

REVISTA 

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA

El dormir y el COVID

Dr. Gerardo Méndez Alonzo

Retos en la capacitación laboral en salud mental

Dr. Alejandro Molina López

Dr. Arturo Garza Vargas

Dr. Francisco Paredes

Protección a la salud mental en época de pandemias

Dra. Ma. Elena Medina Mora

Dr. José Benjamín Guerrero López

Dra. Jacqueline Cortés Morelos

Estigma y arte

Dr. Bernardo Ng

Comité ejecutivo 2020 – 2021

Presidente

Dr. Bernardo Ng

Presidente Electa

Dra. Jacqueline Cortés Morelos

Secretario

Dr. Alejandro Molina López

Tesorero

Dr. David Eduardo Saucedo Martínez

Vicepresidente Regional Centro

Dr. Mario Alberto Olivares Herver

Vicepresidente Regional Sur

Dr. Salvador González Gutiérrez

Vicepresidente Regional Noreste

Dr. Víctor Octavio López Amaro

Vicepresidente Regional Noroeste

Dra. Marisa Morales Cárdenas

Vicepresidente Regional Occidente

Dr. Hugo Delfino Castellanos Martín

Comité científico

Coordinadora

Dra. Ingrid Vargas Huicochea

Miembros

Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe

Dr. Jesús Del Bosque Garza

Dr. Marco Antonio López Butrón

Dr. Enrique Camarena Robles

Comité de finanzas

Coodinador

Dr. Enrique González Ruelas

Miembros

Dr. Lauro Augusto Castanedo De Alba

Dra. Marisa Morales Cárdenas

Dr. David Eduardo Saucedo Martínez

Comité de admisión y membresía

Coordinador

Dr. Alejandro Molina López

Miembros

Dr. Eduardo Ángel Madrigal De León

Dr. Víctor Octavio López Amaro

Dr. Hugo Delfino Castellanos Martín

Comité de estatutos

Coordinadora

Dra. Jacqueline Cortés Morelos

Dr. Armando Vázquez López Guerra

Miembros

Dr. Juan Luis Vázquez Hernández

Dr. Salvador González Gutiérrez

Dr. Mario Alberto Olivares Herver

Comité de elecciones

Coordinador

Dr. Enrique Chávez León

Miembros

Dr. Antonio Ruiz Taviel De Andrade

Dr. Aldo Antonio Suárez Mendoza

Comité de ética

Coordinador

Dr. Alejandro Molina López

Miembros

Dr. Raymundo Macías Avilés

Dr. Fernando López Munguía

Dra. Alba Nelly Sarmiento Buendía

Dr. Oscar Noé Casados Bázan

Coordinadora de Secciones Académicas

Dra. Sherezada Pool García

Secretario Académico

Dr. Dante Manuel Alvear Galindo

Coordinador del Día Mundial de la Salud Mental

Dr. Arturo Leonel Garza Vargas

Coordinadora del Día Mundial de la Salud Mental

y Medios

Dra. Adriana Rodríguez Contreras

Coordinador del Contenido Digital

Dr. Marlon Edu Saavedra Delgado

Coordinador de la Editorial APM Ediciones y

Convenciones en Psiquiatría

Dr. Rafael Medina Dávalos

Bienio Gestión Nombre

1968-1969	Dr. Ramón de la Fuente Muñiz
1970-1971	Dr. Guillermo Calderón Narváez
1972-1973	Dr. Darío Urdapilleta Bueno
1974-1975	Dr. Rafael Velasco Fernández
1976-1977	Dr. Héctor Hernán Tovar Acosta
1978-1979	Dr. Carlos Puchi Regis
1980-1981	Dr. Raymundo Macías Avilés
1982-1983	Dr. Carlos Campillo Serrano
1984-1985	Dr. Antonio Ruiz Taviel de Andrade
1986-1987	Dr. Alejandro Díaz Martínez
1988-1989	Dr. Salvador González Gutiérrez
1990-1991	Dr. Lauro Augusto Castanedo de Alba
1992-1993	Dr. Armando Vázquez López-Guerra

1994-1995	Dr. Gilberto Salgado Arteaga
1996-1997	Dr. Enrique González Ruelas
1998-1999	Dr. Luis Guillermo Ruiz Flores
2000 - 2001	Dr. Enrique Camarena Robles
2002 - 2003	Dr. Marco Antonio López Butrón
2004 - 2005	Dr. Luis Enrique Rivero Almanzor
2006 - 2007	Dr. Jesús Del Bosque Garza
2008 - 2009	Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe
2010 - 2011	Dr. Fernando López Munguía
2012 - 2013	Dr. Eduardo Madrigal De León
2014 - 2015	Dr. Juan Luis Vázquez Hernández
2016 - 2017	Dr. Enrique Chávez Leon
2018 - 2019	Dr. Aldo Antonio Suárez Méndoz

Certificación de Licitud de Título y de Contenido en trámite.

Dir. Gral. de Derechos del Autor: Depto. de Reservas. Reserva en trámite.

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA: PSIQUIATRÍA es el órgano de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. Los artículos y fotografías son responsabilidad exclusiva de los autores. La reproducción parcial o total para uso personal podrá hacerse siempre que se cite a la revista y su autor como fuente; para uso publicitario o promocional requiere la autorización del editor. Toda correspondencia debe ser dirigida a: Dr. Bernardo Ng Solís, Periférico Sur 4194 1er. piso, Jardines del Pedregal, Deleg. Álvaro Obregón, C.P. 01900, México D.F. Tels.: 5652 5576 y 5652 5586. La revista Asociación Psiquiátrica Mexicana: Psiquiatría es realizada por Josué García De la Fuente, coordinación editorial y diseño de portada; Janín Muñoz Mercado, diseño y formación editorial; Valentina Gatti, cuidado de la edición; Valle San Juan del Río 10, Vista del Valle Secc. Elec., Estado de México C.P. 53290, Naucalpan, Estado de México, e-mail: contacto@dtres-agencia.com, sitio web: www.dtres-agencia.com

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA

PSIQUIATRÍA

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN

Mayo-Agosto, 2020 | Vol. 1, No. 1

Contenido

- 4 Editores
- Carta del director general
 - Carta de la presidente electa
-

- 9 Editorial
- El dormir y el COVID-19
 - COVID-19 y el trastorno bipolar
-

- 16 Artículos de interés
- Retos en la capacitación laboral en salud mental
 - Profesionalismo y ética en el uso de la telepsiquiatría en México
-

- 30 Especial: COVID-19
- Protección a la salud mental en época de pandemias
 - Impacto de la pandemia COVID-19 sobre la violencia doméstica y de género en México
 - Sexualidad en tiempos de COVID-19
 - Recomendaciones para la valoración y el seguimiento de pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar durante la pandemia de COVID-19
 - ¿Bioética en la pandemia COVID-19?
-

- 77 Psiquiatría, Estigma y Arte
- Estigma y Arte
 - Mon Laferte “Estigmayarte”



Carta del director general

El día de hoy es un día histórico para la Asociación Psiquiátrica Mexicana, ya que marca el relanzamiento de nuestra revista. Después de una ausencia temporal —aunque mucho más larga de lo deseada— estamos de regreso, ahora en formato digital.

Felizmente, hemos superado los impedimentos administrativos, presupuestales y de propiedad intelectual, por lo que me llena de enorme satisfacción anunciar con este ejemplar el regreso de la Revista de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (RAPM) a tus manos, es decir, a las manos de los miembros de APM.

En esta versión hemos rescatado las características que le dieron a nuestra revista un lugar privilegiado en el pasado y las ha mejorado con ideas vigentes, actuales y de vanguardia. Esta combinación nos ha permitido ofrecer una revista con contenido relevante y de importancia, no sólo para los miembros de la APM, sino también para el resto de los psiquiatras del país, los médicos no psiquiatras, los profesionales de la salud mental y de la salud general; así como para el público en general.

