un psiquiatra y una señora con un buen patrimonio, que decidieron crear una institución para la asistencia y el tratamiento de los enfermos psiquiátricos en un lugar de Cataluña prácticamente desatendido?**

- Sí, sí, así fue. Vendieron unas propiedades y con ello construyeron el edificio. Sé también por documentos que he encontrado que en un principio realizaron una hipoteca de 30.000 pts de la época.

**- Realmente el padre, además de ser psiquiatra, tenía que ser también un hombre de empresa, un emprendedor, y también la madre. De hecho,**

**creo que hace falta un cierto espíritu de aventura para tirar adelante un proyecto de esta índole.**

- Sí, así es. Además, en un principio no solo era el propio edificio de la clínica, sino que abrieron también varios consultorios por la provincia, pues aquí la orografía es muy complicada. Tenían un despacho en Tàrrega, otro en Barbastro y otro en Andorra. Iban a pasar visita a uno u otro según el día de la semana.

**- ¿Su padre trabajó en Andorra?**

- Mi padre fue psiquiatra oficial de Andorra durante 30 años. Tenía montado un despacho en un piso que había alquilado y visitaba allí. También atendía lo que era la psiquiatría de la Seguridad Social andorrana. Después, cuando se creó el Hospital General de Nostra Senyora de Meritxell, le concedieron un despacho en el propio hospital, pero eso fue cuando se creó el SAAS.

**- ¿Qué es el SAAS?**

- El Servei Andorrà d'Assistència Sanitària (SAAS). Se creó el año 1986 como una entidad parapública, con personalidad jurídica propia y autonomía financiera. Asume la gestión y administración de todos los recursos públicos (humanos, materiales y financieros) dedicados a la atención sanitaria.

La Seguridad Social andorrana funcionaba (y funciona) de la siguiente manera: tú tienes un despacho, tus propios enfermos y los que te envían ellos. Había unos precios establecidos y de lo que ganabas, un porcentaje se lo quedaba la Seguridad Social.

**- ¿Era una plaza de neuropsiquiatría?**

- Sí, la especialidad era doble y en Andorra podías

ejercer con una titulación española o francesa, y aún ahora sigue siendo así.

**- Tengo entendido también que la clínica funcionó como Escuela Profesional de Psiquiatría.**

- Sí, dependía de la Escuela Profesional de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona, donde yo realicé la especialidad.

Antes del sistema MIR, las especializaciones se realizaban por escuela profesional. Eran 2 o 3 años. Las clases teóricas se realizaban en el Hospital Clínic y este tenía concertado con diversos centros (aquí en Lleida la Clínica Bellavista) la realización de las prácticas. Había gente que estaba trabajando aquí, el equivalente actual de médico residente, y los exámenes, las sesiones clínicas y las clases teóricas las realizaban en Barcelona. Calculo que aquí obtuvieron la especialidad unos 20 o 25 médicos. Las escuelas profesionales formaban especialistas provenientes de cualquier facultad del Estado. Las prácticas, como comentaba, se realizaban aquí o también se podían realizar en el Hospital Psiquiátrico de Salt en Girona... recuerdo una foto de una cena con compañeros de cuando yo hice la especialidad en la que estoy al lado de Ramon Martínez Villamarín, que es de Vigo y vino a hacer la especialidad, en su caso las prácticas, que las realizó en el psiquiátrico de Salt. Estaban también en esta foto Josep M.<sup>a</sup> Farré Martí, Manolo Valdés, Miquel Bernardo, Miquel Roca...

En la actualidad tenemos un convenio con la Universidad de Lleida (con las facultades de Psicología y de Enfermería) y con las escuelas profesionales de auxiliares de clínica y de terapeutas para realizar las prácticas en nuestro centro.

**- ¿Cómo ha ido evolucionando la clínica desde su fundación hasta el momento actual?**

- Como decíamos, la clínica se inició con unas 25 camas y como residencia familiar nuestra. Con el paso del tiempo la familia se trasladó y donde habían esas dependencias se instaló una orden religiosa: la Orden de Sant Josep (Les Josefines). Son monjas hospitalarias que tenían la Clínica de Sant Josep de Barcelona (donde estaba el urólogo Gil Vernet) y que todavía regentan muchos centros de geriatría y atienden muchos hospitales en Girona.

Aquí tuvieron su clausura, estaban contratadas por la Clínica y eran unas 7 u 8 monjas enfermeras que ejercían esta función y otras trabajaban en la organización del centro. El personal auxiliar estaba bajo su dirección. Estuvieron muchos años.

Poco a poco la clínica fue creciendo, aumentó el número de camas y cuando yo acabé la especialidad, aquí en la clínica estaban mi padre y otros psiquiatras

que se habían formado en ella, se habían instalado en la ciudad y se habían quedado ejerciendo en la clínica. Con el paso de los años, cuando mi padre tenía más de 60, decidí seguir su actividad profesional en Andorra y se jubiló como profesor de la Universidad de Lleida, de la Seguridad Social y de director del Hospital Psiquiátrico de Santa María. Fue a finales de los 80 cuando pasé a dirigir, transformar y modernizar la clínica. Se construyó una nueva enfermería (las religiosas ya se habían marchado en parte por la falta de nuevas vocaciones), una nueva infraestructura y un nuevo modelo de organización y dirección...

**- Esto significa una gran cantidad de trabajo y conocimientos de gestión empresarial, lo cual implica tener formación en este terreno o rodearse de técnicos competentes y de confianza.**

- Me formé yo. Hice un Máster de Gerencia Hospitalaria en el Hospital Clínic... Me dediqué plenamente, renuncié a la dirección del Psiquiátrico de Santa María y pedí la excedencia de mi plaza de Neuropsiquiatra de la Seguridad Social. De hecho, gané esta plaza en la última convocatoria que se realizó en el país. A partir de ese momento se separó la formación de psiquiatras de la de neurólogos y desaparecieron las plazas de neuropsiquiatría en el sistema de la Seguridad Social española.

Decidí dedicarme de pleno a la clínica. Realicé una ampliación a 60 camas y posteriormente a 80.

**- Y el origen de los pacientes: ¿de dónde venían? ¿por qué vías llegaban y continúan llegando?**

- Los pacientes vienen fundamentalmente de las consultas de los psiquiatras que estamos aquí, de otros psiquiatras que ejercen en sus consultas privadas y que nos conocen y depositan su confianza, de mutuas que nos han ido solicitando un convenio para los colectivos de funcionarios que ellas atienden (como profesores y militares), de la Seguridad Social andorrana: la clínica es centro de referencia para ingreso de media y larga estancia de la Seguridad Social andorrana, etc.

Durante todos estos años hemos ido realizando y cerrando diversos contratos. Ahora, por ejemplo, tenemos bastantes pacientes de Alemania, nos los envía una fundación muy potente de ese país para la cual en una ocasión, hace unos 10 años, atendimos a un paciente que realizó un brote psicótico aquí en España. Desde entonces no hemos dejado de colaborar.

**IMPRESIÓN FINAL**

Todo comenzó con una pequeña clínica, familiar en un principio, regentada por religiosas después y que final-

mente creció y se profesionalizó. En el momento actual cuenta con más de 80 camas y una importante rotación de personal en formación y personal fijo, algunos de ellos hijos o hijas de gente que ya había trabajado allí.

Al poco de realizar esta entrevista, la clínica inició una nueva andadura, ya que ha sido adquirida por una importante empresa sanitaria instaurada en otras ciudades del territorio español.

Hemos querido contar esta interesante historia porque el modelo que se ha seguido en la génesis y evolución de esta clínica aúna la iniciativa privada y el rigor y la calidad académica, emblemas de nuestra Asociación.

## FUNDACIÓN DE TERAPÉUTICA RACIONAL: ARTE PARA PACIENTES

### - El Dr. Ramon Pigem nos cuenta qué es y cómo se generó este proyecto personal de expresión en artes plásticas.

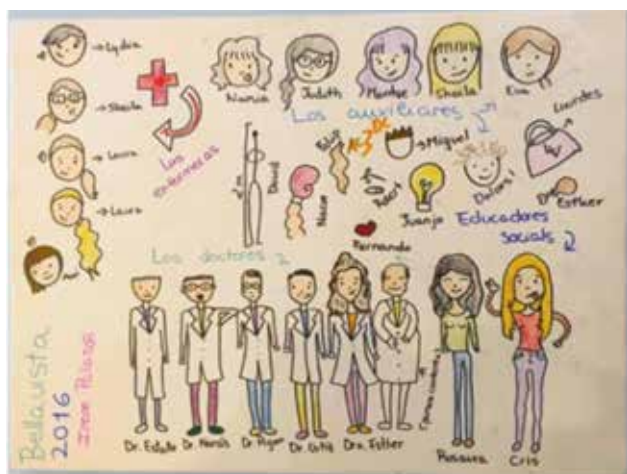
- Montamos una Fundación de Arte.

Desde hace años traemos pintores profesionales que son enfermos. Interactúan entre ellos y se enriquecen mutuamente. Vienen y enseñan a los pacientes las técnicas adecuadas para poder plasmar sus vivencias.

Esta fundación tiene unos 15 años. Somos los que realizamos todas las exposiciones en los congresos de psiquiatría del país.

### - ¿Surgió la idea a raíz de alguna actividad ocupacional de los pacientes o porque hay algún artista en la familia?

- No, no hay ningún artista.



Simpático dibujo del personal asistencial hecho por un paciente ingresado.

Era una antigua idea mía que se inspiró durante mis años de especialización en el Clínic, ya que tanto el Dr. Obiols como el Dr. Sarró ya venían realizando talleres de pintura con sus pacientes.

Nos sentimos muy satisfechos. Estamos muy contentos, ya que exponemos a lo largo del año en ayuntamientos, acontecimientos culturales y salas de exposición, además de nuestra aportación a los congresos nacionales de psiquiatría.

### Lecturas recomendadas

Bernardo M, Casas R. *Història de la Psiquiatria a Catalunya*. Edicions Universitat de Barcelona, 1983.

Castilla del Pino C. *Historia crítica de la Psiquiatría del siglo XX. Una mirada biográfica*. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2007;XXVII(99):105-18.

