

EUROPEAN PSYCHIATRY

VOLUMEN 5
NUMERO 6
1998
SEPTIEMBRE

EDICION ESPAÑOLA

REVISTA DE LA ASOCIACION EUROPEA DE PSIQUIATRIA

REVISIÓN

- El espectro amplio de la depresión comórbida: implicaciones para el tratamiento.
J. Mendlewicz..... 352

ARTÍCULOS ORIGINALES

- Sobre la conceptualización de los trastornos subafectivos de la personalidad.
S. Herpertz, E. M. Steinmeyer, H. Saß 366
- Predictibilidad del abandono del tratamiento en pacientes ambulatorios con depresión unipolar.
E. Hoencamp, P.M.J. Haffmans, H.J. Duivenvoorden 379

COMUNICACIONES BREVES

- El Cuestionario Tridimensional de la Personalidad (TPQ) y la depresión.
M. Hansenne, W. Pitchot, A. González Moreno, P. Y. Machurot, M. Ansseau 388
- Suicidio y homicidio después de la caída de los regímenes comunistas.
D. Lester..... 392

INFORMES CLÍNICOS

- Discinesia tardía debida a risperidona.
P. Sakkas, L. Liappas, G. N. Christodoulou..... 396
- Un caso de acatisia inducida por paroxetina y una revisión de la acatisia inducida por SSRI.
F. Bonnet-Brilhault, F. Thibaut, A. Leprieur, M. Petit..... 400

CARTA AL EDITOR

- Prevención y represión de los autores de delitos sexuales contra niños: debate ético y legislación.
P. Pochard, M. Grassin, F. Mauriac, C. Hervé 404

saned

SANIDAD Sa EDICIONES

EUROPEAN PSYCHIATRY

Editors-in-chief: P Boyer, Y Lecrubier (Paris).

Secretariat: Hôpital de la Salpêtrière, INSERM U 302, Pavillon Clérambault, 47, bd de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13, France.

Tel: (33) 01 42 16 16 56. Fax: (33) 01 45 85 28 00

Editors: JD Guelfi (Paris/Villejuif), R. Murray (London), M Maj (Naples), CB Pull (Luxembourg), M. Ackenheil (Munich), P Bech (Copenhagen)

Editors Emeritus: C Ballus (Barcelona), H Heimann (Tübingen)

Consejo Editorial

J Adès, *Colombes, France*
HS Akiskal, *Rockville, MD, USA*
NC Andreasen, *Iowa City, IA, USA*
J Angst, *Zurich, Switzerland*
M. Anseau, *Liège, Belgium*
P Baumann, *Lausanne, Switzerland*
H Beckmann, *Würzburg, Germany*
P Berner, *Vienna, Austria*
A Bertelsen, *Risskov, Denmark*
J Biber, *Cadiz, Spain*
J Birley, *London, UK*
JC Bisserbe, *Meudon, France*
B Bondy, *Munich, Germany*
JP Boulenger, *Sherbrooke, Canada*
M Bourgeois, *Bordeaux, France*
F Brambilla, *Milan, Italy*
I Brockington, *Birmingham, UK*
A Clare, *Dublin, Ireland*
F Clerget-Darpoux, *Paris, France*
V Conde Lopez, *Valladolid, Spain*
S Consoli, *Paris, France*
P Cosyns, *Antwerp, Belgium*
J Cottraux, *Lyon France*
M von Cranach, *Kaufbeuren, Germany*
A Dahl, *Oslo, Norway*
JM Danion, *Strasbourg, France*
JFW Deakin, *Manchester, UK*
M de Bonis, *Le Kremlin Bicêtre, Paris, France*
H Dufour, *Lausanne, Switzerland*
R Engel, *Munich, Germany*
T Fahy, *Galway, Ireland*
L Farde, *Stockholm, Sweden*
A Féline, *Le Kremlin Bicêtre, Paris, France*
A Fernandes da Fonseca, *Porto, Portugal*
F Ferrero, *Geneva, Switzerland*

M Fichter, *Prien am Chiemsee, Germany*
H Freeman, *London, UK*
HJ Gaertner, *Tübingen, Germany*
D Goldberg, *Manchester, UK*
I Hand, *Hamburg, Germany*
H Häfner, *Mannheim, Germany*
T Helgason, *Reykjavik, Iceland*
H Hippus, *Munich, Germany*
A Jablenski, *Sofia, Bulgaria*
E Johnston, *Edinburgh, UK*
S Kasper, *Vienna, Austria*
M Kastrup, *Hvidovre, Denmark*
D Kemali, *Naples, Italy*
R Kendell, *Edinburgh, UK*
D Klein, *New York, NY, USA*
R Klein, *New York, NY, USA*
S Langer, *Paris, France*
J Lellouch, *Villejuif, France*
P Lemoine, *Lyon, France*
T Lemperière, *Colombes, France*
JP Lépine, *Paris, France*
OM Lesch, *Vienna, Austria*
SW Lewis, *London, UK*
H Lôo, *Paris, France*
JJ López-Ibor, *Madrid, Spain*
P McGuffin, *Cardiff, UK*
W Maier, *Mainz, Germany*
A Mann, *London, UK*
K Mann, *Tübingen, Germany*
I Marks, *London, UK*
J Marlet, *Venray, The Netherlands*
J Massanna, *Barcelona, Spain*
J Mendlewicz, *Brussels, Belgium*
HJ Möller, *Munich, Germany*
N Müller, *Munich, Germany*

M Musalek, *Vienna, Austria*
D Naber, *Munich, Germany*
E O'Callaghan, *Dublin, Ireland*
Y Ono, *Tokyo, Japan*
M Patris, *Strasbourg, France*
J Pellet, *Saint-Etienne, France*
C Perris, *Umeå, Sweden*
P Pichot, *Paris, France*
T Pohlmeier, *Munich, Germany*
H Pope, *Belmont, MA, USA*
AJ Puech, *Paris, France*
G Racagni, *Milan, Italy*
N Retterstøl, *Oslo, Norway*
M A Ron, *London, UK*
R Rosenberg, *Risskov, Denmark*
M Roth, *Cambridge, UK*
F Rouillon, *Colombes, France*
J Saiz-Ruiz, *Madrid, Spain*
A Sánchez-Blanke, *Zaragoza, Spain*
N Sartorius, *Geneva, Switzerland*
F Schulsinger, *Copenhagen, Denmark*
G Sedvall, *Stockholm, Sweden*
L Singer, *Strasbourg, France*
CN Stefanis, *Athens, Greece*
E Straube, *Tübingen, Germany*
E Taylor, *London, UK*
P Taylor, *London, UK*
L Träskman-Bendz, *Lund, Sweden*
J Vallejo, *Barcelona, Spain*
L Waintraub, *Paris, France*
D Widlöcher, *Paris, France*
J Willemotte, *Charleroi, Belgium*
J Wing, *London, UK*
FT Zimmer, *Tübingen, Germany*
J Zohar, *Beer-Sheva, Israel*