La RAPM se viste de gala y vuelve en forma digital, aprovechando las ventajas en acceso y distribución proporcionadas por las nuevas tecnologías de la información. En este formato, una de las innovaciones más importantes es que invitamos a los psiquiatras recién graduados a publicar una versión sintetizada de sus tesis, ya sea que las hayan publicado en otra revista o no. Otra novedad es la sección para público general, escrita por nuestros propios miembros, con lo que cumplimos con otro objetivo de nuestra asociación: abatir el estigma de la salud mental, favorecer la utilización de nuestros servicios y facilitarle al paciente la selección del profesional más adecuado para sus necesidades.

Pero el objetivo más importante es que esta revista no sólo va a recibir propuestas de contenido de acuerdo con los lineamientos que encontrarán en las siguientes páginas, sino que se mantiene abierta a sugerencias de nuevas secciones. En breve haremos público el método para proponer las mismas, exclusivamente para los miembros de APM. Quedan invitados a leerla, compartirla, citarla, pero sobre todo a construirla.

Aprovecho también para compartirles que la RAPM descansa sobre la estructura de un comité editorial formado por distinguidos psiquiatras miembros de la APM y un grupo de invitados internacionales. Los nombres de estos colaboradores serán dados a conocer en el próximo ejemplar. Ellos fungirán como revisores de las propuestas de aquellos que quieran publicar sus contenidos en nuestra revista. De esta manera, requerimos de tus contribuciones para mantenerla sana, constante, vigente y así evitar futuras ausencias.

Me despido por hoy, en nombre de todos los miembros del comité editorial, quienes te damos la bienvenida, deseosos de que este esfuerzo te resulte atractivo y digno de nuestra asociación, y de que te inspire a contribuir con contenido, ideas y sugerencias.

RAPM, nuestra revista.
¡Arrancamos!

Dr. Bernardo Ng
DIRECTOR GENERAL
PRESIDENTE 2020-2021

Carta de la presidente electa

Queridos (as) socios (as) de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM).

Es para mí un verdadero honor ser parte de este relanzamiento de la Revista de la APM, producto del esfuerzo constante de un grupo de colaboradores que en conjunto han logrado este gran resultado.

Quiero agradecerles a ellos (as) su trabajo e interés por aportar a la APM, desde sus áreas de especialidad, su experiencia y conocimientos, su espontáneo deseo de trabajar y generar lo que están a punto de leer.

Estamos viviendo tiempos difíciles, inmersos en una lucha contra la adversidad, que se ve reflejada en nuestros diferentes ambientes, familiar, laboral, social, de pareja, personal y gremial. Y es justo aquí en donde, a pesar de la adversidad, también vemos la belleza del ser humano, la belleza de nuestros (as) socios (as), reflejada en el trabajo, ejemplo de ello son los contenidos que pueden encontrar en nuestra página oficial <http://psiquiabrasapm.org.mx/>, en nuestra plataforma de contenidos académicos (APMnet), en nuestras redes sociales y en la campaña “Nosotros también nos cuidamos”.

En esta ocasión quiero resaltar este digno trabajo, en el cual seguramente ustedes, como todos (as), se caen un poco por el impacto de esta pandemia y desde ahí toman impulso para generar los artículos que verán plasmados en esta revista electrónica, todos con el objetivo de que la información sea de utilidad para nuestros lectores.

En este ejemplar encontrarán artículos relacionados con COVID-19 en los diferentes aspectos de la salud mental o psicopatología (por ejemplo el sueño y la Bioética), así como diferentes asuntos relacionados con el coronavirus SARS-CoV-2 (en el tras-

torno bipolar o la esquizofrenia), además de temas de interés (el estigma y el arte), e incluso otros más afines a la práctica clínica y docente.

Para los que tienen la oportunidad de trabajar desde casa, sabemos que significa un reto adaptarse para llevar la oficina o el consultorio a sus hogares, en muchos casos (dependiendo de la situación de cada quien) alternado con las aulas virtuales de sus hijos, las demandas familiares y los retos de las diferentes etapas del ciclo vital: el embarazo, la lactancia, el papel de madre o padre, la edad preescolar, la infancia, adolescencia, vida adulta y tercera edad, tal vez cuidando a personas con capacidades diferentes, además de cuidarse a sí mismos, a sus mascotas, y realizando las tareas propias de casa, ante un impacto también económico y mundial.

Esto se torna especialmente complicado para aquellos que están en los hospitales haciendo todo lo posible por salvar vidas y salvarse a ellos mismos de esta y de otras enfermedades, de la discriminación o violencia a las que algunos tristemente se han enfrentado, así como del impacto emocional que esto genera, sensaciones totalmente normales como el miedo, la tristeza, la angustia, el enojo y la frustración.

Es ahí en donde más aprecio y agradezco el valioso esfuerzo de producir este material bibliográfico; seguramente seguirá la publicación de más artículos que espero nos puedan hacer llegar, dando pie a que nuestra revista se enriquezca, crezca y podamos seguir acompañándonos también a lo largo de este camino, el de compartir lo que hacemos y sabemos, a través de lo que a muchos les gusta y satisface, escribir y ver reflejado su esfuerzo en una publicación.

Sean todos (as) bienvenidos y gracias, muchas gracias.
¡Vamos juntos, vamos APM!

Jacqueline Cortés Morelos
PRESIDENTE ELECTA APM
BIENIO 2020-2021

El dormir y el COVID-19

Dr. Gerardo Méndez Alonzo*

*Médico Psiquiatra / Subespecialidad en Trastornos del Sueño
UNAM / Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
Colaborador de la Sección Académica de Trastornos del Sueño APM.

Los cambios en la rutina, la ansiedad y el estrés que se experimentan durante una contingencia como la de COVID-19 propicia que durmamos menos y altera los ciclos de descanso. Este artículo proporciona valiosos consejos para recuperar el sueño y sus efectos reparadores.

El sueño tiene una función restauradora en el sistema inmune, por lo que una disminución en la duración del dormir produce una reducción en las células *Natural Killer* (NK), suprime la interleucina-2, incrementa la proteína C reactiva (PCR), el Factor de Necrosis Tumoral alfa (FNT-alfa) y la quimiocina CXCL9, ocasionando un incremento en el riesgo de enfermedades infecciosas (Wilder-Smith A., Mustafa F.B. *et al.*, 2013).

Un estudio encontró que dormir menos de cinco horas aumentó el riesgo de rinovirus asociado a resfriado común en un 350% (odds ratio=4.50, 95% intervalo de confianza-IC-: 1.08-18.69) comparado con personas que duermen siete horas por noche (Prather A.A., Janicki-Deverts D. *et al.*, 2015).

Por otro lado, el mecanismo a través del cual la COVID-19 causa el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) se desarrolla por medio de la liberación de citoquinas proinflamatorias como la CXCL9 y el FNT-alfa, de la misma manera que en la privación de sueño o la duración corta de dormir (Li X., Geng M. *et al.*, 2020).

Existen algunos estudios con melatonina que, además de regular los ciclos circadianos, disminuye los niveles de FNT-alfa y de otras citocinas proinflamatorias e inhibe el inflammasoma NLRP3, que tiene un papel importante en la proliferación de distintos virus (Zhang R., Wang X. *et al.*, 2020; Anderson & Reiter, 2020).

Hasta el momento, no existen investigaciones acerca de la relación de la duración del dormir, la melatonina y el COVID-19.

EL DORMIR DURANTE LA CONTINGENCIA

La mayoría de las personas durante la contingencia presentan cambios en su rutina, en la exposición de luz, en la actividad física, viven con incertidumbre acerca de la enfermedad y el confinamiento; además, el aislamiento incrementa el estrés, la ansiedad y la depresión, lo que afecta el dormir (Altena E., Baglioni C. *et al.*, 2020).