*Revista de Psiquiatría* de la Facultad de Medicina de Barcelona. Vol.25, n.º 1. Enero-Febrero 1998.

### Enlaces de interés

<http://www.clinicabellavista.com/>

<http://www.segre.com/es/detalle-de-la-noticia/articulo/la-gestora-de-lhospital-nadal-meroles-adquireix-la-clinica-bellavista/>

<http://www.paeria.cat/cat/ajuntament/noticies.asp?Detall=true&IdNoticia=1886>

<http://www.expansion.com/catalunya/2016/05/03/57286296468aeb995f8b45cd.html>

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-5735200700010001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-5735200700010001)

[http://www.ub.edu/medicina/queoferim/es/index/presentacio\\_historia.htm](http://www.ub.edu/medicina/queoferim/es/index/presentacio_historia.htm)

### Agradecimiento

Mi más profundo agradecimiento al Dr. Josep Ramon Pigem Palmés, quien ha puesto a mi disposición su tiempo, paciencia y valiosos conocimientos y vivencias. Sin su colaboración y ayuda nunca hubiera podido escribir este artículo. ■

# Estocolmo

Dr. José Antonio López Rodríguez

Bueno tía prepárate, nos vamos. ¿Dónde? Pues mira, a Estocolmo. Ya te veo la cara, haces gesto de sorpresa, ¿por qué a Estocolmo? Pues verás, estamos en otoño, que es mi estación favorita, y he pensado que me gustaría ir a una ciudad donde pudiera apreciar esta estación.

Pensándolo, decidí Estocolmo, a pesar de que ya había estado antes, porque creí que podría ser una ciudad donde se podría apreciar bien el otoño, pues es una ciudad envuelta en la naturaleza.

Pero, como siempre, antes de contarte lo que he visto en Estocolmo te voy a hablar de su historia, pues ya sabes que para conocer bien un pueblo hay que conocer su historia.

La palabra «Suecia» procede de un vocablo antiguo inglés que significa «pueblo de siones», es el nombre de la tribu germánica que habitaba en el sur de Suecia y le dio nombre a todo el país.

Los primeros asentamientos datan de 12 mil años atrás y, como siempre, eran pueblos cazadores recolectores que se asientan en esta parte de Europa y forman la primera cultura en Suecia.

Es hacia el año 1800 a.C. cuando un pueblo germánico (siones) perteneciente a los pueblos indoeuropeos que colonizaron toda Europa se asienta definitivamente en el sur de Suecia e impone su cultura al resto del país.

Permíteme, tía, que te cuente alguna historia referente a estos pueblos indoeuropeos. Procedían del norte de Europa y las diferentes tribus fueron bajando para asentarse en los todos los países que forman la

actual Europa. Son tribus diferentes, pero emparentadas entre ellas de tal forma que, aunque a algunos no les guste, todos procedemos de estas tribus originales. Fíjate que curioso que el pueblo con el que tenemos una mayor similitud genética los españoles son los suecos, ¿curioso verdad?, fíjate lo que hace el clima y la alimentación en el desarrollo de los pueblos.

En el inicio de su cultura cabe destacar que nunca tuvieron dominación romana, pues el último intento de los romanos de extensión de su imperio más allá del Rin y del Elba fue abortado en el año 9 d.C. donde les derrotaron.

La época vikinga sueca abarca desde el s. vii al xii. Estos vikingos, como los de Dinamarca, eran muy viajeros y fueron a Finlandia, países bálticos, Rusia, el Mediterráneo y ciudades tan lejanas como Bagdad.

No se sabe con certeza cuándo se creó el Reino de Suecia, pero sí sabemos que en el s. xvi Suecia, Noruega y Dinamarca estaban unidas formando la Unión de Kalmar. El día 6 de junio de 1523

los suecos se separan de esta unión y nombran a Gustavo I Rey de Suecia. Se considera que este día es el de la creación del Estado sueco.

En el s. xvii Suecia emerge como potencia europea, creando un imperio sueco con la conquista de territorios de Rusia, Polonia y Lituania. El imperio solo dura 60 años. Como ocurre siempre, después de la caída de un imperio viene un periodo de empobrecimiento que solo se recupera en el s. xx con la industrialización, haciendo de Suecia uno de los países más ricos y so-





bre todo con un nivel de bienestar social posiblemente de los mejores del mundo.

Cuando pensamos en Suecia la vemos como un país con un nivel económico alto, pero sobre todo con un nivel de bienestar social muy alto. Esto fue debido a que desde principios del s. xx se instaló en el poder el partido socialdemocrático que trajo todas estas ventajas sociales.

Personalmente, cuando pienso en Suecia, me viene el recuerdo de Olof Palme con su idea de la tercera vía (no comunista ni capitalista) y que fue asesinado en el año 86 de una forma muy misteriosa.

Asimismo, me recuerda a mi juventud, a las películas de Bergman con las que nos iniciaban en el «cine intelectual».

Por lo que se refiere a Estocolmo, tienes que saber que no aparece mencionada hasta 1252. La ciudad se reducía entonces a la pequeña isla de Gamla Stan. Fue fundada por Roger Jarl con el objetivo de proteger a Suecia de las invasiones de las tropas extranjeras.

No es hasta finales de 1419 que Estocolmo es proclamada capital de Suecia. En 1521 Gustavo Vasa hace su entrada en la capital y comienza una nueva era para Suecia y Estocolmo.

En el s. xvii es ya una gran ciudad europea. En la segunda parte del s. xix va creciendo de forma significativa debido a la creación de industrias y a la inmigración, y es en el s. xx cuando se crea la ciudad actual, con calles más anchas y la rehabilitación de los edificios antiguos que son los que vemos hoy día cuando llegamos a la ciudad.

Pero, ¿qué es lo que vi? Nada más salir del aeropuerto me di cuenta de mi acierto. El trayecto entre el aeropuerto y Estocolmo era un homenaje al otoño. Un mosaico de colores otoñales. Los 20 minutos que se tardan transcurrieron muy rápido. Fue un preámbulo maravilloso para entrar en Estocolmo.

Cuando entras en la ciudad tienes esa sensación de orden, limpieza, tranquilidad y bienestar que ya percibí desde la primera vez. Los 1,3 millones de habitantes tienen un nivel económico muy alto y viven de cara a la naturaleza. Estos dos factores condicionan su carácter, afabilidad y la poca agresividad que se observa en la vida cotidiana.

Estocolmo es un conjunto de islas unidas por puentes y que están abiertas al mar. Debido a esto, es una de las llamadas Venecias del Norte (como Amsterdam y San Petersburgo).

La primera visita obligada es el Barrio de Gamla Stan. Es la isla original de Estocolmo. Está unida por varios puentes. El central atraviesa una puerta preciosa que te introduce en el barrio medieval. Es un mundo de edificios antiguos, tiendas, restaurantes, cafés, etc., que son el objetivo central de todos los turistas. Su plaza principal es preciosa si hay suerte y no está abarrotada. En este barrio se encuentran la Catedral y el Palacio Real.

**«Los 1,3 millones de habitantes tienen un nivel económico muy alto y viven de cara a la naturaleza»**

Aunque tengo que reconocer que este barrio es espectacular, la afluencia de turistas y sobre todo que esté orientado exclusivamente a ellos hacen que prefiera abandonar la isla y entrar en la ciudad moderna.

Me encantó pasear por sus calles. Justo enfrente de la salida de la isla se encuentra la calle comercial de lujo de Estocolmo. Es un rosario de tiendas de primeras marcas que podrían impresionar si no fuera porque en todas las grandes ciudades del mundo son iguales: da igual estar en Estocolmo, Milán o París. En cambio, la zona peatonal de comercios menos elegantes me gustó más, son autóctonos y hay más vida.

Todas las calles acaban en una gran plaza donde hay un mercado al aire libre que me pareció más interesante, pues ofrece los productos autóctonos.



Otoño, una época con mucho encanto.



Un momento de paz al lado del fuego.

Pero mi paseo favorito es a través de Strandvagen, calle que bordea el río con múltiples restaurantes con sitios muy agradables donde tomar algo y observar el paisaje. Es lo que podríamos llamar un paseo marítimo. A lo largo de este y atravesando un pequeño puente llegamos a la isla de Djurgaden. Es mi sitio favorito. En esta isla es donde el otoño se muestra en todo su esplendor. Está el parque municipal, enorme, llenos de caminos y sendas para pasear que son el paraíso de corredores y ciclistas. Sentarse en un banco y contemplar sus colores otoñales fue uno de los placeres del viaje.

**«Estocolmo es un conjunto de islas unidas por puentes y que están abiertas al mar»**

Más turístico en esta isla es Skansen, un museo al aire libre. No me preguntes por qué, pues no lo sé, pero no le dediqué demasiado tiempo. Todos los guías turísticos lo recomendaban explícitamente y quizás esto me echó para atrás, cosas más.

También en esta isla se encuentra el museo ABBA, dedicado a un grupo musical, por otra parte, bastante vulgar. Supongo que tampoco tienen demasiados motivos para hacer museos y parece que últimamente el número de museos da categoría a las ciudades.

Como te decía el parque municipal es el paraíso de los corredores y yo no podía resistir la tentación, así que me puse las zapatillas y, como un lugareño más, me puse a correr. Ya sabes, como otras veces te he dicho, que corriendo he descubierto cosas muy interesantes. Aquí descubrí un restaurante en medio del bosque que me encantó. Era pequeño, acogedor y agradable, donde uno se podría pasar horas en una tertulia poscena y tomar algo al lado de la chimenea.

Pero bueno dejemos el hedonismo de lado y vamos a ver uno de los edificios más conocidos de Estocolmo: su Ayuntamiento.

Me preguntarás qué tiene de especial el Ayuntamiento de Estocolmo. Se sitúa sobre la isla de Kungsholmen y en su sala azul se celebra el banquete anual de los premios Nobel. Por esta razón es famoso, porque es el lugar donde se celebran estos premios. Fue construido en 1907 después de que el anterior fuera destruido por un incendio. Como ya te he dicho aquí se celebra el acontecimiento más relevante de Estocolmo. Es curioso que el inventor de la dinamita dejara su herencia para estos premios.