Association of European Psychiatrists

President: J Angst (Zürich); **Past President:** R Murray (London); **President Elect:** N Sartorius (Geneva); **Secretary General:** CB Pull (Luxembourg); **Treasurer:** M Patris (Strasbourg); **Counsellors:** H Häfner (Mannheim), Y Lecrubier (Paris); **Section:** L Singer (Strasbourg).

European Psychiatry, edición original, es publicada por **Editions Scientifiques Elsevier**, 141, rue de Javel, 75747 París, Francia. Indexada en: Biological Abstracts/Biosis, CNRS/Pascal, Current Contents/Clinical Medicine and Social and Behavioral Sciences, EMBASE/Excerpta Medica, Psychological Abstracts, Reference Update, Research Alert, Scisearch, Science Citation Index, Social Sciences Citation Index

Director de la Edición Española: C. Ballús

saned

SANIDAD S.A. EDICIONES

Sanidad y Ediciones (SANED, S.A.) C/ Paseo de la Habana, 202 bis. 28036 MADRID. Telf.: (91) 359 40 92. saned@medynet.com
Caspé, 172, 4.º-A. BARCELONA. Telf.: (93) 247 24 11.

Directora Editorial: Alicia Martínez Magro.


Suscripciones: SANED, S.A. Paseo de la Habana, 202 bis. 28036 MADRID.

Publicación Bimensual (8 números al año).

Composición: Artecomp, S.L. Albarracín, 50-1.º. Madrid. Imprime: D.G.B. Gonzalo Dávila, 22. Madrid.

SopORTE válido M. Sanidad: SV 93040 R. ISSN: 1134-0665. Depósito Legal: M-5991-1994.

Copyright de los textos originales 1998. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito de los titulares del Copyright.

Difusión controlada por 

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Leponex® 25 mg. Clozapina (DCI)
Leponex® 100 mg. Clozapina (DCI)

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Leponex® 25 mg: 1 compr. = clozapina (DCI) 25mg
Leponex® 100 mg: 1 compr. = clozapina (DCI) 100 mg

3. FORMA FARMACÉUTICA Comprimidos ranurados para administración oral.

4. DATOS CLÍNICOS

4.1. Indicaciones terapéuticas. Tratamiento de la esquizofrenia en pacientes que no responden o no toleran adecuadamente el tratamiento con neurolepticos clásicos. Se entiende por pacientes que no responden, aquellos que no presentan mejoría clínica satisfactoria a pesar de haber utilizado como mínimo dos tratamientos diferentes con neurolepticos a sus dosis y durante el tiempo adecuado. Los pacientes que no toleran otros tratamientos son aquellos incapaces de alcanzar un beneficio adecuado con los neurolepticos clásicos debido a reacciones adversas neurológicas graves o no tratables (síntomas extrapiramidales o disquinesia tardía).

4.2. Posología y forma de administración. Las dosis deben ajustarse individualmente. Para cada paciente debe utilizarse la dosis mínima efectiva. Se recomienda las dosis siguientes: Dosis inicial: 12,5 mg (medio comprimido de 25 mg) una o dos veces el primer día, seguido por uno o dos comprimidos el segundo día. Si se tolera bien, la dosis diaria puede entonces aumentarse lentamente en incrementos de 25 a 50 mg con el fin de alcanzar un nivel de dosis de hasta 300 mg/día en 2 o 3 semanas. A continuación, si es necesario, la dosis diaria puede aumentarse en incrementos de 50 a 100 mg cada media semana o preferiblemente, a intervalos semanales.

Intervalo de dosis terapéuticas. En la mayoría de los pacientes, el efecto antipsicótico puede alcanzarse con 300-450 mg/día, repartidos en varias dosis. Algunos pacientes pueden precisar dosis de hasta 600 mg/día. La dosis total diaria no precisa ser fraccionada uniformemente, administrándose la dosis mayor al acostarse. Dosis máxima. Para obtener un beneficio terapéutico completo, algunos pacientes necesitan dosis superiores; en dichos casos, son permisibles aumentos prudentiales (es decir, sin exceder los 100 mg) hasta una dosis máxima de 900 mg/día. Debe considerarse la posibilidad de más reacciones adversas (en particular convulsiones) a dosis superiores a 450 mg/día. Dosis de mantenimiento. Después de alcanzar el efecto terapéutico máximo, algunos pacientes pueden mantenerse de modo efectivo con dosis inferiores. Por lo tanto, se recomienda un ajuste descendente cauteloso. Si la dosis diaria no excede de 200 mg, puede ser adecuado una única administración por la noche. Finalización de la terapia. En el caso de haber decidido finalizar el tratamiento con Leponex®, se recomienda una reducción gradual de la dosis durante un periodo de 1 a 2 semanas. Si es necesario una interrupción brusca (por ej. debido a leucopenia), el paciente deberá ser cuidadosamente observado en relación a la recurrencia de síntomas psicóticos. Reinicio de la terapia. En pacientes en quienes el intervalo desde la última dosis de Leponex® exceda de 2 días, debe reiniciarse el tratamiento con 12,5 mg (medio comprimido de 25 mg) administrado en una o dos veces el primer día. Si esta dosis es bien tolerada, es posible ajustar la dosis al nivel terapéutico más rápidamente que lo recomendado en el tratamiento inicial. Sin embargo, en aquellos pacientes que habrían sufrido previamente paro respiratorio o cardíaco con la dosificación inicial (ver "Advertencias y Precauciones especiales de empleo"), pero que después fueron tratados con éxito a una dosis terapéutica, el reajuste de dosis debe realizarse con mucha precaución. Sustitución de un neuroleptico clásico por Leponex®. En general, se recomienda que Leponex® no se utilice en combinación con neurolepticos clásicos. Cuando Leponex® se va a instaurar en un paciente que recibe terapia neuroleptica oral se recomienda que el neuroleptico clásico se retire primero mediante reducción de la dosis durante aproximadamente una semana. Una vez el neuroleptico se haya retirado por completo durante al menos 24 horas, el tratamiento con Leponex® debe iniciarse según lo descrito con anterioridad. Uso en niños. No ha sido establecida la seguridad y eficacia en niños (ver "Contraindicaciones"). Uso en pacientes de edad avanzada. Se recomienda iniciar el tratamiento a una dosis particularmente baja (12,5 mg administrados en una sola toma el primer día) y restringir los subsiguientes incrementos a 25 mg/día.