Es por esto que la Sección Académica de Psiquiatría del Sueño de la Asociación Psiquiátrica Mexicana hace las siguientes recomendaciones:

1. Mantenga un horario regular de sueño (siete-ocho horas por noche).
2. Utilice la cama sólo para dormir y para la actividad íntima.
3. Realice ejercicio durante la mañana.
4. Evite la ingesta de alcohol, tabaco, cafeína, chocolates y refrescos de cola después de las 5 pm.
5. Limite el tiempo que dedica a las noticias en relación al COVID-19, debido a que esta actividad aumenta la ansiedad y se afecta el sueño.
6. Evite pensamientos recurrentes o preocupaciones cerca de la hora de acostarse.
7. Realice actividades relajantes como leer un libro, hacer yoga, meditación.
8. En caso de hacer siesta, que no sea mayor de 20 minutos.
9. Evite la ingesta de líquidos antes de acostarse.

10. Cene ligero, evitando alimentos irritantes o grasos.
11. Antes de acostarse, evite ver la televisión, el celular y demás dispositivos electrónicos, debido a que interfieren con el dormir.
12. Dese un baño relajante con agua tibia.
13. Pase a su cama cuando comience a bostezar o se encuentre relajado(a).
14. Es normal despertarse durante la noche, ya que por la edad disminuye el sueño profundo.
15. Evite ver el reloj cuando se despierte.
16. En caso de no poder dormir, utilice alguna técnica de relajación, respire lento y profundo o ponga atención en la inspiración/expiration durante varios minutos.

FUENTES

- Wilder-Smith A., Mustafa F.B. *et al.* (2013). Impact of partial sleep deprivation on immune markers. *Sleep Med*, 14(10), 1031-1034.
- Prather A.A., Janicki-Deverts D. *et al.* (2015). Behaviorally assessed sleep and susceptibility to the common cold. *Sleep*, 38(9), 1353-1359.
- Li X., Geng M. *et al.* (March 5, 2020). Molecular immune pathogenesis and diagnosis of Covid-19. *J Pharm Anal*. DOI: 10.1016/j.jpha.2020.03.001.
- Zhang R., Wang X. *et al.* (March 23, 2020). Covid-19: Melatonin as a potential adjuvant treatment. *Life Sci*, DOI: 10.1016/j.lfs.2020.117583.

- Anderson G. & Reiter R.J. (April 21, 2020). Melatonin: roles in influenza, Covid 19 and other viral infections. *Rev Med Virol*, DOI: 10.1002/rmv.2109.
- Altena E., Baglioni C. *et al.* (April 4, 2020). Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy. *J Sleep Res*, DOI: 10.1111/jsr.13052.

COVID-19 y el trastorno bipolar

Dra. Ingrid Vargas Huicochea*

*Médica psiquiatra, doctora en Ciencias por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Académica del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM.

La pandemia de SARS-CoV-2 ha tenido impacto no sólo en la salud física y en la economía, sino también en la salud emocional y psicológica de las personas. Las poblaciones vulnerables enfrentan un reto mayor y obligan a redoblar esfuerzos del personal sanitario durante la contingencia sanitaria.

En la televisión y la radio, en los noticieros, los comerciales y los programas, todos tocan el tema; en las pláticas virtuales con amigos y familiares y, por supuesto, en las redes sociales, el tópico frecuente es el nuevo coronavirus y la COVID-19.

Esta pandemia ha sacudido al mundo, no sólo en la salud física de los individuos sino también en lo social, lo económico, lo político y en lo psicológico. Muchos se encuentran preocupados por la incertidumbre que se siente alrededor, algunos otros piensan que es una situación grave y delicada pero no entran en pánico y, desafortunadamente, varios más consideran que es una exageración todo lo que se dice sobre el virus. Lo cierto es que vivimos un momento históricamente inesperado, algo nuevo que nos ha llevado a adoptar medidas que antes se concebían sólo en las películas catastrofistas de Hollywood. No es extraño entonces que todo lo que

estamos viviendo sea campo fértil para la aparición de emociones mayormente negativas como ansiedad, tristeza, miedo, enojo y aburrimiento, entre muchas otras.

Ahora, hay poblaciones aún más vulnerables, no solamente porque tienen ya una condición de enfermedad crónica que involucra el aspecto emocional (como es el caso de la bipolaridad), sino por comorbilidades como sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes, que los colocan en un riesgo mayor de enfermar de COVID-19, por lo que entenderemos la relevancia de redoblar esfuerzos para no presentar recaídas durante esta temporada de contingencia sanitaria.

El trastorno bipolar, alguna vez conocido como enfermedad maníaco-depresiva, se caracteriza por la presencia de alteraciones del estado de ánimo (de-

presión y manía). Cuando la persona tiene un episodio maníaco puede presentar irritabilidad, excitabilidad, euforia y un nivel elevado de energía, mientras que, cuando se encuentra en depresión, tiende a haber ánimo bajo, desgano, indiferencia, desesperanza y falta de energía.

Una infinidad de estímulos pueden provocar que un paciente con trastorno bipolar se descompense y presente una recaída (un episodio nuevo). La ansiedad, el miedo y el estrés suscitados por la pandemia de COVID-19 pueden desencadenar crisis tanto de manía como de depresión. Es por ello que, frente a esta condición de estrés sostenido por la emergencia sanitaria que vive el mundo, hay algunos puntos a considerar por aquellos que viven con trastorno bipolar:

1. **No suspender las citas con su psiquiatra.**
La gran mayoría de psiquiatras están brindando atención por telemedicina (a distancia), así que lo más recomendable para los pacientes es mantener consultas con regularidad para poder tener un adecuado monitoreo de su condición mental.
2. **Verificar que se tienen dosis suficientes de medicamento.**
Una vez acordado con el psiquiatra, revisar cómo están las existencias de medicamentos. Es ideal que se tenga incluso un extra, para no quedarse sin las dosis necesarias y optimizar cada oportunidad de acudir a la farmacia, disminuyendo en la medida de lo posible estas salidas. Si la farmacia de confianza tiene servicio a domicilio, también es un recurso que puede utilizarse.
3. **Hay que buscar tener estructura en las actividades del día.**
Definitivamente, es mejor para la mente humana despertar y tener una idea de qué co-

sas se tienen que hacer. Si la persona no tiene actividades laborales o escolares específicas (como el teletrabajo o las clases a distancia), es aconsejable estructurar un calendario o formato que ayude a marcar tiempos para las actividades. Esta agenda de tareas puede ser flexible (no es necesario que sea tan estricta) pero sí debe dar una idea de qué hay que cubrir o cuáles son los objetivos del día; por ejemplo, poner una hora más o menos constante de despertar y de acostarse a dormir, horas para aseo personal, horario para limpieza de la habitación, para arreglar el armario, para intentar alguna manualidad, para cocinar, para hacer un poco de ejercicio, para leer, para chatear con los amigos, para jugar videojuegos, ver series, y muchas otras actividades más.

4. **Higiene del sueño.**

Un sueño saludable es algo a lo que aspiramos que logre todo paciente con trastorno bipolar y es complicado (aún cuando no estemos atravesando una pandemia), pero es particularmente necesario en este periodo para prevenir la aparición de alguna recaída. El sueño es cuestión de disciplina, por ello es importante mantener horarios para despertar y para acostarse más o menos constantes, sin distinción de los días entre semana o de fin de semana. Un adulto debe dormir entre seis y nueve horas, no más, y es ideal que el sueño comience durante la primera mitad de la noche (es decir, una persona debería empezar su sueño entre las 20:00 y las 23:00 horas).

Es recomendable no tomar siestas durante el día (especialmente si son mayores de diez o 15 minutos), establecer una rutina para dormir, evitar dispositivos como las tabletas o teléfonos inteligentes desde un

par de horas antes de dormir, tomar una cena ligera más o menos una hora antes de irse a la cama y tratar de no estar recostado en la cama durante el día.

La actividad física diurna también ayudará a tener un mejor descanso por la noche.

Acatando las restricciones sanitarias de salida y las recomendaciones de sana distancia, hay que buscar tener cierta exposición a la luz solar, ya que además de ayudar a la síntesis de vitamina D, propicia la regulación del ciclo luz-oscuridad del cerebro.

Si la persona nota una mayor dificultad para dormir, es importante comunicarlo al psiquiatra para que juntos opten por la mejor alternativa.