Otro lugar interesante es el museo Vasa, un lugar curioso porque es el único del mundo donde puedes ver un barco del s. XVII intacto. Este barco se flotó en 1628 y a los 10 minutos se hundió en el mar. Fue rescatado en 1961 y está tal cual se hundió.


Otro museo recomendable es el de los premios Nobel.

Pero sin duda, aparte de los museos y el Ayuntamiento, fue muy agradable pasear por las pequeñas calles con sus cafés, restaurantes, etc. y ver cómo viven los suecos.

Pero mira, cuando pienso en Estocolmo, además del premio Nobel y Olof Palme, también recuerdo a Cristina de Suecia que fue la primera mujer que reinó y que tuvo que abdicar por no querer casarse y pasar los últimos años de su vida en Roma.

Después de pasear por esta ciudad ¿qué sensaciones quedan?: un tipo de vida quizás envidiable, digo quizás porque no estoy seguro, con un nivel y calidad de vida, una cultura, solidaridad, la vida en contacto con la naturaleza que se asemeja bastante a un lugar donde uno querría vivir.

Como te digo tía es una ciudad vivible. En esto se parece a Copenhague. Hay ciudades que son preciosas para visitar pero no para vivir, por ejemplo, París, y hay otras que son vivibles. Estocolmo es de estas. Bueno, ya pensamos si nos venimos a vivir aquí... ■



Dr. Juan Gibert Rahola, Catedrático de Farmacología del Departamento de Neurociencias en la Universidad de Cádiz. Vicepresidente de ARCA

El profesor Gibert Rahola está considerado uno de los investigadores en psicofarmacología más importantes en nuestro país. Con numerosas investigaciones acerca del funcionamiento del sistema nervioso central (SNC), ha aportado luz a muchos enigmas que las enfermedades de nuestros pacientes conllevan. Para términos como: subtipos de receptores, reguladores, interacciones, ejes, circuitos, plasticidad neuronal, estudios inmunohistoquímicos, etc., su rúbrica es imprescindible.

Gran divulgador de sus conocimientos con innumerables publicaciones científicas y otras más próximas al público en general. Organizador de múltiples congresos nacionales e internacionales, miembro de múltiples sociedades científicas y con estrechos contactos en toda Europa e Hispanoamérica.

Pero, sobre todo, Juan Gibert es una persona luchadora por sus ideales por lo que más le apasiona, que es la psiquiatría y la psicofarmacología, y que sabe transmitir a los que le rodean (tanto pacientes, compañeros, amigos o contertulios) una entrañable sensación de bondad y saber.

**- La tradición médica le viene de familia, su padre quería ser psiquiatra y terminó siendo un gran cardiólogo de referencia internacional (y a pesar de una oposición inicial por parte de sus abuelos). ¿Qué le atrajo de la medicina y especialmente de la psicofarmacología?**

- Viví en un ambiente médico y desde pequeño tenía muy claro que quería estudiar medicina, ser catedrático o cocinero. He logrado mis tres ambiciones: soy catedrático de farmacología, atiendo a pacientes alcohólicos en ARCA y hasta he escrito un libro de cocina que aún no se ha publicado.

Dedicarme a la psicofarmacología se lo debo a mi

maestro, el Prof. Eduardo Cuenca que, estando ya en Cádiz, me llevó a un congreso nacional de psiquiatría en Granada donde quedé «enganchado» a la psiquiatría. Por otra parte, no debemos olvidar que el Prof. Cuenca ha sido el padre de la psicofarmacología en España y que en nuestro departamento la mayoría de las líneas de investigación se realizaban en este campo. Finalmente, me formé con el Prof. Pierre Simón en París, gran psicofarmacólogo, donde me di cuenta que para ser buen psicofarmacólogo era necesario saber clínica psiquiátrica, aspecto que me enseñó Yves Lecrubier.

**- Qué personas recuerda como más influyentes en su trayectoria profesional.**

- Primero mis padres, él médico y ella farmacéutica. En mi experiencia clínica influyeron mucho Juan Rodés y Augusto Anguita. Lógicamente, en farmacología, Eduardo Cuenca.

**- De Barcelona a Cádiz hay más de 900 km en línea recta y cerca de 1.200 por carretera. Relátenos los entresijos de este «viaje».**

- Cuando el Prof. Cuenca obtuvo la cátedra de farmacología en Cádiz me dijo si quería ir con él. Como tenía pánico a que me vieran únicamente como «el hijo de Gibert-Queraltó» (los hijos de catedráticos tenemos ventajas, pero también muchos inconvenientes si tienes algo de dignidad), no me lo pensé ni un minuto, con gran desespero de mi familia.

**- El profesor Gibert Rahola puede considerarse un viajero científico empedernido. En primer lugar, su formación en diferentes países europeos...**

- Dejando aparte estancias cortas en el Instituto Mario Negri de Milán para aprender técnicas concretas, realicé mi formación con los profesores Pierre Simón y Alain Puech en París. Aprendí teoría, práctica y, sobre todo, cómo debe pensar y comportarse un investigador. Era un departamento en el que había un ambiente increíble, tenían hasta una cocinera, por cierto excelente, y una relación de amistad entre ellos fantástica.

He tenido la suerte de viajar por motivos de trabajo por casi todo el mundo, desde Groenlandia a Suráfrica, China, Australia, casi toda América (norte, centro y sur), Oriente Medio, todos los países mediterráneos, etc. He conocido gente maravillosa y he aprendido humanidad y a ver el mundo y la vida con otros ojos.

**- Otro punto de encuentro es Hispanoamérica y especialmente Cuba...**

- Mis visitas a Cuba empezaron hace más de 25 años cuando un grupo de insignes psiquiatras y 2 farmacólogos, Eduardo Cuenca y yo, visitamos la isla y tuvimos un encuentro con los psiquiatras cubanos. Entre muchas cosas nos dijeron que carecían de material científico y acordamos llevarles varias cajas de libros. Dos meses después viajé a Cuba acompañado de mi amigo Francisco Mariscal para llevarles 20 cajas de libros y revistas. Habíamos acordado entregarlas en el Mazorra, hospital psiquiátrico de La Habana. Así lo hicimos, se los entregamos a su director, el Dr. Ordaz, persona muy especial, era anestesista pero terminó ejerciendo de psiquiatra. Tras la entrega nos obsequiaron con un concierto de habaneras y boleros interpretado por los pacientes, concierto que duró ¡3 horas!

Desde entonces me han invitado todos los años a participar en sus congresos y, debido a su situación económica, los «invitados» debíamos pagarnos el viaje, alojamiento, manutención e inscripción del congreso. Logré que me eximieran de pagar la inscripción y puse como condición que, si querían que volviera, tenían que ocu-

parse también del alojamiento. Así fue, y me han alojado siempre en el hotel Palco, que está en el complejo del Palacio de Congresos, muy lejos del centro de la ciudad y muy parecido a una residencia de estudiantes.

Desde entonces trabajo estrechamente con ellos: Cristóbal Martínez, el psiquiatra infantil que trató a Elian, el niño balseo, Pepe Pérez Millán, Sergio Llinás, Mario Carbaloso o Antonio Caballero. He codirigido varias tesis y trabajos de investigación.

**- Otra de sus virtudes envidiables es la de ser un excelente conversador. Descúbranos alguna de sus anécdotas.**

- Me encanta «enrollarme» con la gente: taxistas, mecánicos, camareros, hasta con el lucero del alba, si es necesario. Creo que puedo aprender mucho de personas que no tienen mi profesión y, como en mi vida me han ocurrido muchas cosas, puedo hablar de bastantes temas, aunque he aprendido a no hablar sobre lo que no sé. Hay temas muy delicados y en los que debes ser muy prudente, ya que hay muchos fanáticos y extremistas: política, fútbol y religión.

Tengo algunas anécdotas muy curiosas, pero las mejores me las tengo que callar por prudencia. Un ejemplo es una «no conversación» con un conocidísimo líder hispanoamericano que nos dio a un colega de su país y a mí, una lección magistral sobre la vitamina A. Nos dijo que todos los problemas psiquiátricos de la infancia se solucionarían con esta vitamina. Tuve que morderme la lengua y se me descajó la mandíbula. Por suerte creyeron que era de admiración y no de estupefacción.

**- La psicofarmacología, tan puesta en tela de juicio, sobre todo por personas sin formación suficiente (Peter Gotzsche). ¿Qué cree usted que está aportando al conocimiento médico científico?**

- Hay una campaña contra los psicofármacos que es alarmante, pero el desconocimiento y la estulticia, para decirlo finamente, son inconmensurables. Hay profesionales de la salud mental que niegan la existencia de algunas patologías como el TDAH, reconocida por la OMS y que vemos en clínica, la tratamos y los pacientes mejoran ostensiblemente, pero ellos saben más que la OMS. A través de la psicofarmacología hemos aprendido y estamos aprendiendo mucho sobre el funcionalismo del cerebro, pero debemos tener en cuenta que, solo con psicofármacos, no solucionamos los trastornos mentales. Muchas veces los presuntos pacientes tienen problemas humanos que se solucionan con humanidad, valga la redundancia, no con la química.

**- Usted ha sido de los pioneros en hacer labor divulgativa de la medicación para el SNC con varias ediciones de *Lo que siempre quiso saber sobre los psicofármacos* y nunca se atrevió a preguntar. Dé-tálle-nos alguna de sus explicaciones generales que contienen estos textos.**

- Siempre he tenido un cierto prestigio por mi forma didáctica de enseñar y de dar conferencias, así como por hacer unas diapositivas que gustaban mucho a los asistentes. Una doctora, Inma Gilaberte, que trabajaba en un laboratorio farmacéutico, me dijo que sería interesante plasmarlo en un libro. La primera edición tenía unas 100 páginas y la cuarta más de 600. El título lo consensuamos y pensamos que hacerlo en forma de preguntas y respuestas era más fácil para el lector. En la última edición hay una primera parte con temas de neuroanatomía, neurotransmisión, farmacocinética, genética, mujer y estadística. En la segunda parte se trata ya de psicofármacos en concreto.