4.3. Contraindicaciones. Hipersensibilidad previa a Leponex®. Historia de granulocitopenia/agranulocitosis inducida por fármacos. Función alterada de la médula ósea. Psicosis alcohólicas, tóxicas, estados comatosos. Colapso respiratorio y/o depresión del SNC de cualquier etiología. Enfermedad hepática, renal o cardíaca grave. No está demostrada su seguridad y eficacia en niños; por tanto no se recomienda su administración en este grupo de pacientes.

4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo. Leponex® puede causar agranulocitosis. Su uso debe limitarse a pacientes esquizofrénicos que no responden o no toleran el tratamiento con neurolepticos clásicos; que inicialmente presentan valores normales de leucocitos (recuento leucocitario $\geq 3.500/mm^3$) fórmula leucocitaria normal; en quienes pueda realizarse regularmente recuentos leucocitarios (semanalmente durante las primeras 18 semanas, a continuación mensualmente, como mínimo durante el tiempo que continúe el tratamiento). Los médicos prescriptores deben cumplir las medidas de seguridad establecidas. En cada visita a la consulta debe recordarse al paciente en tratamiento con Leponex® que contacte con su médico de inmediato si desarrolla cualquier tipo de infección. Debe prestarse especial atención a síntomas de tipo gripal tales como fiebre o dolor de garganta y a cualquier evidencia de infección que pueda ser indicativa de neutropenia. Antes de iniciar el tratamiento con Leponex®, debe realizarse un recuento y fórmula leucocitaria, para asegurar que solamente reciban el fármaco los pacientes con valores normales de leucocitos. Después del inicio del tratamiento con Leponex®, debe monitorizarse el recuento leucocitario semanalmente, durante 18 semanas y a continuación, al menos mensualmente durante el tiempo que el paciente esté tomando el medicamento. En cada consulta debe recordarse al paciente que contacte inmediatamente con el médico que le trata si empieza a desarrollar cualquier tipo de infección o fiebre. Si durante el tratamiento con Leponex®, se presentan infecciones y/o el recuento leucocitario desciende por debajo de $3.500/mm^3$ o ha descendido en una cantidad importante en relación al valor basal, incluso si el recuento se encuentra por encima de $3.500/mm^3$, debe repetirse el recuento y fórmula leucocitaria. Si los resultados confirman un recuento leucocitario inferior a $3.500/mm^3$ y/o revelan un recuento de granulocitos neutrófilos total entre 2.000 y $1.500/mm^3$, deben controlarse los granulocitos y leucocitos como mínimo dos veces a la semana. Si el recuento leucocitario desciende por debajo de $3.000/mm^3$ y/o el recuento total de granulocitos neutrófilos desciende por debajo de $1.500/mm^3$, debe retirarse el tratamiento con Leponex® de inmediato. A continuación, el recuento y fórmula leucocitaria deben realizarse a diario y los pacientes deben ser cuidadosamente controlados en cuanto a síntomas de tipo gripal u otros síntomas que sugieran una infección. Si se ha suspendido el tratamiento con Leponex® y se produce un descenso posterior del recuento leucocitario por debajo de $2.000/mm^3$ y/o los granulocitos neutrófilos descienden por debajo de $1.000/mm^3$, el manejo de esta incidencia debe ser supervisada por un hematólogo experimentado. Si es posible, el paciente debe ser trasladado a una unidad hematológica especializada, donde puede estar indicado un aislamiento para su protección. Los pacientes en los que hayasido interrumpido el tratamiento con Leponex® como resultado de la disminución de leucocitos (recuento leucocitario $< 3.000/mm^3$ y/o recuento absoluto de neutrófilos $< 1.500/mm^3$), no deberán someterse nuevamente a Leponex®. En el tratamiento con Leponex® puede presentarse hipotensión ortostática, con o sin síncope. Raramente, puede detectarse colapso que puede ir acompañado de paro cardíaco y/o respiratorio. Estos sucesos excepcionales se producen una estrecha supervisión médica. En pacientes que inician el tratamiento con Leponex® se precisan una estrecha supervisión médica. En pacientes con un historial de convulsiones o que padezcan alteraciones cardiovasculares, renales o hepáticas (nota: las alteraciones cardiovasculares, renales o hepáticas graves están contraindicadas), la dosis inicial debe ser de 12,5 mg administrada en una dosis única el primer día, y cualquier incremento de dosis debe ser lento y en pequeñas cantidades. En presencia de disfunción hepática, es necesaria la monitorización regular de la función hepática. Leponex® ejerce una actividad anticolinérgica, por lo que se recomienda una supervisión cuidadosa en presencia de hipertrofia de próstata y glaucoma de ángulo estrecho. Durante el tratamiento con Leponex® los pacientes pueden experimentar elevaciones de temperatura transitorias por encima de los $38^\circ C$ con una incidencia máxima durante las tres primeras semanas de tratamiento. Esta fiebre es generalmente benigna. En ocasiones, puede ir asociada con un aumento o descenso del recuento leucocitario. Los pacientes con fiebre deben ser evaluados minuciosamente para descartar la posibilidad de una infección subyacente o el desarrollo de agranulocitosis. En presencia de fiebre elevada debe considerarse la posibilidad de un síndrome neuroleptico maligno. Esta especialidad contiene lactosa. Se han descrito casos de intolerancia a este componente en niños y adolescentes. Aunque la cantidad presente en el preparado no es, probablemente, suficiente para desencadenar los síntomas de intolerancia, deberá prestarse atención en caso de que aparezcan diarreas.