5. No aislarse socialmente.

Probablemente un gran reto dentro de toda esta experiencia de la pandemia del coronavirus es el enfrentarnos al aislamiento, el cual debería ser idealmente sólo físico, aunque inevitablemente termina siendo en mayor o menor grado también social.

Si bien las redes sociales y las facilidades tecnológicas de hoy en día brindan por momentos la sensación de mantenernos siempre en contacto con el mundo, para los pacientes con trastorno bipolar es primordial tener una cercanía social con aquellos que los conocen bien y que saben de su trastorno. En un mundo ideal, cada paciente con bipolaridad estaría guardando la cuarentena en la casa de sus familiares para tener apoyo y monitoreo constante; sin embargo, si esto no fuera posible, sería deseable que hablen por lo menos una vez al día con aquellos familiares o amigos cercanos que pudieran detectar cualquier dato incipiente

de un nuevo episodio o datos respiratorios que sugieran infección viral, para contactar rápidamente al médico pertinente.

Finalmente, es importante recordar que todo esto es transitorio y que todos podremos salir adelante de ello si acatamos las recomendaciones de las autoridades. Es necesario contar con información real a través de los canales formales de la Secretaría de Salud, evitar pasar mucho tiempo revisando Facebook o Twitter por la enorme cantidad de noticias falsas que sólo generan más angustia, comer bien, dormir bien y alimentarse saludablemente, tomar diariamente y de manera adecuada la medicación para el trastorno bipolar, mantenerse en movimiento (actividad física) y no aislarse del mundo sino apoyarse en él.

Existen teléfonos para informarse sobre el coronavirus y la COVID-19 como la línea de atención de la UNAM (55-411630 y 800-4610145); la Secretaría de Salud tiene una *app* oficial que puede descargarse en sus celulares; la SEP da apoyo psicológico a través de EDUCATEL (55 3601 7599 y 800 288 66 88); el Consejo Ciudadano para la Seguridad y Justicia de la Ciudad de México también brinda atención psicológica 24 horas todos los días en el 55 5533-5533. La Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) otorga atención a distancia en el número de WhatsApp 8180881944, en el email urgenciaspsicologicas.fapsi@gmail.com y por Facebook Uni Contigo Fapsi; la Clínica de la Universidad Anáhuac de México recibe solicitudes de apoyo psicológico en el correo clinicapsicologia.uams@anahuac.mx; la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ), por medio de su Programa de Atención Psicológica a Distancia, atiende en el teléfono 492 303 8755 y el email atencionpsicologicaadistancia@uaz.edu.mx; la Universidad Autónoma de Yucatán remite a los interesados a los servicios de salud de la entidad a través del teléfono 800 982 2826; y la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP) canaliza este tipo de servicios al Centro de Bienestar y

Acompañamiento Psicológico en el teléfono 444 175 5579 y el email falonso543@gmail.com

FUENTES

Canady V.A. (2020). Mental health groups providing support, education in wake of COVID-19. *Mental Health Weekly*, 30(11), 1-3.

Li S. & Zhang Y. (2020). Mental healthcare for psychiatric in patients during the COVID-19 epidemic. *General Psychiatry*, 33(2), e100216.

Zhou X., Snoswell C.L. *et al.* (2020). The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. *Telemedicine and e-Health*.

Retos en la capacitación laboral en salud mental

Dr. Alejandro Molina López*, Dr. Arturo Garza Vargas**,
Dr. Francisco Paredes***

.....
*Secretario General APM Bienio 2020-2021; asistente de la Dirección General, Servicios de Atención Psiquiátrica, Secretaría de Salud.

**Coordinador Día Nacional de Salud Mental APM, vocal de la Sección Académica Psiquiatría Laboral; profesor de Psiquiatría Laboral TECsalud.

***Coordinador de la Sección Académica Psiquiatría Laboral; coordinador de Evaluación de Salud en el Trabajo, Delegación Estado de México Oriente, Instituto Mexicano del Seguro Social.

.....

Como en todas las organizaciones y entornos laborales, la capacitación es fundamental para garantizar la eficiencia y la productividad. La salud mental, en este sentido, requiere estrategias particulares basadas en intervenciones éticas y sustentables.

GENERALIDADES DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD MENTAL LABORAL

Un aspecto fundamental para garantizar la calidad y eficiencia de la productividad, así como el desarrollo de un clima laboral favorable en el sector industrial y sus trabajadores, es la educación continua, capacitación o entrenamiento del personal laboral. Se entiende la capacitación como “el proceso de enseñanza-aprendizaje que propicia el desarrollo de aptitudes para transformar positivamente la conducta del personal con respecto a su trabajo” (Pinedo-Guerra, 1990).

Toda capacitación debe ser estratégicamente gestionada y desarrollada desde la perspectiva de las necesidades del personal a capacitar, debiendo buscar un equilibrio entre la capacitación técnico-operativa y los aspectos éticos relacionados con la práctica laboral (Corfield, 2020). Habitualmente, las necesidades de capacitación se organizan o gestionan con cierta antelación por parte del área de recursos humanos de la institución o corporativo que recluta a los trabajadores a capacitar; lo ideal es que los trabajadores participen en este proceso, y siempre proyectando el resultado en que el beneficio no se limite a las necesidades del trabajo sino también a nivel social.

Asimismo, la capacitación laboral debe realizarse desde una perspectiva estructurada y profesional. De hecho, la mayor parte de las intervenciones para mejorar aspectos como el ausentismo o la baja productividad son de tipo educacional (Tarro, 2020). Lamentablemente, en nuestros días muchos de los aspectos organizacionales están siendo vorazmente acaparados por estrategias no profesionales que se basan más en la persuasión que en la aplicación de la evidencia científica y en la experiencia profesional. Si bien estas estrategias no profesionales podrían aparentemente estar enfocadas en la obtención rápida de resultados específicos en la productividad o en los ingresos económicos de la empresa, la perspectiva de capacitación debe basarse en intervenciones éticas y sustentables que tomen en cuenta todo el proceso de salud-enfermedad y de desarrollo psicosocial, ya que la capacitación estructurada del personal tiene un impacto favorable en los procesos de gestión e implementación laboral (Nathoo, 2020).

Considerando que la salud mental es un concepto indisoluble de la definición general de salud que corresponde al estado completo de bienestar psicosocial y no sólo a la ausencia de enfermedad (OMS, 2006), deben de tomarse en cuenta todas las acciones encaminadas a adquirir y renovar conocimientos teórico-prácticos de salud mental, empezando, por supuesto, con la capacitación grupal.

Por ello, la capacitación en salud mental es una actividad que debe promoverse y estimularse en todos los sectores laborales, incluyendo el área administrativa, directiva y operativa, desde una perspectiva estructurada y profesional, y debe de tomar en cuenta el proceso de salud y de enfermedad entre los trabajadores, y no sólo limitarse a la búsqueda de resultados. Se tienen buenos resultados al implementar capacitación y educación continua para disminuir la carga de ciertas enfermedades ocupacionales (Martínez-Jarreta, 2020).

Desafortunadamente, existen diferentes limitaciones en la oferta, en la demanda y la gestión de este tipo de capacitación a nivel laboral, las cuales se enumeran a continuación.

1. Limitación en la oferta de capacitación en salud mental laboral.

Las opciones de capacitación en salud mental enfocadas al área laboral o corporativa no son frecuentes o accesibles. Los temas de capacitación en salud mental laboral no son variados y suelen estar enfocados a síndromes más conocidos por los anglicismos *mobbing* y *burnout* (que se refieren al acoso y desgaste laboral, respectivamente); las actividades educativas suelen estar encaminadas a la detección de estas condiciones, en vez de profundizar en los procesos psicosocial y organizacional que generan como consecuencia dichos síndromes (Gillen, 2017).