**- Hábleme del Prozac, por favor.**

- Hace muchos años se publicó en desastroso trabajo en el AJP en el que se concluía que, tras estudiar a 6 pacientes, Prozac inducía al suicidio. Como era algo tan sorprendente, se convocó una reunión de expertos en Londres en la que participé, y la conclusión fue que no había ningún dato que apoyara estas conclusiones. Lilly investigó y descubrió que el trabajo estaba patrocinado por determinada secta, hubo un juicio y lo ganó el laboratorio. Muchos años después ha surgido lo de la suicidabilidad en adolescentes con antidepresivos, tema que se ha demostrado más que controvertido.

Lo curioso de Prozac es que muchos de sus usuarios no lo tomaban por depresiones, sino para combatir el estrés. Ante tal consumo empezaron a surgir voces y publicaciones para «matar» a Prozac. Por suerte no lo lograron.

Sin embargo, quiero hacer una pequeña observación: cada antidepresivo es distinto, no los podemos prescribir al azar, son eficaces en las depresiones medias y severas, muy poco en las leves y nada en los tristes.

**- En la sesión inaugural del curso 2007-2008 de la Universidad de Cádiz pronunció una apasionante lección magistral sobre «La paridad del cerebro», donde ponía en evidencia cierta superioridad del cerebro femenino respecto al masculino...**

- Cuando el rector me encargó esta conferencia me dijo «Juanito, cuidado que te conozco y no vayas a hacer una de las tuyas». Como muchas de estas conferencias son muy doctas pero muy aburridas, me decanté por este tema. Las señoras casi me sacan en hombros, pero los caballeros casi me apedrean. Esta conferencia, debidamente actualizada, la he dado muchas veces. La más interesante fue en Cuba en el primer aniversario de la muerte de Vilma, la esposa de Raúl Castro. El éxito fue tal que me convertí en el asesor matrimonial de muchas parejas cubanas.

**- Muchas veces le he escuchado decir que no se deprime quien quiere sino quien puede...**

- Efectivamente. Dos personas sometidas a las mismas circunstancias una se deprime y la otra no. Hay

muchos estudios que sugieren la base genética de las depresiones, pero no podemos olvidar el entorno, especialmente el estrés. Con los avances de la epigenética hemos descubierto muchos aspectos interesantes sobre la depresión.

**- Nuestro país tiene un gran problema con el alcohol...**

- No solo es nuestro país, sino Europa. Bebemos el doble de la media mundial. Sin embargo, no hay campañas eficaces para la prevención del alcoholismo. Se ha demostrado que aumentar los precios solo sirve para Hacienda. Hace falta una labor formativa muy importante que debe empezar a edades muy tempranas. El tabaco es malo para la salud, pero no rompe familias. El alcohol sí que las rompe y, al igual que hay fumadores pasivos, los que están alrededor de un alcohólico son alcohólicos pasivos. No nos olvidemos la gran relación entre alcohol y violencia de género.

**- Explíquenos su labor actual en ARCA...**

- Actualmente soy el vicepresidente y único médico en ARCA, ya que, debido al bloqueo económico que nos tiene sometido el ayuntamiento, hemos tenido que despedir a todo el personal y funcionar a base de voluntarios. Todos los martes por la tarde veo a mis pacientes, a sus familias y me encargo de la terapia de grupo. Además, damos cursos, investigamos (tenemos varias publicaciones), hemos realizado 10 trabajos de fin de grado y una tesis doctoral.

**- ¿Hacia dónde se dirige la psiquiatría en los próximos años?**

- A mecanismos totalmente nuevos como son la neurotransmisión glutamatérgica o los anticuerpos monoclonales. Buscamos fármacos eficaces y que tengan pocos o ningún efecto secundario.

**- Por último, y agradeciéndole su participación en nuestra revista, ¿qué respuesta propondría cuando después de una primera visita en psiquiatría, haber establecido un diagnóstico claro y con todas las explicaciones pertinentes el paciente comenta «por favor doctor, podría recetarme algún producto natural»?**

- Los productos «naturales» pueden ser de utilidad si están debidamente valorados. Yo mismo prescribo un preparado que contiene 200 mg de pasiflora en casos de ansiedad leve. Sin embargo, natural no es sinónimo de eficacia o de seguridad. En EE.UU. se hizo un estudio con varios productos de valeriana, algunos tenían una elevada proporción de principio activo y otros cantidades insignificantes. Por esto es necesario utilizar productos que sepamos su composición cuantitativa y cualitativa. Por lo que se refiere a seguridad, ser natural no es sinónimo de seguro ni que no tenga efectos indeseables: la estricnina, la cicuta y la belladona son naturales pero mortales. ■

# Contrastes

Dos amigos de Valencia. Pasados los 50 (la mejor edad para ejercer de psiquiatra privado). Ambos racionalmente pasionales y que consideran que aprender a tolerar la frustración y a adaptarnos a los continuos cambios de la vida actual son dos de las claves importantes para el bienestar emocional. Musicalmente, prefieren la versión original francesa *Comme d'habitude* de Michel Sardou a la clásica americana *My way*, sobre todo si la interpretación es del propio Dr. Galbis. *Je vais sourire, je vais même rire, enfin je vais vivre...*



**Nombre:** Marién Sánchez Martínez.

**Edad:** 53 años.

**Actividad profesional y cargo:** psiquiatra. Coordinadora USM Requena (Valencia) y coordinadora del Servicio de Psiquiatría en Grupo Quirón Salud de Valencia.

**El mejor año de su vida:** hay varios, aunque siempre espero que el mejor esté por llegar, sin embargo disfruto (al menos lo intento) cada uno como si fuera el mejor.

**De pequeña quería ser...** Durante la época escolar quise ser maestra de educación infantil. Desde la adolescencia mi vocación estuvo clara: psiquiatra.

**Pasional o racional:** racionalmente pasional.

**Comida o cena:** cena, sobre todo si no es necesario madrugar.

**Su plato más íntimo:** los canelones que preparaba mi madre...

**Su color preferido:** azul.

**Un defecto:** la impaciencia que en muchas ocasiones deriva en un ramalazo de intolerancia del que me arrepiento inmediatamente.

**Planes de futuro:** todos, seguir disfrutando de mi familia, mis amigos, mi profesión y viajar cada vez más.

## Bloque personal

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

**Un lugar para perderse:** siempre al lado del mar.

**Un viaje pendiente:** Machu Picchu, Kenia, Tanzania, Japón.

**La palabra que más veces utiliza a lo largo del día:** gracias.

**Qué libro regalaría:** que difícil, no soy capaz de elegir, me confieso una lectora empedernida de esas que tienen dos o tres libros al mismo tiempo. Pregúnteme a quien y en qué momento y será más fácil.

**Canción de la que siempre solicitaría dos bises:** la mayoría de Queen y por supuesto «My Way-Comme d'habitude» versión de mi compañero y amigo Antonio Galbis.

**Película inolvidable:** "Casablanca".

**Su último concierto:** Miguel Poveda en Punta Umbria.

**Diurna o nocturna:** nocturna.

**¿A qué edad se jubilaría?** a los 65 en la sanidad pública, con tiempo para mantener mi actividad privada al menos 4-5 años más y disponer de tiempo libre.

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

28 años ya, y parece que fue ayer.

**Profesional que más le ha influido:** muchos de mis compañeros.

**Una depresión es...** una de las peores experiencias vitales, y profundamente gratificante para nosotros cuando se produce la mejoría.

**Pelota, caballo o manzana:** las tres mientras pueda recordárlas.

**Rorschach o MMPI:** en mi práctica clínica ninguno de los dos, nada mejor que una buena entrevista. Como instrumento estandarizado y quizá por conocimiento del mismo MMPI.

**Amar es...** respetar al otro.

**El pecado capital más extendido:** la envidia.

**Un diván sirve para...** descansar, reflexionar, leer cómodamente. En nuestras consultas actuales es casi un guiño hacia nuestro pasado más inmediato.

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

**Una teoría que explique el comportamiento humano:** no conozco ninguna, afortunadamente no creo que exista, y espero no perder nunca la capacidad de sorprenderme y no encontrar explicación a todo.

## Bloque profesional

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

**La última vez que...** pensé que era la última vez volví a equivocarme.

**Característica psíquica que mejor define los tiempos actuales:** intolerancia a la frustración.

**Proverbio o frase/ejemplo ilustrativo que suele utilizar en su consulta:** no puedo destacar ninguno, pero seguro que muchos de mis pacientes si los recordarían. Podría ser una propuesta para una nueva sección, sería interesante que fueran ellos los que contestaran a muchas de estas cuestiones sobre nosotros en nuestra práctica clínica.

**El año que viene...** de momento tenemos el actual casi por estrenar.

**Un psiquiatra no debería ser...** ni juez ni consejero ni amigo de los pacientes.



**Nombre:** Antonio Luis Galbis Olivares

**Edad:** 57 años.

**Actividad profesional y cargo:** psiquiatra en ejercicio privado desde 1988. Psiquiatra coordinador de los centros del Instituto Valenciano de Acción Social. Psiquiatra del CEEM de Sueca.

psiquiatra del CEEM de Sueca.

**El mejor año de su vida:** han habido varios años muy buenos. A nivel personal siempre he disfrutado mucho con las alegrías que me han dado mis hijos a lo largo de estos años. A nivel profesional, el año más importante fue 2012 cuando organicé nuestro Congreso Nacional de ASEPP en Valencia. Aquello fue un gran reto. Una experiencia fantástica que al final supuso una enorme satisfacción para mí y mi familia.

**De pequeño quería ser...** Era ya un loco de los coches, lo que más me gustaba... Pensaba que mi vida futura giraría en torno a ese mundo, pero... en mi adolescencia las series televisivas Centro Médico del Dr. Gannon (Chad Everett) y Marcos Welby doctor en Medicina (James Brolin) me decantaron por la medicina...

**Pasional o racional:** esencialmente racional, pero afortunadamente también soy apasionado en las cosas que me gustan mucho.

**Comida o cena:** la comida es siempre rápida. La cena es en la mesa y con todos los miembros de la familia. Es el momento de hablar y relajarse.