4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. Aquellos fármacos con un potencial importante en deprimir la función de la médula ósea no deben utilizarse concomitantemente con Leponex®. Además debe evitarse el uso concomitante de antipsicóticos depot de larga duración, debido a que dichos fármacos pueden ser potencialmente mielosupresores y a la imposibilidad de eliminar estos medicamentos de forma rápida en una situación donde pueda ser necesario, por ej. granulocitopenia. Leponex® puede aumentar los efectos centrales del alcohol, inhibidores de la MAO y depresores del SNC tales como narcóticos, antihistamínicos y benzodiazepinas. Se aconseja especial precaución cuando se inicia el tratamiento con Leponex® en pacientes que estén tomando (o hayan tomado recientemente) una benzodiazepina o cualquier otro fármaco psicotrópico, ya que estos pacientes presentan un mayor riesgo de colapso circulatorio, que en raras ocasiones puede ser profundo y puede conducir a paro cardíaco y/o respiratorio. Debido a la posibilidad de efectos aditi-

EUROPEAN PSYCHIATRY.

EDICION ESPAÑOLA

Volumen 5, Número 6, Septiembre 1998

REVISIÓN

El espectro amplio de la depresión comórbida: implicaciones para el tratamiento.

J. Mendlewicz 352

ARTÍCULOS ORIGINALES

Sobre la conceptualización de los trastornos subafectivos de la personalidad.

S. Herpertz, E. M. Steinmeyer, H. Saß 366

Predictibilidad del abandono del tratamiento en pacientes ambulatorios con depresión unipolar.

E. Hoencamp, P.M.J. Haffmans, H.J. Duivenvoorden 379

COMUNICACIONES BREVES

El Cuestionario Tridimensional de la Personalidad (TPQ) y la depresión.

M. Hansenne, W. Pitchot, A. González Moreno, P. Y. Machurot, M. Anseau 388

Suicidio y homicidio después de la caída de los regímenes comunistas.

D. Lester 392

INFORMES CLÍNICOS

Discinesia tardía debida a risperidona.

P. Sakkas, L. Liappas, G. N. Christodoulou 396

Un caso de acatisia inducida por paroxetina y una revisión de la acatisia inducida por SSRI.

F. Bonnet-Brilhault, F. Thibaut, A. Leprieur, M. Petit 400

CARTA AL EDITOR

Prevención y represión de los autores de delitos sexuales contra niños: debate ético y legislación.

P. Pochard, M. Grassin, F. Mauriac, C. Hervé 404

Tratamiento eficaz y seguro para la esquizofrenia resistente

Leponex[®]

Clozapina



vos, deberá tenerse precaución con la administración concomitante de fármacos con propiedades anticolinérgicas, hipotensoras o depresoras del sistema respiratorio. Debido a que clozapina se une fuertemente a las proteínas plasmáticas, la administración de Leponex[®] a un paciente que esté tomando otro fármaco que también se une fuertemente a las proteínas (por ej. warfarina) puede producir un aumento en las concentraciones plasmáticas de este fármaco, provocando potencialmente efectos secundarios. Por el contrario, pueden producirse efectos secundarios debidos al desplazamiento de la clozapina unida a las proteínas por otros fármacos fuertemente unidos a las proteínas. La administración concomitante de cimetidina, fármaco que inhibe el sistema de enzima del citocromo P450, puede aumentar los niveles plasmáticos de clozapina, lo cual puede producir efectos adversos. La administración concomitante de fenitoina y posiblemente otros fármacos que inducen el sistema del enzima del citocromo P450, pueden reducir los niveles plasmáticos de clozapina y pueden ser asociados a una recaída de los síntomas psíquicos. El uso concomitante de litio u otros agentes activos del SNC puede aumentar el riesgo de desarrollo de síndrome neuroleptico maligno. En pacientes tratados con Leponex[®], el efecto de aumentar la presión sanguínea de adrenalina y sus derivados puede invertirse.

4.6. Embarazo y lactancia. Embarazo. Los estudios de reproducción en animales no han revelado evidencia de alteración en la fertilidad o daño en el feto debido a clozapina. Sin embargo, no se ha establecido la seguridad del uso de Leponex[®] en mujeres embarazadas. Por tanto, el fármaco solamente deberá usarse durante el embarazo si el beneficio a esperar supera claramente cualquier riesgo potencial. Lactancia. Los estudios en animales sugieren que la clozapina se excreta con la leche, por ello las madres que reciban Leponex[®] no deben amamantar a sus hijos.

4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria. Debido a la capacidad de Leponex[®] de producir sedación y disminuir el umbral convulsivo, deben evitarse cierto tipo de actividades como conducir o utilizar maquinaria, especialmente durante las primeras semanas de tratamiento.