2. Limitación en la cantidad y calidad profesional de los capacitadores.

Los escasos capacitadores en salud mental suelen ser profesionales independientes que optan por especializarse en el área, que en contadas ocasiones ofrecen una certificación o una supervisión colegiada que garantice que los estándares educativos de la capacitación se han cumplido y que se vean reflejados en los resultados o procesos de la actividad laboral. En limitadas ocasiones es posible que una empresa pueda gestionar la presencia de un capacitador con un perfil profesional académico o científico comprobado y reconocido para impartir conferencias o cursos breves. En tales casos, las capacitaciones suelen realizarse gracias a la buena disposición tanto de la empresa como del capacitador, y pueden llevarse a cabo mediante acuerdos o invitaciones no

oficiales y ocasionales, cuando lo conveniente y procedente sería a través de convenios, contratos o cartas-intención de colaboración, ofreciendo reconocimiento económico y académico al capacitador, con los cuales las oportunidades de capacitación continua serían más sustentables a mediano y largo plazo, y la motivación personal y profesional para los capacitadores aumentarían significativamente.

3. Falta de apoyo al trabajador interesado en la capacitación en salud mental extra-curricular.

En ocasiones, puede haber trabajadores preocupados por su propio desarrollo personal o profesional que buscan opciones de capacitación externas, y a la vez continuar cumpliendo con los objetivos laborales en la empresa. Este deseo genuino de desarrollo puede ser rápidamente limitado cuando el trabajador no comparte los mismos intereses desde la perspectiva del empleador o de las políticas de la empresa, por lo que las únicas opciones de capacitación sólo se pueden realizar a través de tiempos y espacios fuera de la jornada laboral, y costeadas con los recursos propios del trabajador, lo cual termina siendo complicado y desmotivador para los trabajadores que tienen este entusiasmo de desarrollo personal. Lo anterior puede ser especialmente preocupante al limitar al trabajador sobre aspectos de capacitación en salud mental, ya que algunos sectores laborales, como el relacionado con Derechos Humanos, son proclives a desarrollar algunas condiciones de salud mental (Joscelyne, 2015).

4. Escasa demanda de capacitación en circunstancias ordinarias y sobredemanda en emergencias.

Normalmente, ni los directivos ni los empleados suelen solicitar o buscar capacitaciones específicas en temas de salud mental en condiciones habituales, por lo ya comentado en el inciso anterior, en el que la salud mental se considera un asunto de cada individuo y no un tema grupal y comunitario. Aunque algunos directivos o reclutadores podrían considerar que la salud mental puede verse como un asunto deseable para los trabajadores o la empresa, generalmente termina considerándose un asunto que puede postergarse o inherente al círculo individual de cada trabajador.

Sin embargo, ante la presencia de emergencias locales o generales (desastres) que ponen al límite las capacidades de adaptación de una comunidad, la demanda de capacitación en salud mental puede aumentar en forma súbita en diferentes sectores de la población; un ejemplo es la actual pandemia de COVID-19, en la que la presencia de estrés en los trabajadores durante el afrontamiento de una emergencia o desastre genera un incremento en la necesidad de capacitación que desafortunadamente no puede cubrirse en forma completa ni estandarizada (Mincin, 2019), o bien cuando existe un tema de salud mental en un trabajador que pueda resultar impactante o perturbador en sus compañeros, por ejemplo una conducta suicida, la intoxicación por sustancias o casos de violencia dentro del ambiente laboral (Beattie, 2020).

Es importante recordar que la capacitación es un esfuerzo que debe realizarse antes de que las emergencias se presenten, y no cuando están en su plena manifestación, ya que implementar la capacitación en el transcurso de una emergencia (que es lo que

más frecuentemente ocurre) no garantiza la calidad del aprendizaje de las habilidades requeridas para su adecuada aplicación.

LA NOM-035 Y SU PERSPECTIVA SOBRE CAPACITACIÓN EN SALUD MENTAL

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) señaló en 2013 que algunos de los riesgos tradicionales han disminuido gracias a la seguridad, adelantos tecnológicos y mejor normatividad existente (OIT, 2013). Sin embargo, paralelamente se registra un aumento en los nuevos tipos de enfermedades profesionales, denominados riesgos emergentes, sin que se apliquen medidas de prevención, protección y control adecuados. Dentro de los riesgos emergentes se incluyen a los riesgos de factor psicosocial.

Derivado de lo anterior, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) de México elaboró y presentó el proyecto de norma PROY-NOM-35-STPS-2016 el 26 de septiembre de 2016, dentro del marco de la 5ª sesión ordinaria del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Este proyecto de norma tuvo como objetivo fundamental establecer los elementos para identificar y prevenir los factores de riesgo psicosocial y promover un entorno organizacional favorable en los centros de trabajo. Dentro de las atribuciones de esta norma, se destacan:

1. Está alineada con las obligaciones del Reglamento Federal de Salud y Seguridad en el Trabajo.
2. Tiene obligaciones diferenciadas para los centros de trabajo de acuerdo a la cantidad de trabajadores.
3. La participación de especialistas sólo es requerida para los casos graves: la exposición

de acontecimientos traumáticos severos, que se compruebe exposición a los factores de riesgo psicosocial.

4. Los centros de trabajo de hasta 15 trabajadores están exentos de aplicar evaluaciones.
5. Hace énfasis en la prevención.
6. Prevé una entrada gradual de las obligaciones patronales.
7. Proporciona un método para identificar los factores de riesgo psicosocial y evaluar el entorno organizacional, pero está permitido el uso de otros métodos.

Con lo anterior, podemos ver que el espíritu de la norma ha consistido en hacer énfasis en las medidas de identificación y prevención; sin embargo, se hace patente la necesidad de capacitación en definir qué son los factores de riesgo psicosocial.

Este proyecto de norma ha tenido un logro significativo al publicarse y cristalizar en octubre de 2019 la NOM-035-STPS-2018 (Diario Oficial de la Federación, 23 de octubre de 2018), la cual deposita en la figura patronal varias obligaciones relacionadas con la prevención, atención y seguimiento de diversos factores psicosociales en el trabajo, encaminadas a gestionar, desarrollar y ejecutar diversos programas y evaluaciones en los niveles organizacional, grupal e individual en la plantilla de trabajadores.

Al analizar en forma específica el componente de capacitación en temas relacionados con salud mental a nivel laboral, la NOM-035-STPS-2018 contempla principalmente dos tipos de rubros de capacitación, como parte de las medidas de prevención y acciones de control de factores de riesgo psicosocial y la violencia laboral, así como para la promoción del entorno laboral favorable:

- 1.- Capacitación a los trabajadores para la adecuada realización de las tareas encomenda-

das, la participación proactiva, la comunicación proactiva y la sensación de sentido de pertenencia (inciso 8.1-C).

- 2.- Capacitación y sensibilización a los directivos, gerentes y supervisores para la prevención de factores de riesgo psicosocial y la promoción de entornos organizacionales favorables, con énfasis en el manejo de conflictos de trabajo, prohibir la discriminación, fomentar la equidad, el respeto y la comunicación entre supervisores y trabajadores, así como entre los trabajadores (inciso 8.2-5).

A pesar de que las necesidades de capacitación incluidas en la NOM-035-STPS-2018 (Diario Oficial de la Federación, 23 de octubre de 2018) cumplen con el objetivo general de proteger al trabajador de riesgos psicosociales relacionados con el entorno laboral, éstas pueden no resultar suficientes para incluir algunos aspectos de prevención, detección oportuna y seguimiento de la salud mental en los trabajadores, y aún menos en emergencias como la actual pandemia de COVID-19, ya que los estresores aumentan significativamente no sólo a nivel laboral, sino también social.

La detección de factores psicosociales en el ámbito laboral sin la realización de actividades complementarias, como la capacitación en salud mental laboral, termina siendo una herramienta limitada y exclusivamente enfocada en detectar riesgos o daños exclusivos del microsistema laboral, cuando la estrategia debe proyectar un alcance en el macrosistema psicosocial comunitario al enfocarse en mejorar el funcionamiento individual y, con él, en la productividad y clima laboral.