**Su plato más íntimo:** como buen valenciano, me quedo con la paella, que además me encanta cocinar.

**Su color preferido:** azul.

**Un defecto:** debería aprender a decir «no» en más ocasiones.

## Bloque personal

**Planes de futuro:** mantener lo que tengo en todos los aspectos de la vida. Es mi mejor plan de futuro.

**Salud, trabajo o amor:** me siento una persona afortunada que pondría el 100% en cada uno, pero ajustándome a la pregunta lo dejo en el 33,33% de cada. El equilibrio.

**Un lugar para perderse:** me olvido de todo con los esquís en los pies en lo alto de una montaña y/o en el mar, navegando.

**Un viaje pendiente:** un viaje al lejano Oriente.

**La palabra que más veces utiliza a lo largo del día:** Es difícil, son muchas. Como soy muy positivo, quizá diría «sí», «cargar las pilas», «salir adelante».

**Qué libro regalaría:** me encantó en su momento «Concierto para instrumentos desafinados del Dr. Vallejo Najera».

**Canción de la que siempre solicitaría dos bises:** me encanta la música, toda. Fui Dj en mi juventud. Me gusta cantar «Comme d'habitude», que es la versión original cantada por Michel Sardou, del famoso «My way». Disfruto escuchando «Yellow River» del grupo Christie & «Para que no me olvides» de Lorenzo Santamaría. Y también lo hago escuchando el «Adagio» de Albinoni y «Highway Star» de Deep Purple.

**Película inolvidable:** es difícil buscar solo una, me impactaron cada una en su momento: «La milla verde», «La lista de Schindler», «ET el extraterrestre», «La vida es bella»...

**Su último concierto:** La Unión, el verano pasado.

**Diurno o nocturno:** diurno y generalmente madrugador.

**¿A qué edad se jubilaría?** Si la salud me acompaña y la cabeza también, no me preocupa envejecer trabajando... ¿cuántos compañeros nuestros han trabajado hasta el final de sus vidas?

**¿Cuánto tiempo lleva dedicándose a la psiquiatría?** Empecé la especialidad el año 1983 en el Hospital La Colombe de Montpellier. Ya no he hecho otra cosa.

**Profesional que más le ha influido:** mi primer profesor, el Prof. Régis Pouzet. Sus expresiones, sus valoraciones, sus observaciones y su gran formación humanística me marcaron.

**Una depresión es...** una descarga de nuestras baterías. Aunque un Ferrari disponga de 600 CV, sin batería no funciona.

**Pelota, caballo o manzana:** me gusta moverme, correr, huyo de la pasividad... Caballo.

**Rorschach o MMPI:** MMPI, pero prefiero el diagnóstico clínico derivado de la entrevista.

**Amar es...** querer por querer, disfrutar de querer, no poder evitar querer y sufrir también de tanto querer.

**El pecado capital más extendido:** pienso que la envidia. Es la culpable de que mucha gente no sepa ser feliz.

**Un diván sirve para...** si soy sincero, el mío me sirve para dormir la siesta.

**Fármaco más importante en la historia de la psiquiatría:** por su relevancia clínica, social y humana, haloperidol (y en general la aparición de los primeros neurolepticos).

**Una teoría que explique el comportamiento humano:** pienso que la genética y la epigenética son imprescindibles para comprender nuestro comportamiento.

## Bloque profesional

**Qué tipo de trastorno mental cree que incrementará más su prevalencia en los próximos años.** Los trastornos afectivos (ansiedad y depresión).

**La última vez que...** estuve «de paella» con mis amigos me lo pasó fenomenal; que estuve comiendo con toda mi familia estaba feliz; que estuve cenando con todos mis amigos psiquiatras de Valencia disfruté mucho... y seguiré procurando que «la última vez» sea siempre así.

**Característica psíquica que mejor define los tiempos actuales:** el esfuerzo constante de adaptación. La vida corre demasiado rápido, todo avanza a gran velocidad y nosotros corremos detrás.

**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, enseñame a pescar y comeré todos los días».

**El año que viene...** espero que sea tan bueno como ha sido este, tanto a nivel profesional como familiar.

**Un psiquiatra no debería ser...** alguien que no se sienta médico, que no sea humano, que no sea próximo.

# Mi pantalla blanca



Dr. Albert Solá Castelló

Después del trepidante y psicopático mundo de *El lobo de Wall Street*, Scorsese ha querido volver a una fase de reposo espiritual, planteándonos una problemática casi relacionada con el misticismo al llevar a la pantalla la novela de Shusaku Endo *El Silencio*. En el s. XVII, los jesuitas fueron llevados a evangelizar Japón. San Francisco Javier (El Apóstol de las Indias), después de una estancia en Goa, en la que contactó con la gente más pobre y miserable de la India, haciendo una labor de apostolado muy importante, decidió ir a probar suerte al Japón, país de arraigadas costumbres y poseedor de sus propias creencias místicas y religiosas. En este caso, Francisco pensó que si en vez de dedicarse a los pobres y menesterosos contactaba con los gobernadores de las provincias, los alcaldes de los pueblos, los shogun, etc. y conseguía su conversión al catolicismo, automáticamente, bajo la influencia de estos, conseguiría la conversión de la mayoría de los ciudadanos. Y así fue ciertamente. Cientos de súbditos se convertían al catolicismo a diario. Cuentan que Francisco Javier padeció auténticos dolores y episodios de parálisis transitoria en sus brazos después de varias jornadas bautizando sin cesar a los nuevos convertidos. Consiguió incluso bautizar a un grupo de samuráis. Intentó ser recibido por el propio Emperador, pero este se negó a darle audiencia.

*El Silencio*, la película de Scorsese, nos plantea las aventuras, tanto físicas como el drama espiritual y psicológico, de dos jóvenes jesuitas que tienen que ir a la búsqueda de otro compañero de la Compañía que ha apostatado de su religión ante las represalias y agresiones que han sufrido por parte de las autoridades japonesas.

Estas, en vista del auge que iban tomando las conversiones al catolicismo, iniciaron la persecución y matanzas masivas de jesuitas. Los tiraban al cráter de un volcán, los despeñaban desde lo alto de un precipicio y, para darles la oportunidad de que renegasen de su religión, los colgaban de los pies, introduciendo su cabeza en un agujero cavado

en el suelo, practicándoles un corte en el cuello por donde iba goteando la sangre con el fin de que esta no se acumulase en su cabeza y así pudieran pensar...

Si decidían apostatar, tenían que pisotear un «fumie», pieza de cerámica o de madera, en la que se hallaba representada la imagen de Cristo en la Cruz o la de la Virgen María. (En la actualidad



todavía se conservan unas pocas de estas piezas en algún museo japonés.)

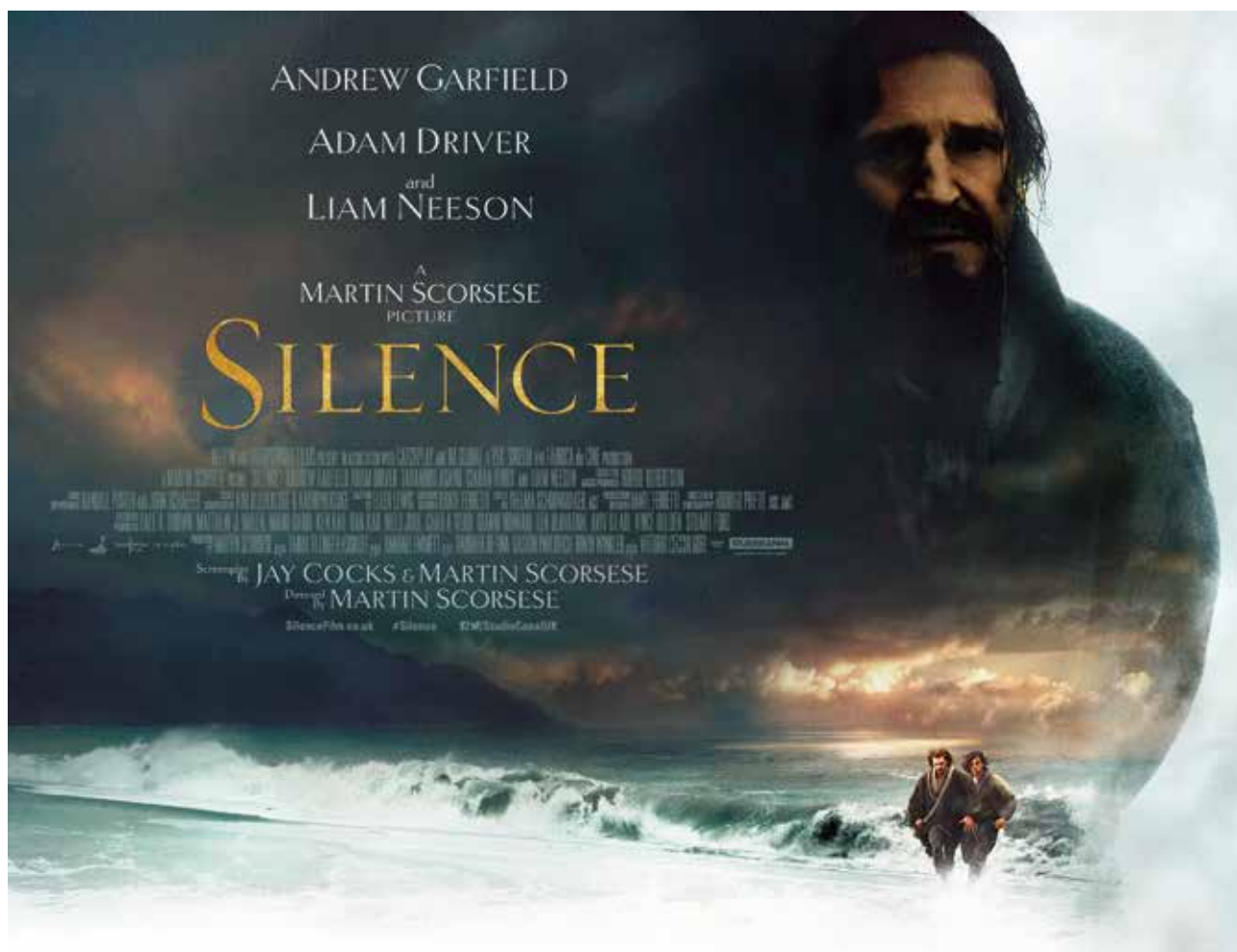
Nuestros protagonistas pasan por un verdadero calvario antes de encontrar a su compañero apóstata. Piden oír a Dios para que les aconseje el camino a seguir, morir o apostatar. Pero Dios calla... *El Silencio*. Sólo Dios habla cuando uno de ellos decide apostatar, pisando el «fume». El autor de la novela nos da a entender que si Cristo no se ha manifestado antes es porque quiere hacerse uno con el ser humano. Él mismo rebajarse para la redención de la humanidad, y que los tormentos sufridos por los sacerdotes jesuitas son los que

Él también tuvo que escoger al convertirse en hombre y aceptar la orden de Dios Padre.