4.8. Reacciones adversas. Hematológicas. La agranulocitosis es un riesgo inherente al tratamiento con Leponex[®]. Aunque resulta generalmente reversible al retirar el fármaco, esta reacción puede ser fatal. La mayoría de los casos (aproximadamente el 80%) se presentan en las primeras 18 semanas de tratamiento. Debido a que es necesaria la inmediata retirada del fármaco para prevenir el desarrollo de agranulocitosis que ponga en peligro la vida, es obligatoria la monitorización del recuento leucocitario (según se describe en "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Puede presentarse, de modo inexplicable, eosinofilia y/o leucocitosis, especialmente en las primeras semanas del tratamiento. Se han descrito casos aislados de diferentes tipos de leucemia en pacientes tratados con Leponex[®]. Sin embargo, no existe evidencia que sugiera una relación causal entre el fármaco y cualquier tipo de leucemia. La frecuencia de aparición descrita se encuentra dentro del intervalo de incidencia básica de estas enfermedades en la población general. De forma excepcional, Leponex[®] puede producir trombocitopenia. Sistema Nervioso Central. La somnolencia y la sedación se encuentran dentro de los efectos secundarios más frecuentemente observados. También puede presentarse mareo o dolor de cabeza. Leponex[®] puede producir cambios en la EEG, incluyendo la aparición de picos y ondas complejas. Leponex[®] puede reducir el umbral convulsivo de forma dosis dependiente y puede provocar convulsiones. Si éstas aparecen, debe reducirse la dosis y, si es necesario, iniciarse un tratamiento anticonvulsivo. Debe evitarse la carbamazepina debido a su potencial para deprimir la función medular ósea y debe considerarse la posibilidad de interacción farmacocinética con otros fármacos anticonvulsivos. Pueden aparecer síntomas extrapiramidales pero son leves y menos frecuentes que los observados durante el tratamiento neuroleptico clásico. Se han descrito rigidez, temblor y acatisia, sin embargo la distonia aguda no se ha establecido como efecto secundario en el tratamiento de Leponex[®]. No se han descrito casos de disonimia tardía debida únicamente al tratamiento con Leponex[®]. Se han descrito casos de síndrome neuroleptico maligno en pacientes tratados con Leponex[®] solo o en combinación con litio u otros fármacos con efectos en el SNC. Sistema Nervioso Autónomo. Se han descrito sequedad de boca, visión borrosa y trastornos en el sudor y regulación de la temperatura. La hipersalivación es un efecto secundario teóricamente inexplicable, pero relativamente frecuente. Sistema Cardiovascular/Respiratorio. Puede presentarse taquicardia e hipotensión ortostática con o sin síncope, especialmente en las primeras semanas de tratamiento. Sin embargo, también puede presentarse, menos frecuentemente, hipertensión. En casos excepcionales se ha observado colapso circulatorio profundo (ver "Advertencias y Precauciones especiales de empleo" e "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). Pueden producirse raramente cambios en el ECG y se ha informado de casos aislados de arritmias cardíacas, pericarditis y miocarditis. Sistema Gastrointestinal. Pueden aparecer náuseas, vómitos y estreñimiento. Se han descrito aumentos en los enzimas hepáticos y, en raras ocasiones, colestasis. Sistema Genitourinario. Se han descrito tanto incontinencia urinaria, como retención urinaria y en pocos casos priapismo. Otros. Pueden aparecer hipertermia benigna, especialmente en las primeras semanas de tratamiento. Se han descrito casos aislados de reacciones cutáneas. En algunos pacientes se ha observado un aumento de peso considerable con el tratamiento prolongado. Se conocen muertes repentinas inexplicables, tanto en pacientes

psiquiátricos sometidos a medicación antipsicótica, como en aquellos pacientes psiquiátricos no tratados. Se han descrito casos aislados de tales muertes en pacientes bajo tratamiento con Leponex[®].

4.9. Sobredosificación. Se han descrito sobredosificaciones fatales con Leponex[®], la mayoría a dosis superiores a 2.000 mg. También ha habido informes de pacientes que se han recuperado de sobredosificaciones en exceso de 4.000 mg. Signos y síntomas. Somnolencia, letargo, coma, arreflexia; confusión, agitación, delirio, hiperreflexia, convulsiones, hipersalivación, midriasis, visión borrosa; termolabilidad; hipotensión, colapso, taquicardia, arritmias cardíacas (en particular bloqueo AV, extrasístoles); depresión o insuficiencia respiratoria. Tratamiento. Lavado gástrico seguido de la administración de carbón activado durante las primeras 6 horas de la ingestión del fármaco (la diálisis peritoneal y la hemodiálisis no son muy efectivas). Tratamiento sintomático bajo monitorización cardíaca continua, vigilancia de la respiración, monitorización de los electrolitos y del balance ácido-base. Deberá evitarse el uso de la adrenalina y sus derivados en el tratamiento de la hipotensión, debido a la posibilidad de un efecto inverso al de la adrenalina, y evitar la quinidina y procanamida en las arritmias cardíacas. Es necesaria una estrecha supervisión médica durante al menos 5 días debido a la posibilidad de reacciones retardadas.

5. DATOS FARMACÉUTICOS

5.1. Lista de excipientes. Leponex[®] 25 mg: Estearato de magnesio, parafina líquida, sílice coloidal anhidro, polivinilpirrolidona, talco, almidón de maíz, lactosa (92 mg). Leponex[®] 100 mg: Estearato de magnesio, parafina líquida, sílice coloidal anhidro, polivinilpirrolidona, talco, almidón de maíz, lactosa (87,60 mg).

5.2. Incompatibilidades. Ninguna.

5.3. Periodo de validez. 3 años.

5.4. Precauciones especiales de conservación. Ninguna.

5.5. Naturaleza y contenido del recipiente. Precio de venta al público. Leponex[®] 25 mg. Envase de 40 comprimidos ranurados en blister. PVP IVA 4 = 1.494,- Ptas. N.M. Leponex[®] 100 mg. Envase de 40 comprimidos ranurados en blister. PVP IVA 4 = 4.651,- Ptas. N.M.

5.6. Instrucciones de uso/manipulación. Ninguna en especial.

5.7. Régimen de prescripción y dispensación. Con receta médica. Especialidad de especial control médico. Condiciones de reembolso por el Sistema Nacional de Salud: aportación reducida.

5.8. Nombre o razón social y domicilio permanente o sede social del titular de la autorización de comercialización.



NOVARTIS

Sistema Nervioso Central

Novartis Farmacéutica, S.A.
Gran Vía de les Corts Catalanes, 764
08013 Barcelona



Nueva presentación en
para el mejor

AHORA
RANURADO



NDRAL[®]


lafaxina



comprimidos ranurados
ajuste de la dosis.



Ahora más que nunca.
El antidepresivo
de 1^a elección.

 **Wyeth**
Psiquiatría

Ahora más que nunca. El antidepresivo de 1ª elección.