Abordar temas relacionados con la salud mental en el área laboral tiene otras ventajas, como la posibilidad de realizar intervenciones en los trabaja-

dores que tienen problemas de violencia de pareja (Adhia A., Gelaye B. *et al.*, 2019), o la posibilidad de detectar la exposición anterior o actual de violencia laboral o acoso sexual en el ámbito laboral (Smith-Han K., Collins E. *et al.*, 2020). Asimismo, se recomienda que los trabajadores sean continuamente capacitados en temas de importancia desde la perspectiva tanto social como ocupacional, por ejemplo, trastornos depresivos y de ansiedad, higiene del sueño, prevención de la violencia familiar y sexual, prevención y manejo de adicciones, entre otros.

Desde luego, debe permanecer la instrucción de mantener capacitado al personal en condiciones como prevención y manejo del estrés laboral, *burnout* o acoso laboral, tomando en cuenta que ciertas profesiones pueden tener cierta tendencia a desarrollar este tipo de condiciones desfavorables (De Araujo-Leite T.I., Costa Fernandes J.P. *et al.*, 2019); sin embargo, toda capacitación, evaluación o intervención debe ser encaminada a mejorar las esferas intra e interpersonal en los trabajadores, y no limitarse a los aspectos de productividad laboral.

CONCLUSIONES

La capacitación en salud mental al personal operativo, administrativo y directivo del sector industrial o empresarial puede ser una excelente inversión a mediano y largo plazo, con una proyección de efectos benéficos tanto en los índices de productividad y eficiencia en las corporaciones laborales como en el sector social y familiar. Se cuenta aún con una falta de conocimiento sobre los factores de riesgo psicosocial, por lo que debe promoverse la capacitación a los patrones y trabajadores en la materia.

La capacitación debe estar vinculada a programas de orientación o atención clínica operados por profesionales certificados, y las corporaciones

deben otorgar las facilidades para que los trabajadores puedan tener acceso tanto a los programas de capacitación como a una atención en salud mental con calidad técnica y humana, a un costo asequible para el trabajador y que pueda hacerlo en forma voluntaria, confidencial y otorgando las debidas facilidades contempladas en la Ley Federal del Trabajo para las condiciones de salud.

Las acciones encaminadas a detectar los factores psicosociales promovidas por la NOM-035 no precisamente engloban aquéllas relacionadas con preservar la salud mental, ya que la atención de los factores de riesgo se enfoca en prevenir los conflictos o problemas personales o interpersonales dentro del trabajo, mientras que la atención a la salud mental, además, lo hace en el funcionamiento y desarrollo óptimo de un individuo dentro de los entornos personal, familiar, social y, por supuesto, laboral. En otras palabras, proteger a los trabajadores de los riesgos psicosociales laborales no es equivalente a preservar su salud mental, y el no preservar la salud mental laboral puede resultar, irónicamente, en un riesgo psicosocial en sí mismo.

Desarrollar estos esfuerzos de capacitación no sólo tendrá impacto en el buen desarrollo laboral o corporativo en la actividad y productividad habitual de los centros de trabajo, sino que además ofrecerá mejor calidad de respuestas a nivel individual o corporativo ante la presencia de emergencias o desastres, como la actual crisis sanitaria generada por la pandemia de COVID-19. Y, desde luego, es aquí donde la inspección del trabajo debe participar llevando a cabo su atribución de vigilar el cumplimiento de las condiciones generales de trabajo, con el fin de obtener la dignidad en el trabajo y los trabajadores.

FUENTES

Adhia A., Gelaye B. *et al.* (2019). Workplace interventions for intimate partner violence: A systematic

review. *Journal of Workplace Behavioral Health*. 34(3). DOI:10.1080/15555240.2019.1609361. Leit

Beattie J., Innes K. *et al.* (2020). Workplace violence: Examination of the tensions between duty of care, workers safety, and zero tolerance. *Health Care Manage Review*. DOI:0000000000000000286.

Corfield L., Williams R.A. *et al.* (2020). Prepared to practice? UK Foundation doctors' confidence in dealing with ethical issues in the workplace. *Journal of Medical Ethics*. DOI:10.1136/me-dethics-2019-105961.

De Araujo-Leite T.I., Costa Fernandes J.P. *et al.* (2019) Prevalence and factors associated with burnout among university professors. *Revista brasileira de Medicina do Trabalho*, 17(2).170-9.

Diario Oficial de la Federación. (23 de octubre de 2018). NOM-035-STPS-2018. Disponible en <https://bit.ly/2XRHvDc>

Gillen P.A., Sinclair M. *et al.* (2017) Intervention for prevention of bullying in the workplace. *Intervention*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*;1:CD009778.

Joscelyne A., Knuckey S. *et al.* (2015). Mental health functioning in the human rights field: Findings from an international internet-based survey. *PLoS One*, 10(12): e0145188. DOI:10.1371/journal.pone.0145188.

Martínez-Jarreta B., Majery N. *et al.* (2020). Improving education and training to reduce the burden of occupational cancer. The Riga-European Association of Schools of Occupational Medicine (EASOM) statement of work-related cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2279; doi:10.3390/ijerph17072279.

- Moreno-Villatoro, J.D. (27 y 28 de agosto 2018). Marco Legal de los factores de riesgo psicosocial; conferencia dentro de la 1a. Jornada Laboral del Instituto Mexicano del Seguro Social sobre factores psicosociales, estrés y salud mental en el trabajo. México: Oficinas Centrales del IMSS.
- Mincin J., Hansen R. (2019) Disaster mental health in higher education: A review. *Journal of Emergency Management* 17(3). 217-214. DOI:10.5055/jem.2019.0421.
- Nathoo N.A., Sidhu R., Gingerich A. (2020). Educational impact drives feasibility of implementing adily assessment in the workplace. *Teaching and Learning in Medicine*. DOI:10.1080/10401334.2020.179162.
- Organización Internacional del Trabajo (abril 2013). La prevención de las enfermedades profesionales. 1ª edición, Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (octubre 2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos, suplemento de la 45ª edición. Disponible en <https://bit.ly/2zqpsKX>
- Pinedo-Guerra M. (1990). Desarrollo de la capacitación en México: algunas modalidades predominantes. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*. 20(2). 111-131.
- Smith-Han K., Collins E. *et al.* (2020). Measuring exposure to bullying and harassment in health professional students in a clinical workplace environment: Evaluating the psychometric properties of the clinical workplace learning NAQ-R scale. *Medical Teaching*, 14;1-9. DOI:10.1080/0142159X.2020.1746249.
- Tarro L., Llauradó E. *et al.* (2020). Effectiveness of workplace interventions for improving absenteeism, productivity, and work activity of employees: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17. DOI:10.3390/jerph17061901.

Profesionalismo y ética en el uso de la telepsiquiatría en México

David Eduardo Saucedo Martínez*, María Fernanda Flores Mejía**

*Director Académico de la Especialidad Médica en Psiquiatría de la Escuela Nacional de Medicina del TEC de Monterrey; profesor del servicio de geriatría del Hospital Universitario “José Eleuterio González”; tesorero de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM), bienio 2020-2021.

**Residente en la Especialidad de Psiquiatría del Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas, TEC de Monterrey - Servicios de Salud de Nuevo León.

Ante eventos críticos como la pandemia por COVID-19, es pertinente revisar la relación médico-paciente a la luz de las tecnologías de la información, sobre todo en la práctica de la telepsiquiatría y sus implicaciones éticas, manteniendo sus cuatro pilares básicos.

RESUMEN

La telepsiquiatría (TP) es una herramienta de la telemedicina (TM) que ha mostrado ser eficiente, confiable y útil. Ante un rápido y disruptivo crecimiento en las tecnologías de la información, resulta necesario revisar aspectos relacionados con el profesionalismo y aspectos éticos en la práctica de la TP; especialmente ante eventos críticos como la pandemia por COVID-19. La relación médico-paciente es el pilar en el que se basa la práctica de la TP. Ésta debe incluir los cuatro principios básicos de la ética: la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia. Es necesario generar mayor evidencia, a través de estudios homogéneos, en

este campo clínico, con el fin de integrar el conocimiento obtenido en guías clínicas que consideren el profesionalismo y la ética médica en la práctica de la TP.