El problema que plantea Scorsese en muchas de sus películas es la necesidad de decidir. Sus personajes son víctimas de dudas terribles ante dos posibles y graves situaciones. Solo una de las dos soluciones les proporcionará la paz con ellos mismos.

En la filmografía de Scorsese figuran tres películas que plantean la problemática antes expuesta. La primera de ellas es: *La última tentación de Cristo*. Esta película fue piedra de escándalo para la Iglesia Católica, prohibida su exhibición en varios países. No llegó a promover tantas reac-

ciones del mundo católico como la de Jean Luc Godard: *Je vous salue Marie*, en la que la gente se concentraba delante del cine que la exhibía de rodillas y rezando el rosario. En la *Tentación* Cristo se muestra en su faceta más humana, reacio a tener que obedecer el mandato divino de su Pasión y Muerte. Es Judas el que en un principio le insta a dirigir un movimiento revolucionario, Jesucristo está enamorado de María Magdalena. Se asombra ante sí mismo por la resurrección de Lázaro, no cree que sea un milagro. Supera las tentaciones del demonio en el desierto y finalmente, muy a pesar suyo, acepta morir crucificado.



Sin embargo, cuando está en la cruz se le aparece una figura femenina enviada por el Padre, que le dice «Tu sufrimiento se ha terminado, ya has culminado tu Misión, vive con los tuyos». Es descendido de la cruz, curado de sus heridas y finalmente puede casarse con María Magdalena, tiene varios hijos y llega a la ancianidad. Un día descubre que lo que sucedió en la cruz fue un engaño del diablo, la figura femenina no era un ángel, sino un elemento satánico. Cayó en la tentación. Consciente de ello decide aceptar con toda su voluntad la muerte en la cruz, sin reservas de ninguna clase. Su DECISIÓN fue la solución a su conflicto personal.

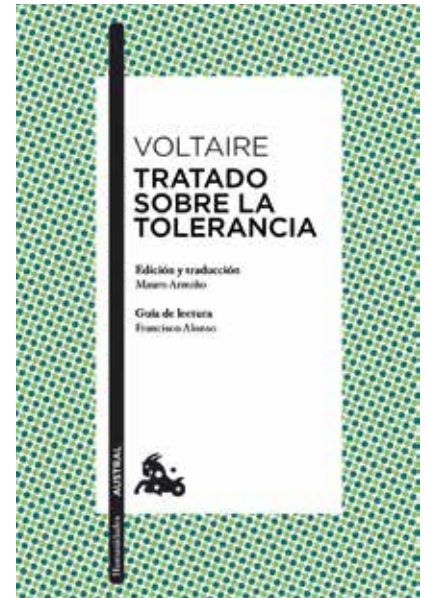
Aprovecho para mencionar que Martin, en su juventud creyó tener vocación religiosa. Sin embargo, esta idea no prosperó a medida que pasaba el tiempo. También intentó estudiar en el colegio de los jesuitas, pero no pudo ingresar por no alcanzar la puntuación adecuada.

La otra película en la que el protagonista debe tomar «LA DECISIÓN» que le producirá paz a su espíritu es *Kundun*. Está basada en la biografía del decimocuarto Dalai Lama. Unos



monjes budistas descubren en un niño ciertas características que les hacen pensar que se trata de la reencarnación de Buda. Tras pasar distintas pruebas, su hipótesis acaba siendo confirmada. El niño sigue una formación muy estricta enclaustrado en un monasterio del Tíbet, hasta llegar a la edad adulta. Su vida siempre se ha desarrollado en el mismo ambiente. Entretanto en el mundo suceden otros acontecimientos. El ejército chino invade el Tíbet, quedando eliminado como estado independiente. Aquí es cuando aparece la gran duda del Lama: o permanece firme en su sitio o se escapa a otro país. Finalmente opta por esta última solución. Se disfraza de soldado chino y de esta guisa emigra a la India, donde es recibido con todos los honores. La paz vuelve a su espíritu.

La tercera película es *La edad de la inocencia*. La acción transcurre en Nueva York a principios del s. XIX, donde las familias adineradas marcan las buenas costumbres tanto a nivel social como ético y moral. Una mujer bellísima, casada con un ruso, está a punto de divorciarse de este. La sociedad conservadora ve el divorcio como algo inadecuado, ante lo cual ella aplaza *sine die* su decisión. El protagonista de la película, que está a punto de casarse con la muchacha indicada según los cánones, se enamora de ella. A pesar de ello se casa con la chica conveniente. En este caso su decisión no aporta paz a su espíritu, ya que sigue teniendo relaciones íntimas con la susodicha dama. Pasan los años y la mujer de sus sueños se va a vivir a Europa. Él enviuda. Los años pasan. Su hijo, conocedor de la gran pasión de su padre por aquella mujer, consigue su dirección y prepara una cita. El padre, ya en el portal de la casa de su amada decide no entrar, prefiriendo seguir cumpliendo con sus prejuicios e hipocresía social. Esta DECISIÓN lleva nuevamente la paz a su espíritu.



La hipótesis de Martin Scorsese se apunta al criterio de que la duda es siempre la portadora de la angustia, mientras que la decisión proporciona la calma al espíritu. Lo que no queda demasiado claro es si esta paz es duradera o transitoria.

Para finalizar, nos queda discriminar en SILENCIO, de qué parte está la razón, ¿de los jesuitas o de los japoneses?

Ya es sabido que los jesuitas durante siglos fueron perseguidos por distintas monarquías y gobiernos. En la conquista de México se instalaron en el norte del país, fundando acreditadas universidades, aptas solamente para las familias adineradas. Al final fueron expulsados del país, al igual como sucedió en España y Francia.

Voltaire, en su *Tratado sobre la tolerancia*, admite que es lícita la violencia contra aquellos que actúan contra las leyes establecidas, pero nunca contra aquellos que poseen ideas religiosas distintas o dudas sobre problemas planteados en la propia.

«No se puede llevar a la hoguera a quien no cree en la transubstanciación o tiene dudas sobre la divinidad de Jesucristo». ■

# Agenda de congresos de psiquiatría 2017

## Marzo-abril

**ICDD2017 V International Congress on Dual Disorders and Dual Psycho-Pathology.**  
Madrid, 30 de marzo al 2 de abril de 2017.

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

**VII Simposio sobre Trastorno Límite de la Personalidad.**

Sant Cugat del Vallès, 6-8 de abril de 2017.

**18th World Congress on the World Association for Dynamic Psychiatry.**

Florencia, 19-22 de abril de 2017.

**6th World Congress on ADHD. From Child to Adult Disorder.** Vancouver, 20-23 de abril de 2017.

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

**Encuentros en Psiquiatría: conducta suicida.**  
Sevilla, 21-22 de abril de 2017.

**32th Argentine Congress of Psychiatry.**  
Mar del Plata, 26-29 de abril de 2017.

## Mayo

**19th Annual Conference of The International Society for Bipolar Disorders.**  
Washington, 4-7 de mayo de 2017.

**Medicina de la Adicción. XII Actualización Nacional.** Barcelona, 9 de mayo, y Madrid, 11 de mayo de 2017.

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

**XLIV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol.**  
Oviedo, 12-13 de mayo de 2017.

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

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

**5th International Congress on Neurobiology and Psychopharmacology.**  
Creta, 25-28 de mayo de 2017.

**23rd Congress of the World Association for Sexual Health.** Praga, 28-31 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](http://www.asepp.es) • [asepp.psiquiatria@gmail.com](mailto: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.** Oviedo, 9-10 de junio.

**XXVI Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal.** Málaga, 15-17 de junio de 2017.

**61.º Congreso de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del adolescente. Integrando Miradas.** Castellón de la Plana, 15-17 de junio de 2017.

**13th World Congress of Biological Psychiatry.**

Copenhague, 18-22 de junio de 2017.

**XIII Curso Post-APA 2017.**

Barcelona, 14 de junio, y Madrid, 27 de junio de 2017.

**3rd Conference International Conference on Medical, Ethics, Healthcare Systems, and Global Business Issues at Sea.**

Copenhague, 21-30 de junio de 2017.

**47th Conference of The Spanish Association of Psychosomatic Medicine & 5th Annual Scientific Conference of the European Association of Psychosomatic Medicine.**

Barcelona, del 28 de junio al 1 de Julio de 2017.

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

**Julio**

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

Genève, 9-11 de julio de 2017.

**CINP Thematic Meeting: Treatment Resistant Depression.**

Praga, 20-22 de julio de 2017.

**Agosto**

**7th Euro Global Psychiatrists Meeting.**

Roma, 7-9 de agosto de 2017.

**Septiembre**

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

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

**XVth International Congress of The International Society for the Study of Personality Disorders**

Heidelberg, 25-28 de septiembre de 2017.

**Octubre**

**8th International Conference on Psychosomatic Medicine and Emotional Disorders.**

London, 2-3 de octubre de 2017.

**WPA 17 World Congress of Psychiatry.**

Berlín, 8-12 de octubre de 2017.

**Noviembre**

**XX Congreso Nacional de Psiquiatría.**

Barcelona, 16-18 de noviembre de 2017.

**El importe de la cuota anual vigente es de 100€ (cuota exenta de IVA)**

**Si desea domiciliar el recibo, indique su número de cuenta.**

Entidad	Oficina	DC	Cuenta

También puede realizar transferencia bancaria en la cuenta:

La Caixa 2100 – 0788 – 69 – 0200209527

Indicando nombre y apellidos del profesional que se inscribe

**¿Dónde desea recibir las comunicaciones que le envíe la ASEPP?**

Domicilio particular			Consulta privada o Institución
----------------------	--	--	--------------------------------

Rogamos devuelva esta solicitud de inscripción una vez cumplimentada, por correo postal o correo electrónico. Todas las comunicaciones le serán enviadas a la dirección que Vd. señale como de su preferencia, utilizando el correo electrónico como medio de comunicación habitual.