VANDRAL®

venlafaxina

FICHA TÉCNICA: 1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: VANDRAL 37,5 mg, VANDRAL 50 mg, VANDRAL 75 mg (Venlafaxina). 2. COMPOSICIÓN: VANDRAL 37,5: Venlafaxina (D.C.I.) (dohidrato), 37,5 mg. VANDRAL 50: Venlafaxina (D.C.I.) (dohidrato), 50 mg. VANDRAL 75: Venlafaxina (D.C.I.) (dohidrato), 75 mg. 3. FORMA FARMACÉUTICA: Comprimidos. Cada comprimido lleva marcado la dosis de principio activo que contiene (37,5 - 50 - 75). 4. DATOS CLÍNICOS: 4.1. INDICACIONES TERAPÉUTICAS: VANDRAL está indicado para el tratamiento de la depresión. 4.2. POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN: Dosificación habitual: La dosis habitual recomendada es de 75 mg al día, administrados en 2 dosis fraccionadas (37,5 mg, dos veces al día). Si después de varias semanas de tratamiento no se obtiene la respuesta clínica esperada, la dosis puede incrementarse hasta 150 mg al día, administrados en dos dosis fraccionadas (75 mg, dos veces al día). Si a juicio facultativo (p. ej. en pacientes con depresión severa u hospitalizados) fuera necesario empezar el tratamiento con dosis superiores, para obtener una respuesta más rápida, la dosis de 150 mg al día puede administrarse en 3 dosis (50 mg, tres veces al día). Seguidamente la dosis diaria debe incrementarse de forma gradual (50-75 mg cada 2 ó 3 días), hasta obtener la respuesta deseada. A continuación, la dosis debe reducirse gradualmente hasta alcanzar el nivel de dosificación habitual, fundamentado en la respuesta y tolerancia del paciente. La dosis máxima recomendada es de 375 mg al día. Forma de administración: Se recomienda ingerir VANDRAL durante las comidas con un poco de agua. Pacientes con insuficiencia renal: Los pacientes con insuficiencia renal deben recibir dosis de VANDRAL (Venlafaxina) menores de las habituales. En los pacientes cuyo índice de filtración glomerular (IFG) sea inferior a 30 ml/min debe reducirse la dosis en un 50%. Pacientes con insuficiencia hepática: En pacientes con insuficiencia hepática moderada, debe reducirse la dosis un 50%. En pacientes con cuadros graves de insuficiencia hepática, deben considerarse reducciones adicionales de la dosis. Pacientes de edad avanzada: Al igual que con otros antidepresivos debe individualizarse la dosis de VANDRAL (Venlafaxina) y administrarse con precaución en pacientes de edad avanzada. 4.3. CONTRAINDICACIONES: VANDRAL (Venlafaxina) está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida al fármaco. No administrar a pacientes de edades inferiores a 18 años. No administrar concomitantemente con inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAOs). 4.4. ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO: Inhibidores de la monoaminooxidasa: No se ha evaluado el uso concomitante de VANDRAL (Venlafaxina) e inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). Esta combinación debe ser evitada. Por la experiencia acumulada con la administración conjunta de IMAO y antidepresivos, deberían transcurrir un mínimo de 14 días entre la suspensión del IMAO y el inicio del tratamiento con VANDRAL. Aunque Venlafaxina y su metabolito activo no tienen vidas medias largas, se recomienda intercalar un período mínimo de 7 días entre la suspensión del tratamiento y el inicio de un tratamiento con un IMAO. Erupciones y posibles eventos alérgicos: Durante los ensayos clínicos un 4% de los pacientes tratados con VANDRAL (Venlafaxina) sufrieron erupciones. Debe advertirse a los pacientes que comuniquen a su médico si se les presenta una erupción, urticaria o fenómenos alérgicos relacionados. Esta especialidad contiene lactosa. Se han descrito casos de intolerancia a este componente en niños y adolescentes. Aunque la cantidad presente en el preparado no es, probablemente, suficiente para desencadenar los síntomas de intolerancia, deberá tenerse en cuenta esta circunstancia. Uso en insuficiencia renal o hepática: En pacientes con insuficiencia renal moderada o grave, o cirrosis hepática, el aclaramiento de VANDRAL (Venlafaxina) y de su metabolito activo (O-desmetilvenlafaxina) disminuyen, prolongando en consecuencia las vidas medias de eliminación de estas sustancias. En estos casos puede ser necesaria la administración de una dosis menor o menos frecuente. VANDRAL (Venlafaxina), al igual que todos los antidepresivos, debe utilizarse con precaución en tales pacientes. Epilepsia: En los pacientes estudiados a nivel mundial, durante el desarrollo de Venlafaxina, se observó que un 0,2% presentaron convulsiones (descritas como una posible crisis comicial). Todos los pacientes se recuperaron. Aunque este índice es bajo, VANDRAL (Venlafaxina) debe, como todos los antidepresivos, administrarse con precaución a los pacientes con antecedentes de epilepsia. Enfermedad cardíaca: Se deberán tomar las precauciones habituales en los pacientes con cardiopatías, pues VANDRAL (Venlafaxina) puede producir hipertensión, palpitaciones y vasodilatación. Terapia electroconvulsiva (TEC): No se han evaluado las ventajas una combinación de terapia electroconvulsiva con VANDRAL (Venlafaxina), por lo que debe evitarse la administración simultánea. Adicción: Los estudios clínicos no han mostrado signos de adicción al medicamento, desarrollo de tolerancia o incremento de la dosis en función del tiempo de tratamiento. Sin embargo, no es posible predecir, en base a los estudios de investigación, hasta qué punto un fármaco activo sobre el sistema nervioso central (S.N.C.), puede, una vez comercializado, ser usado de forma inadecuada y/o abusivamente. Por consiguiente, los médicos deben evaluar en sus pacientes los antecedentes de abuso de medicamentos y controlar si presentan signos de empleo erróneo o abuso de VANDRAL (Venlafaxina), por ej., desarrollo de tolerancia, incremento escalonado de la dosis o comportamiento de adicción al medicamento. Suicidio: En todos los pacientes deprimidos, debe considerarse el riesgo de suicidio. Las prescripciones de VANDRAL (Venlafaxina) deben hacerse por la mínima cantidad de comprimidos compatible con el tratamiento adecuado del paciente, para reducir la posibilidad de una sobredosificación. 4.5. INTERACCIÓN CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN: Inhibidores de la monoaminooxidasa: El uso concomitante con inhibidores de la MAO está contraindicado. Ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo". Fármacos activos sobre el S.N.C.: No se ha valorado sistemáticamente el riesgo del uso de VANDRAL (Venlafaxina) en combinación con otros fármacos activos sobre el S.N.C., excepto en los casos de litio y diazepam. Por consiguiente, se recomienda adoptar precauciones en caso de administración concomitante de VANDRAL (Venlafaxina) con otros fármacos. Cuando Venlafaxina y diazepam o Venlafaxina y litio se administraron conjuntamente a voluntarios sanos, no se observaron alteraciones de los perfiles farmacocinéticos de Venlafaxina y de O-desmetilvenlafaxina. VANDRAL (Venlafaxina) no modificó la farmacocinética de diazepam ni la de litio, ni alteró los efectos psicomotrices y psicométricos inducidos por diazepam. Cimetidina: La cimetidina inhibió el metabolismo de primer paso de VANDRAL (Venlafaxina), pero no ejerció efectos manifiestos sobre la formación o eliminación de O-desmetilvenlafaxina, que se presenta en cantidades mucho mayores en la circulación sistémica. Por tanto, cuando VANDRAL (Venlafaxina) se administra conjuntamente con cimetidina, puede ser necesario ajustar la dosificación. En pacientes de edad avanzada o con distensión hepática, la interacción podría ser más acusada, por lo que en estos pacientes está indicada una monitorización clínica. Etanol: Cuando se administraron alcohol de un modo esporádico (etanol: consumo equivalente a unos 85-0-desmetilvenlafaxina y etanol, no se alteraron. La administración psicomotrices y psicométricos inducidos por etanol en los mismos. Sin embargo, no se recomienda el uso concomitante de VANDRAL (Venlafaxina) y O-desmetilvenlafaxina con las proteínas plasmáticas interacciones medicamentosas por la fijación a las proteínas. Las clínicas, con VANDRAL (Venlafaxina) y antihipertensivos o de incompatibilidad entre VANDRAL (Venlafaxina) y antihipertensivos (Venlafaxina) con warfarina, insulina y digoxina, debido a la falta estudios clínicos en los que se evalúan las ventajas del uso combinado electroconvulsiva (TEC): Ver "Advertencias y precauciones especiales de inducción o inhibición en los sistemas enzimáticos hepáticos puede Cuando se administra concomitantemente Venlafaxina con un de Venlafaxina al mínimo eficaz. Triptolano: La administración una mayor incidencia de efectos secundarios relacionados con la con triptolano en pacientes deprimidos. 