PALABRAS CLAVE

Telepsiquiatría (TP), telemedicina (TM), ética, profesionalismo, psiquiatra, paciente, tecnologías.

Financiamiento: el presente artículo no ha recibido apoyo ni remuneración económica del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses: ninguno.

INTRODUCCIÓN

La telepsiquiatría (TP) corresponde a una rama de la telemedicina (TM) y, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define telemedicina como “la prestación de servicios de atención médica, donde la distancia es un factor crítico por parte de todos los profesionales de la salud que utilizan tecnologías de información y comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, investigación y evaluación, y para la continuación de la educación de proveedores de servicios de salud, todo en aras de promover la salud de las personas y sus comunidades” (WHO, 2010).

Así, podemos entender la TP como la prestación de atención médica y el intercambio de información por medio de tecnologías de información y comunicación con el fin de proporcionar servicios psiquiátricos a distancia (Hilty D.M., Luo J.S. *et al.*, 2002). La TP tiene en práctica más de 50 años y por lo general se lleva a cabo en entornos organizacionales, supervisados y que operan bajo protocolos específicos, o bien, en las oficinas y hogares de psiquiatras independientes que operan de manera autónoma. Esta abarca múltiples medios para la provisión de sus servicios, como los correos electrónicos, mensajes de texto, videoconferencias, registros médicos y su almacenamiento electrónico, aplicaciones y evaluaciones digitales. Actualmente, se reconoce que la TP ha permitido una evaluación y diagnóstico confiable de una amplia gama de afecciones psiquiátricas, ha aumentado el acceso a la atención psiquiátrica en áreas rurales, suburbanas y urbanas; asimismo, se ha observado un ahorro de los costos y tiempos, y ha mostrado resultados positivos en términos de validez, confiabilidad y eficacia (Hilty D.M., Marks S.L. *et al.*, 2004). Incluso, existe evidencia de concordancia en el diagnóstico establecido de

manera presencial (cara a cara) en relación con las consultas por TP (Mazhari *et al.*, 2019).

Si bien es cierto que aún falta abordar y profundizar en diversos factores como el impacto que la atención virtual o la atención a distancia puede tener en la relación médico-paciente, la falta de rigurosidad metodológica en los estudios de eficacia y efectividad, y sobre todo la falta de investigación, aplicación y regulación de temas éticos, legales y de profesionalismo (Garay Fernández & Gómez Restrepo, 2011), también es cierto que, hoy en día, la pandemia del COVID-19 ha generado un cambio disruptivo en el uso y alcance de la TP que se ha expandido dramáticamente, facilitando a los profesionales de la salud mental la prestación de servicios clínicos seguros y efectivos a través de medios de telecomunicación. Para ello, se requiere del involucramiento no sólo del personal de salud sino también del personal responsable de la elaboración de políticas en salud, así como de los aspectos éticos que regulan esta práctica clínica. Es necesario conocer la experiencia que otros generen en este campo con el fin de beneficiar tanto a pacientes como a profesionales de la salud mental que puedan ser usuarios de este recurso (Kanarkat J.T. & Smith N.N., 2020).

Respecto al ámbito legal, en algunos países ya existen normas y leyes que regulan la práctica de la telemedicina y la TP, pero debido a la situación actual con la pandemia de COVID-19, se han tenido que realizar ajustes recientes a muchas de esas políticas. En Estados Unidos, el organismo encargado de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés), proclamó en marzo del 2020 que durante la emergencia de salud pública COVID-19 no se aplicaran sanciones por incumplimiento de sus reglas en casos de uso de buena fe de la TM, mencionando que “un proveedor de atención médica cubierto que quiera usar tecnología de comu-

nicación de audio o video para brindar telesalud a los pacientes durante la emergencia de salud pública nacional COVID-19 puede usar cualquier producto de comunicación remota no público que esté disponible para comunicarse con los pacientes” (HIPAA Journal, 2020).

En México, esta modalidad de atención médica no se encuentra debidamente normada. En el 2015 surge el proyecto de crear una Norma Oficial Mexicana, PROY-NOM-036-SSA3-2015, para la regulación de la atención médica a distancia, que tenía como objetivo establecer los procedimientos que debe seguir el personal de salud que preste servicios de atención médica a distancia (Diario Oficial de la Federación, 2015). No obstante, para el 2018, el DOF publicó un aviso donde consta la cancelación del mismo proyecto, ya que determinan que «el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones debe verse como una actividad integrada a la práctica clínica y no como actividad adicional, por lo que no debe regularse de forma separada a los procedimientos médicos actuales (Diario Oficial de la Federación, 2018).

En años recientes, los psiquiatras han incorporado en su práctica cotidiana tecnologías digitales al proceso del tratamiento con los pacientes. Sin embargo, poca atención se ha prestado a los desafíos éticos que esto implica. El rápido crecimiento tecnológico genera la necesidad de revisar y discutir aspectos éticos en la práctica de la TP en nuestro país, ya sea a nivel institucional público o privado. Lo anterior ayudará a desarrollar una mayor calidad de los servicios de la TP así como una disminución del potencial daño de la misma para garantizar una adecuada atención del paciente. Ante esta necesidad y en medio de la pandemia por COVID-19, los autores del presente artículo plantean la necesidad de revisar algunas consideraciones éticas así como los riesgos asociados con la TP.

OBJETIVO

La presente revisión tiene el objetivo de presentar la literatura científica relacionada con la ética en la TP, con la finalidad de analizarla y poder determinar el papel actual de la ética y sus implicaciones en el área clínica de la TP.

DESARROLLO

Dentro de la TM, encontramos las primeras consideraciones sobre cuestiones éticas a principios de la década de 1980, en conjunto con el rápido crecimiento de la tecnología. La Asociación Médica de Finlandia desarrolló en 1997 pautas éticas para el uso de la TM, que establecían que ésta debía limitarse a situaciones en las que el médico no pudiera estar presente físicamente debido a limitaciones físicas, de tiempo o geográficas (Fleming D., Edison K. & Pak H., 2009). No es hasta el 2006 cuando la OMS designa oficialmente a la Sociedad Americana de Bioética y Humanidades (ASBH) para investigar las cuestiones éticas en TM (Langarizadeh M., Moghbeli F. & Aliabadi A., 2017).

La investigación en TP condujo también al desarrollo de guías de práctica, que comenzaron a publicarse a mediados de la década del 2000. Sin embargo, estas guías presentaban solamente información respecto a cuestiones clínicas, administrativas y técnicas, dejando de lado la ética. En el 2000, la Sociedad Internacional de Salud Mental en Línea (ISMHO, por sus siglas en inglés) y la Asociación Americana de Tecnología en Psiquiatría (AATP) aprobaron un conjunto de Principios Sugeridos de Ética Profesional para la Prestación en Línea de Servicios de Salud Mental (Wootton, R., Yellowlees, P. & McLaren, P., 2003). Y en el 2018, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) actualizó su política en TP, mencionando que “la considera una práctica validada y efectiva que aumenta el acceso a la atención y que apoya su uso en la medida en que

sea en beneficio del paciente, proteja la autonomía, confidencialidad y privacidad del mismo y se practique de acuerdo con las políticas de la APA sobre la ética médica” (APA, 2018). En la actualidad, la TP es un campo rápidamente emergente de la TM. Tan sólo después de la teleradiología, es la segunda forma que más se practica dentro de la TM. Los alcances que tiene la TP son clínicos y no clínicos; puede ser utilizada para fines administrativos, docencia e investigación (Chakrabarti S., 2015).

Los principios básicos de la ética profesional en la salud son la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia. Estos valores, así como la confidencialidad, la privacidad y otras cuestiones médico-legales, deben evaluarse continuamente en el contexto de la rápida expansión de la telecomunicación con los pacientes, ya que la introducción de estas tecnologías plantea nuevos desafíos éticos que requieren una nueva mirada a la práctica clínica.