ASEPP le informa que sus datos serán incorporados en un fichero automatizado, que el uso de los mismos tendrá carácter confidencial y que los datos se utilizarán exclusivamente para poder prestar nuestros servicios. Puede ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición poniéndose en contacto con ASEPP.

Formulario inscripción  
V101112

# Decálogo de la ASEPP

## Los miembros de la ASEPP están comprometidos a:

1. Mantener en su ejercicio profesional los principios de la correcta praxis médica (*lex artis*), fundamentada en el humanismo, haciendo prevalecer la atención integral del paciente sobre cualquier otro tipo de interés.
2. Aspirar permanentemente a la excelencia profesional mediante la actualización continuada de sus conocimientos y habilidades, y desarrollando una actitud acorde a la misma.
3. Garantizar para sus pacientes el mejor tratamiento disponible, aplicándolo él mismo cuando posea los conocimientos y habilidades necesarios, o colaborando lealmente con otros profesionales en caso necesario, o derivándolo a otros dispositivos asistenciales cuando así lo requiera el diagnóstico o el estado del paciente.
4. Reservar y mantener la confidencialidad de todo cuanto el paciente le haya confiado en el ejercicio de la profesión, sin otros límites que los exigidos legalmente.
5. Ejercer su actividad profesional respetando en todo momento las convicciones y creencias del paciente.
6. Establecer con los pacientes a los que atiende un contrato terapéutico, explícito o implícito, en el que se determinen con claridad los servicios que se van a prestar y las contraprestaciones económicas que suponen para el paciente.
7. Facilitar en todo momento la información adecuada y necesaria, adaptada a las condiciones específicas de cada paciente, de forma que este pueda decidir libremente sobre la atención que se le presta.
8. Incentivar el interés, mantenimiento y avance de la especialidad entre otros profesionales sanitarios, en las universidades, hospitales generales y psiquiátricos, y en cualquier otra institución pública o privada relacionada con los aspectos médicos, sociales y legales de los trastornos emocionales y mentales.
9. Apoyar la investigación, prevención y tratamiento de los trastornos psiquiátricos, así como la promoción de la salud mental.
10. Intervenir en los medios sanitarios y en la sociedad para mejorar el conocimiento y comprensión de estas enfermedades, a fin de eliminar el estigma de la enfermedad mental y trabajar para la mejor integración del paciente.

## FUNDAMENTOS DEL DECÁLOGO

La Asociación Española de **Psiquiatría privada** elaboró un decálogo, aprobado en la junta ordinaria celebrada con motivo del Congreso Nacional en Valencia en mayo de 2012. Dicho decálogo tiene el objetivo de exponer los valores que se consideran consustanciales a la práctica de la actividad psiquiátrica en el seno de nuestra sociedad. Expresan, de forma resumida, la aspiración a la excelencia profesional –que se considera irrenunciable, en todos los campos de actuación del psiquiatra–, en especial en la atención a los pacientes, pero también mediante el desarrollo de actividades docentes e investigadoras, y en el marco de la sociedad en general, donde cabe nuestra actuación individual y colectiva. Elementos como la confidencialidad, la formación continuada, el respeto a los valores del paciente, el consentimiento informado y, en general, la buena praxis, se consideran la base de nuestro quehacer. El decálogo supone un compromiso personal y colectivo con todos ellos.