4.6. EMBARAZO Y LACTANCIA: Venlafaxina se administró por vía oral a dosis de hasta 80 mg/kg/día el hombre). Con la dosis de 80 mg/kg/día se observó una debase a la toxicidad materna causada por esta dosificación. Ninguna morfológico de los fetos. En otro estudio de teratología en conejos, (aproximadamente 12 veces la dosis máxima recomendada para caracterizado por un ligero incremento de la resorción y la pérdida En ninguno especie, sea cual fuere la dosificación, pudieron observarse de estudios en mujeres embarazadas. Debido a que los estudios humana, sólo debe utilizarse VANDRAL (Venlafaxina) durante el Debe instruírse a los pacientes para que notifiquen a su médico si embarazadas durante el tratamiento. Las mujeres que potencialmente anticonceptivo adecuado si están recibiendo VANDRAL (Venlafaxina). Venlafaxina pasa a la leche materna. Se desconoce si Venlafaxina VANDRAL (Venlafaxina) no debe administrarse durante la lactancia. EFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR VEHÍCULOS Y pueden que VANDRAL (Venlafaxina) no afecta la actividad psicomotriz, pueden deteriorar la facultad de juzgar, pensar o las habilidades maquinaria peligrosa, incluyendo automóviles, debiendo ser advertido adversos observados más corrientemente, en el curso de los ensayos al menos en el 3% de los pacientes tratados fueron: Generales: palpitaciones, vasodilatación. Durante los ensayos clínicos, el de la presión arterial de algunos pacientes. Se observaron incrementos Hg, en comparación con aumentos ligeramente mayores (3,5 mm Hg, aproximadamente) en pacientes tratados con VANDRAL (Venlafaxina) presentaron aumentos estaban relacionados con la dosis. En general, los pacientes tratados con dosis inferiores a 200 mg/día mostraron incrementos menores, mientras que en un estudio de dosis seriadas a corto plazo, la dosis máxima (300 a 375 mg/día) produjo incrementos medios de las presiones arteriales en decúbito y diastólica de 4 mm Hg, aproximadamente, en la semana 4, y de 7 mm Hg, en la semana 6. La presencia de hipertensión tratada o la elevación de la presión arterial basal, durante el tratamiento con VANDRAL (Venlafaxina), no pareció predisponer a los pacientes a incrementos adicionales de la presión. En pacientes tratados con dosis superiores a 150 mg/día pueden ser recomendables controles periódicos de la presión arterial. No se ha evaluado ni utilizado VANDRAL (Venlafaxina) en una cantidad apreciable de pacientes con antecedentes de infarto de miocardio reciente o de cardiopato inestable. Los pacientes con estos diagnósticos fueron excluidos sistemáticamente de todos los estudios clínicos. En un 0,9% de los pacientes tratados con VANDRAL (Venlafaxina) se hallaron anomalías electrocardiográficas clínicamente significativas, frente a un 0,2% en los pacientes tratados con placebo y a un 1,4% en los pacientes del tratamiento comparativo. En ninguno de los grupos se observaron anomalías cuya frecuencia fuese igual o superior al 1%. En los pacientes tratados con VANDRAL (Venlafaxina) no se observaron arritmias importantes ni una prolongación significativa de los intervalos PR, QRS o QTc medios. Durante el tratamiento, la frecuencia cardíaca media se incrementó aproximadamente en 4 latidos/minuto, sustancialmente menos que con los antidepresivos de referencia empleados. Sistema gastrointestinal: anorexia, aumento del apetito, estreñimiento, diarrea, dispepsia, flatulencia, náuseas y vómitos. Metabolismo y nutrición: aumento de peso. Sistema nervioso central: agitación, ansiedad, vahidos, sueños anormales, insomnio, disminución de la libido, nerviosismo, parestesias, somnolencia, temblor y sequedad de boca. Piel y anexos: sudoración, exantemas. Organos sensoriales: trastornos de la acomodación visual. Aparato urogenital: eyaculación y/o orgasmo anormales, impotencia, frecuencia urinaria. Otras reacciones adversas, observadas en menos de un 1% de los pacientes tratados con VANDRAL (Venlafaxina) fueron: Aumento reversible de las enzimas hepáticas (0,5%). Crisis comiciales (0,2%). Aunque los efectos descritos se presentaron durante el tratamiento con VANDRAL (Venlafaxina), no necesariamente deben considerarse causados por el tratamiento. Menos de un 1% de los pacientes tratados con VANDRAL (Venlafaxina) durante los ensayos clínicos, presentó un incremento o pérdida de peso clínicamente significativos. Los ensayos clínicos con VANDRAL (Venlafaxina) no se diseñaron específicamente para evaluar los efectos de la suspensión del tratamiento, puesto que los protocolos requerían una suspensión gradual del mismo. Sin embargo, un análisis retrospectivo de 412 pacientes que suspendieron bruscamente el tratamiento con dosis de ≥ 150 mg/día, no reveló apenas la aparición de síntomas específicos de tipo abstinencia en el momento de la suspensión brusca de VANDRAL (Venlafaxina). Entre los síntomas manifestados se incluyeron fatiga, náuseas y mareos y un episodio hiponimia. Como es sabido con la suspensión del tratamiento de antidepresivos aparecen efectos debidos a la privación y, por consiguiente, se recomienda reducir gradualmente la dosis de VANDRAL (Venlafaxina) y controlar al paciente. 4.9. SOBREDOSIFICACIÓN: En los estudios de toxicología animal, los valores de la Dosis Letal 50 (DL50), de Venlafaxina por vía oral, fueron equivalentes a 45-90 veces la dosis máxima recomendada en el hombre. En el marco de los ensayos clínicos se dispone de 11 informes de sobredosificación aguda de Venlafaxina, solo o en combinación con otros fármacos y/o alcohol. La mayoría de los informes se referían a la ingestión de una dosis total de VANDRAL (Venlafaxina) que no era mucho más elevada que la dosis terapéutica habitual. En los dos pacientes que habían ingerido las dosis más altas, se estimó que habían tomado, aproximadamente, 2,5 y 0,75 g. Todos los pacientes se recuperaron sin secuelas. La mayoría de los pacientes no manifestaron síntomas. En el resto de los pacientes, la somnolencia fue el síntoma más frecuente. Tres pacientes presentaron una taquicardia sinusal leve. Ninguno de los pacientes tratados sufrió convulsiones, sufrimiento respiratorio, trastornos cardíacos significativos, ni presentó anomalías significativas en los pruebas de laboratorio. Además, se ha informado recientemente de un paciente que ingirió 2,75 g de VANDRAL (Venlafaxina) junto con naproxen y tiraxina. Sufrió convulsiones generalizadas y coma, por lo que fue preciso instituir medidas de reanimación de urgencia. La recuperación fue buena, sin secuelas. Tratamiento de la sobredosificación: Debe asegurarse una permeabilidad suficiente de las vías respiratorias, oxigenación y ventilación. Se recomienda la monitorización del ritmo cardíaco y de los signos vitales y el uso de medidas de soporte general y sintomáticas. Debería considerarse la conveniencia de administrar carbón activado, provocar vómitos o, proceder a lavado gástrico. No se conocen antidotos específicos para VANDRAL (Venlafaxina). Venlafaxina y O-desmetilvenlafaxina no se consideran dializables, puesto que el aclaramiento por hemodialisis de ambas sustancias es bajo. 6. DATOS FARMACÉUTICOS: 6.1. Lista de excipientes: Celulosa microcristalina. Lactosa. Almidón glicolato sódico. Estearato magnésico. Óxido de hierro amarillo. Óxido de hierro marón. 6.2. INCOMPATIBILIDADES: No se conocen. 6.3. PERIODO DE VALIDEZ: Tres años. 6.4. PRECAUCIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN: Almacenar a temperatura ambiente, en un lugar seco. 6.5. NATURALEZA Y CONTENIDO DEL RECIPIENTE: Los comprimidos van envasados en blísters de PVC/aluminio. El contenido de los envases es: VANDRAL 37,5: 60 comprimidos. VANDRAL 50: 30 comprimidos. VANDRAL 75: 60 comprimidos. 6.6. INSTRUCCIONES DE USO/MANIPULACIÓN: Los comprimidos de VANDRAL deben ingerirse durante las comidas con un poco de agua. 6.7. PRESENTACIONES Y P.V.P.: VANDRAL 37,5 mg P.V.P.: 7.533 Ptas. y P.V.P. (IVA): 7.834 Ptas.; VANDRAL 50 mg P.V.P.: 4.771 Ptas. y P.V.P. (IVA) 4: 4.962; VANDRAL 75 mg P.V.P.: 12.352 Ptas. y P.V.P. (IVA): 12.847 Ptas.; 6.8. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL Y DOMICILIO PERMANENTE O SEDE SOCIAL DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN: Wyeth-Ort, s.a. Auto. 471. 28080 Madrid. Fecha última revisión: Octubre, 1995. Con receta médica. Aportación reducida. Información Médica: 91-334 64 00.



Wyeth
Psiquiatría

Conéctese *a la Red*



MEDYNET

La mayor red nacional
de información y comunicaciones sanitarias
accesible en Internet



Pº de la Castellana, 123 • 28046 MADRID • Telf.: (91) 555 82 39 • Fax: (91) 555 28 07 • E-Mail: medynet@medynet.com

C/ Caspe, 172 • 08013 BARCELONA • Telf.: (93) 247 24 11 • Fax: (93) 265 52 24 • E-Mail: sanedb@medynet.com

<https://doi.org/10.1017/S113406650002484> Published online by Cambridge University Press



Cisordinol[®]

Zuclopentixol



Duphar



EUROPEAN PSYCHIATRY.

EDICION ESPAÑOLA

Volume 5, Number 6, September 1998

REVIEW ARTICLE

- The Broad spectrum of comorbid depression: implications for treatment.**
J. Mendlewicz..... 352

ORIGINAL ARTICLES

- On the conceptualisation of subaffective personality disorders.**
S. Herpertz, E. M. Steinmeyer, H. Saß..... 366
- Predictability of dropout in unipolar depressed outpatients.**
E. Hoencamp, P.M.J. Haffmans, H.J. Duivenvoorden..... 379

SHORT COMMUNICATIONS

- The tridimensional personality questionnaire (TPQ) and depression.**
M. Hansenne, W. Pitchot, A. González Moreno, P. Y. Machurot, M. Ansseau..... 388
- Suicide and homicide after the fall of communist regimes.**
D. Lester..... 392

CLINICS INFORMS

- Tardive dyskinesia due to risperidone.**
P. Sakkas, L. Liappas, G. N. Christodoulou..... 396
- A case of paroxetine-induced akathisia and a review of SSRI-induced akathisia.**
F. Bonnet-Brilhault, F. Thibaut, A. Leprieur, M. Petit..... 400

LETTER TO THE EDITOR

- Prevention and repression of sexual offenders against children: ethical debate and law.**
P. Pochard, M. Grassin, F. Mauriac, C. Hervé..... 404