# Deprax® EFG

trazodona

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO.** Deprax 100 mg comprimidos recubiertos con película EFG. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada comprimido recubierto con película contiene 100 mg de trazodona hidrocloreto, equivalentes a 91,1 mg de trazodona. Excipientes con efecto conocido: Cada comprimido recubierto con película contiene 0,1 mg de amarillo anaranjado S (E110) y 0,005 mg de rojo cochinita A (Ponceau 4R) (E124). **FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido recubierto con película. Los comprimidos son alargados, de color rosado-anaranjado. El comprimido se puede dividir en dosis iguales. **DATOS CLÍNICOS. Indicaciones terapéuticas:** La trazodona está indicada en adultos para: - Episodios depresivos mayores. - Estados mixtos de depresión y ansiedad, con o sin insomnio secundario. **Posología y forma de administración.** **Posología. Adultos:** Se debe determinar para cada paciente la dosis óptima. La dosis inicial es 100-150 mg al día administrados en dosis divididas después de las comidas, o en dosis única al acostarse. La dosis se debe aumentar 50 mg al día cada 3 ó 4 días (preferiblemente a la hora de acostarse) hasta llegar a la dosis terapéutica efectiva óptima. Se debe aumentar la dosis hasta un máximo de 400 mg al día (administrado en dosis divididas tras las comidas o en dosis única al acostarse). En pacientes hospitalizados la dosis máxima diaria se puede aumentar gradualmente a 600 mg al día administrado en dosis divididas. Tras alcanzar la dosis efectiva, la respuesta clínica se hace evidente a las dos o cuatro semanas. En el caso de pacientes que no responden al tratamiento, la dosis debe ser aumentada hasta el máximo recomendado. Si tras esto, no se produce respuesta tras dos o cuatro semanas, se debe discontinuar el tratamiento. Tras alcanzar la dosis efectiva, se debe mantener la dosis por un mínimo de 4 semanas. Tras este periodo, generalmente la dosis puede reducirse gradualmente, dependiendo de la respuesta al tratamiento. Los pacientes se deben mantener a la dosis menor efectiva y ser periódicamente evaluados para determinar la necesidad de continuar con el tratamiento. En general es preferible continuar con el tratamiento hasta que mejoren los síntomas del paciente por cuatro a seis meses; tras esto la dosis puede reducirse gradualmente hasta que se suspenda el tratamiento. **Pacientes de edad avanzada:** En pacientes de edad avanzada o debilitados la dosis recomendada de inicio es de 50-100 mg al día, administrada en dosis divididas, o en dosis única al acostarse. Puede aumentarse gradualmente bajo supervisión al igual que se ha descrito en adultos de acuerdo a la tolerancia y eficacia del medicamento. En general, se deben evitar dosis únicas superiores a 100 mg en estos pacientes. Es poco probable que se exceda de una dosis de 300 mg al día. **Población pediátrica:** Trazodona no está recomendado en niños menores de 18 años de edad debido a que no se dispone de datos suficientes de seguridad y/o eficacia. **Insuficiencia hepática:** Trazodona experimenta un metabolismo hepático extenso y también se ha asociado a hepatotoxicidad. Por tanto, se debe tener precaución cuando se prescriba a pacientes con insuficiencia hepática, específicamente en casos de insuficiencia hepática grave. Se debe considerar la monitorización periódica de la función hepática. **Insuficiencia renal:** Normalmente no es necesario un ajuste de la dosis, pero debe tenerse precaución cuando se prescriba a pacientes con insuficiencia renal grave. **Forma de administración.** Vía oral. Los comprimidos se deben tomar con una cantidad suficiente de líquido (p.ej., un vaso de agua) directamente después de las comidas. La administración con alimentos disminuye el riesgo de reacciones adversas. **Contraindicaciones:** - Hipersensibilidad a trazodona o a alguno de los excipientes. - Intoxicación por alcohol o intoxicación con hipnóticos. - Infarto agudo de miocardio. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** **Suicidio/Pensamientos suicidas o empeoramiento clínico.** La depresión se asocia a un incremento del riesgo de pensamientos suicidas, autolesiones y suicidio (hechos relacionados con el suicidio). El riesgo persiste hasta que se produce una remisión significativa. Como la mejoría puede no producirse durante las primeras semanas o más de tratamiento, los pacientes deben ser estrechamente controlados hasta que se produzca esta mejoría. Según la experiencia clínica general, el riesgo de suicidio puede aumentar en las primeras etapas de la recuperación. Pacientes con historial de hechos relacionados con el suicidio o aquellos que muestran un grado significativo de ideas suicidas previo al inicio del tratamiento se conoce que poseen un mayor riesgo de pensamientos suicidas o intentos de suicidio, y deberían ser monitorizados cuidadosamente durante el tratamiento. Un meta análisis de ensayos clínicos con antidepresivos controlados con placebo en pacientes adultos con trastornos psiquiátricos demostró un aumento del riesgo de conductas suicidas con antidepresivos comparados con placebo en pacientes menores de 25 años. Un seguimiento cercano de los pacientes y, en particular, en aquellos con alto riesgo, debería acompañar el tratamiento farmacológico, especialmente, al inicio del tratamiento así como después de un cambio de dosis. Los pacientes (y cuidadores de los pacientes) deben ser alertados sobre la necesidad de controlar la aparición de cualquier empeoramiento clínico, conducta o pensamiento suicida y cambios inusuales en la conducta y buscar asesoramiento médico inmediatamente si se presentan estos síntomas. Para minimizar el riesgo potencial de los intentos de suicidio, sobre todo al inicio del tratamiento, se debe prescribir la dosis mínima recomendada de trazodona. Iniciar el tratamiento con dosis bajas y en una única toma por la noche, reduce la incidencia de reacciones adversas indeseables relacionadas con el medicamento. Se recomienda que se adopte una administración cuidada y un control periódico en los pacientes con las siguientes enfermedades: - Epilepsia, se deben evitar específicamente aumentos o disminuciones bruscas de la dosis. - Pacientes con insuficiencia hepática o renal, particularmente si es grave. - Pacientes con enfermedades cardíacas tales como insuficiencia cardíaca, angina de pecho, alteraciones de la conducción o bloqueos AV de diferentes grados, arritmias, infarto de miocardio reciente, síndrome de QT largo congénito o bradicardia. Trazodona debe utilizarse con precaución en estos pacientes. - Hipertiriodismo. - Trastornos de la micción, tales como hipertrófia de próstata, aunque los problemas no deben ser anticipados dado que el efecto anticolinérgico de trazodona es poco importante. - Glaucoma de ángulo cerrado agudo, aumento de la presión intraocular, aunque los cambios más importantes no deben anticiparse debido al pequeño efecto anticolinérgico de trazodona. En caso de que se produzca ictericia en un paciente, se debe discontinuar el tratamiento con trazodona. **Trastornos psicóticos:** La administración de antidepresivos en pacientes con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos puede dar lugar a un posible empeoramiento de los síntomas psicóticos. Se pueden intensificar los pensamientos paranoides. Durante el tratamiento con trazodona, una fase depresiva puede cambiar de una psicosis maniaco-depresiva a una fase maníaca. En estos casos, trazodona debe ser retirada. **Hierba de San Juan:** Las reacciones adversas se pueden dar con mayor frecuencia durante el uso concomitante de trazodona y fitoterapéuticos que contienen Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*). **Síndrome serotoninérgico/Síndrome neuroléptico maligno:** Se han descrito interacciones en relación al síndrome de serotonina/síndrome neuroléptico maligno en caso de uso concomitante de otras sustancias serotoninérgicas como otros antidepresivos (por ejemplo, antidepresivos tricíclicos, ISRS, IRSN e inhibidores de la MAO) triptanes y neurolépticos. Se han descrito síndromes neurolépticos malignos con resultado de muerte en casos de administración conjunta con neurolépticos, por lo que este síndrome es una conocida posible reacción adversa al medicamento. Se debe discontinuar el tratamiento con trazodona inmediatamente y debe iniciarse un tratamiento de soporte de los síntomas. Dado que la agranulocitosis puede manifestarse clínicamente como síntomas de tipo gripal, dolor de garganta y fiebre, en estos casos se recomienda el control hematológico. Se ha descrito hipotensión, incluyendo hipotensión ortostática y síncope, en pacientes que recibían trazodona. La administración concomitante de una terapia antihipertensiva con trazodona puede requerir una reducción de la dosis de los medicamentos antihipertensivos. Los pacientes de edad avanzada posiblemente experimentan con más frecuencia hipotensión ortostática, somnolencia y otros efectos anticolinérgicos de la trazodona. Debe prestarse especial atención a los posibles efectos acumulativos con el uso de medicamentos concomitantes, como otros psicótropos o antihipertensivos, o ante la presencia de factores de riesgo tales como la patología de base, lo que puede agravar estas reacciones. Se recomienda informar al paciente/cuidador sobre la posible aparición de estas reacciones y supervisar de cerca estos efectos tras el inicio de la terapia, antes y después del ajuste del incremento de dosis. Si se sigue un tratamiento con trazodona, en particular durante un periodo prolongado, se recomienda una reducción gradual de la dosis para minimizar la aparición de un síndrome de abstinencia, caracterizado por náuseas, dolor de cabeza y malestar. No hay ninguna evidencia de que el hidrocloreto de trazodona posea propiedades adictivas. Se han notificado casos de prolongación del intervalo QT con trazodona. Se debe tener precaución cuando se prescribe trazodona con otros medicamentos que se sabe que prolongan el intervalo QT, tales como antiarrítmicos Clase IA y III, antipsicóticos (p.ej., derivados de fenotiazina, pimozida, haloperidol), antidepresivos tricíclicos, ciertos medicamentos antimicrobianos (p.ej. sparfloxacin, moxifloxacin, eritromicina IV, pentamidina, tratamiento contra la malaria, particularmente halofantrina), ciertos antihistamínicos (astemizol, mizolastina). Trazodona se debe usar con precaución en pacientes con alteraciones cardiovasculares conocidas, incluyendo la prolongación del intervalo QT. Los inhibidores potentes de CYP3A4 pueden producir un aumento en los niveles séricos de trazodona. Como con otros medicamentos con actividad alfaadrenolítica, se ha asociado muy raramente la trazodona con priapismo. Puede tratarse con una inyección intracavernosa de un agente alfaadrenérgico como la adrenalina o el metaraminol. Sin embargo, hay notificaciones de priapismo inducido por trazodona que han requerido intervención quirúrgica o han llevado a disfunción sexual permanente. Los pacientes que desarrollen esta sospecha de reacción adversa, deben interrumpir el tratamiento con trazodona inmediatamente. **Advertencias sobre excipientes:** Este medicamento puede producir reacciones alérgicas porque contiene amarillo anaranjado S (E110) y rojo cochinita A, (Ponceau 4R) (E124). Puede provocar asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. **Población pediátrica:** Trazodona no debe utilizarse en niños y adolescentes menores de 18 años de edad. En estudios clínicos sobre niños y adolescentes tratados con antidepresivos, se han observado comportamientos suicidas (intento suicida y planificación de suicidio) y hostilidad (esencialmente agresividad, comportamiento de oposición y enfado) con más frecuencia que con placebo. Además, no se dispone de datos de seguridad a largo plazo relativos al crecimiento, maduración y desarrollo cognitivo y conductual en niños y adolescentes. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** - General: Se puede intensificar el efecto sedante de los antipsicóticos, hipnóticos, sedantes, ansiolíticos y antihistamínicos; se recomienda en estos casos una reducción de la dosis. El metabolismo de los antidepresivos se acelera debido a los efectos hepáticos de los anticonceptivos orales, fenitoína, carbamazepina y barbitúricos. Cimetidina y algunos antipsicóticos inhiben el metabolismo de los antidepresivos. - Inhibidores CYP3A4: Los estudios in vitro del metabolismo de los medicamentos sugieren que hay un potencial de interacciones farmacológicas cuando trazodona se administra con inhibidores potentes de CYP3A4 tales como eritromicina, ketoconazol, itraconazol, ritonavir, indinavir, y nefazodona. Es probable que los inhibidores potentes de CYP3A4 puedan dar lugar a aumentos sustanciales de las concentraciones plasmáticas de trazodona. Se ha confirmado en estudios in vivo en voluntarios sanos que una dosis de ritonavir de 200 mg BID aumenta los niveles plasmáticos de trazodona en más de dos veces, dando lugar a náuseas, síncope e hipotensión. Si trazodona se utiliza con un potente inhibidor del CYP3A4, debe considerarse una dosis más baja de trazodona. Sin embargo, debe evitarse cuando sea posible la co-administración 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 molorofenipiperazina del 76% y 60%, respectivamente. Los pacientes deben ser estrechamente controlados para ver si hay una necesidad de una mayor dosis de trazodona cuando se toma con carbamazepina. - Antidepresivos tricíclicos: Debe evitarse la administración concomitante debido al riesgo de interacción. Se debe prestar especial atención al síndrome serotoninérgico y a los efectos secundarios cardiovasculares. - Fluoxetina: Se han notificado casos raros de niveles elevados de trazodona en plasma y efectos adversos cuando trazodona se había combinado con fluoxetina, un inhibidor de CYP1A2/2D6. Se desconoce el mecanismo subyacente a la interacción farmacocinética. No se excluye una interacción farmacodinámica (síndrome serotoninérgico). - Inhibidores de la monoaminooxidasa: Ocasionadamente, 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 (HPPN). El riesgo observado fue de aproximadamente 5 casos por cada 1.000 embarazos. En la población general, ocurren 1 ó 2 casos de HPNN por cada 1.000 nacimientos. A pesar de que no hay estudios en los que se haya estudiado la asociación de HPNN con el tratamiento con trazodona, este riesgo potencial no puede descartarse. Lactancia: Se desconoce si trazodona y sus metabolitos se excretan por la leche humana. No se debe excluir el riesgo para el lactante. La decisión de continuar/abandonar la lactancia o de continuar/abandonar la terapia con trazodona, se debe realizar teniendo en cuenta el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento con trazodona para la madre. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Trazodona puede producir sedación, mareos. Por consiguiente, se debe indicar a los pacientes que si experimentan sedación o mareos, deben evitar la realización de tareas potencialmente peligrosas, como conducir o utilizar máquinas. **Reacciones adversas:** Se han notificado casos de comportamiento y pensamientos suicidas durante el tratamiento con Deprax o poco después de la interrupción del tratamiento. Los siguientes síntomas, algunos de los cuales se informan normalmente en casos de depresión no tratada, han sido también observados en pacientes sometidos a terapia con trazodona.

Clasificación de los Órganos del Sistema MedDRA	Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles)
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Discrasias sanguíneas (agranulocitosis, trombocitopenia, eosinofilia, leucopenia y anemia)
Trastornos del sistema inmunológico	Reacciones alérgicas
Trastornos endocrinos	Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Hiponatremia <sup>1</sup> , pérdida de peso, anorexia, aumento del apetito
Trastornos psiquiátricos	Comportamiento y pensamiento suicidas, confusión, insomnio, desorientación, manía, ansiedad, nerviosismo, agitación (muy ocasionalmente exacerban hasta el delirio), desilusión, reacción agresiva, alucinaciones, pesadillas, disminución de la libido, síndrome de abstinencia.
Trastornos del sistema nervioso	Síndrome serotoninérgico, convulsión, síndrome neuroléptico maligno, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia <sup>2</sup> , agitación, disminución de la agudeza mental, temblor, visión borrosa, alteración de la memoria, mioclonía, afasia expresiva, parestesia, distonía, alteración del gusto
Trastornos cardíacos	Arritmias cardíacas <sup>3</sup> (Torsade de Pointes, palpitaciones, contracciones ventriculares prematuras, duplas ventriculares, taquicardia ventricular), bradicardia, taquicardia, anomalías ECG (prolongación QT)
Trastornos vasculares	Hipotensión ortostática, hipertensión, síncope
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Congestión nasal, disnea
Trastornos gastrointestinales	Náuseas, vómitos, boca seca, estreñimiento, diarrea, dispepsia, dolor de estómago, gastroenteritis, aumento de la salivación, parálisis del íleo
Trastornos hepato biliares	Trastornos de la función hepática (ictericia y daño hepatocelular <sup>4</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
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>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>3</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>4</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.

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

La confianza de la Marca  
con las ventajas de un genérico

Deprax® EFG  
trazodona

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



DOSIS MÍNIMA DE INICIO NOCTURNA

PACIENTE ADULTO

100 mg

1 comprimido



PACIENTE GERIÁTRICO

50 mg

1/2 comprimido



**30 años** de experiencia en psiquiatría

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

  
ANGELINI