De acuerdo con las guías de la APA, durante el uso de la TP, los psiquiatras deben mostrar una responsabilidad ética y mantener la confidencialidad del paciente y los límites terapéuticos adecuados; se debe informar a los pacientes que pueden existir límites a la confidencialidad debido a los riesgos inherentes del uso de internet; establecer las expectativas de la consulta modificada y trabajar con el paciente para que éste se sienta más cómodo con el uso de la tecnología (American Psychiatric Association, 2018).

Asimismo, Shore (2013) describe un conjunto de recomendaciones profesionales para la práctica en TP. En ellas se menciona que desde la primera reunión el psiquiatra debe llevar a cabo un proceso de orientación y consentimiento, que implica que el psiquiatra se presente e identifique. En caso de que aplique, también deben presentarse todas las otras personas presentes en el espacio del pa-

ciente y del psiquiatra. El psiquiatra debe evaluar la experiencia y el conocimiento del paciente respecto a la TP y proporcionar información sobre la configuración técnica de la videoconferencia. Se debe explicar el procedimiento, los límites de la confidencialidad, revisar los beneficios y riesgos de la TP y proponer la opción de otras alternativas. De igual forma, el psiquiatra debe monitorear el nivel de comodidad del paciente durante la sesión y, al final, preguntar sobre cómo se sintió con el uso de la videoconferencia.

Dentro de la literatura, encontramos que los problemas éticos en la TP que más se han investigado corresponden a aspectos que implican la tecnología, la relación médico-paciente, la confidencialidad, privacidad y el consentimiento informado. Sabin y sus colegas (Sabin J.E. & Skimming K., 2015) analizan y encuadran estos problemas en los siguientes elementos: proporcionar una atención competente y segura, garantizar el consentimiento informado del paciente, promover la privacidad y la confidencialidad, evaluar los límites de la TP, fomentar la continuidad de la atención, y abordar la igualdad y justicia en la salud.

La ética en la TP requiere una atención médica competente y, al mismo tiempo, un uso eficiente de las nuevas tecnologías asociadas. Para lograr una práctica adecuada de TP, se necesita, de parte del psiquiatra y del paciente, contar con los recursos financieros para comprar equipos (como teléfonos inteligentes, correo electrónico, mensajes de texto) y acceder a internet de alta velocidad. Igualmente, se debe tener en cuenta la edad, las barreras educativas, geográficas y socioeconómicas que pueden existir para los pacientes (Young J.D., Borgetti S.A. & Clapham P.J., 2018).

Dentro de la TP, el consentimiento informado también es una consideración ética importante, ya que nos asegura que los pacientes estén infor-

mados y den el consentimiento apropiado para las intervenciones con foto o video. Es una muestra de respeto profesional para el paciente y debe mantenerse como un proceso continuo y abierto a discusión. Si estos aspectos no se cumplen antes de una consulta de TP, la dignidad, la autonomía y el bienestar del paciente pueden verse en peligro (Fleming D., Edison K. & Pak H., 2009).

Una preocupación ética que surge con la expansión de la TM es que se puede quitar importancia a la confidencialidad o puede ser más difícil su aplicación debido al uso de los medios electrónicos de comunicación. Romper la confidencialidad en la práctica médica se clasifica como una violación de seguridad y puede involucrar la divulgación voluntaria o involuntaria de información visual y auditiva, como compartir interacciones por videoconferencia con pacientes y la visualización de fotos de pacientes o de registros médicos electrónicos (Fleming D., Edison K. & Pak H., 2009).

En Estados Unidos, bajo la HIPAA, se establece que para cumplir con los estándares de confidencialidad, las interacciones de TM deben contar con ciertos criterios: estar encriptadas de una manera apropiada, los sistemas electrónicos deben mantenerse actualizados, y cualquier audio y video debe ser almacenado de forma segura. Igualmente, se ordena que al utilizar los servicios de TM, es responsabilidad del profesional o la organización garantizar la conectividad y el cifrado adecuados para la videoconferencia, así como de practicar el estándar de no maleficencia (Young J.D., Borgetti S.A. & Clapham P.J., 2018).

El profesionalismo de la práctica en la clínica de la psiquiatría se fundamenta en la relación médico-paciente; se entiende que los principios éticos y legales que se aplican a las relaciones convencionales entre el médico y el paciente cara a cara son igualmente válidos para la TP. Esto significa que el

uso de la tecnología no debe afectar negativamente la relación de confianza y respeto compartida por el paciente y el psiquiatra (Fleming D., Edison K. & Pak H., 2009). Existen otras preocupaciones que mencionan que el uso más generalizado de tecnologías de atención a distancia podría tener un impacto negativo en la relación con los pacientes. Estas relaciones son importantes ya que el recuento honesto del paciente de su historia y sus síntomas son vitales para el diagnóstico y tratamiento de afecciones de salud mental (Fleming D., Edison K. & Pak H., 2009). Se ha cuestionado si la TP pudiera impedir la conexión empática y de confianza que se busca desarrollar en la relación médico-paciente, y si la atención puede despersonalizarse y verse amenazada por la falta de contacto cara a cara (Sabin J.E. & Skimming K., 2015). Sin embargo, múltiples estudios reportan que psiquiatras y pacientes no encuentran una disminución de la empatía, la confianza y el respeto en las reuniones virtuales (Jenkins-Guarnieri M.A., Pruitt L.D. *et al.*, 2015).

Por otro lado, ya que las tecnologías digitales aumentan el acceso de atención, podemos decir que la TP promueve el principio ético de la justicia. La TP tiene el potencial de reducir las disparidades de salud al llegar a poblaciones que de otro modo no serían atendidas. Empero, la existencia de una “brecha digital” entre los que tienen y no tienen acceso a internet crea el potencial de aumentar todavía más esta disparidad (Sabin J.E. & Harland J.C., 2017). Su acceso se ve importantemente reducido para la población geriátrica, las personas de bajos ingresos, de bajo nivel educativo, las comunidades rurales y las personas con discapacidad (Sabin J.E. & Skimming K., 2015). Por tanto, la TP no puede alcanzar su potencial clínico y ético si los pacientes que la necesitan no tienen el acceso o la habilidad para utilizarla. Rectificar estas disparidades en el acceso es una responsabilidad que corresponde a la profesión médica en

conjunto, de forma que la psiquiatría debe abogar por políticas que promuevan el acceso a todos los pacientes que podrían beneficiarse de recibir atención por medio de la TP.

CONCLUSIÓN

Los psiquiatras que practiquen la TP deberán tomar en consideración los mismos estándares éticos y de profesionalismo esperado en las consultas presenciales. Ello permitirá que los pacientes puedan seguir manteniendo la confianza en sus médicos, quienes deberán promover el respeto, la privacidad y la confidencialidad, así como el cuidado continuo.

De la misma manera en que se han obtenido guías éticas para la atención presencial, derivadas de discusiones clínicas, se deberá de practicar sistemáticamente con la TP con el fin de comprender mejor los principales aspectos éticos discutidos anteriormente: proveer cuidados seguros y competentes para la salud, incluir en la práctica rutinaria un consentimiento informado, promover la privacidad y confidencialidad ante todos los pacientes, utilizar el manejo de límites (como en toda relación médico-paciente), motivar el cuidado continuo de la salud y abordar la salud desde una perspectiva equitativa. Debe existir flexibilidad por parte de los organismos y entidades que regulan la práctica de la TP, especialmente cuando se cursa dentro de una pandemia (COVID-19). Sin embargo, deben prevalecer los cuatro elementos básicos de la ética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. En este último aspecto, deberá de ponerse atención a la falta de equidad que puede existir en relación con el tipo de población (los adultos mayores suelen tener mayores limitaciones en el uso de las tecnologías de la información) y geográficas (existen regiones en las que no existe acceso a internet).

Finalmente, es importante señalar que hacen falta más estudios en el mundo y México que incluyan aspectos del profesionalismo y éticos reflejados en guías de práctica clínica de la TP. Por ello, se sugiere incluir estas variables como línea de investigación en trabajos subsecuentes.

FUENTES

- American Psychiatric Association. (2018). No Title. Recuperado de <https://bit.ly/3hnAx0f>
- Chakrabarti S. (2015). Usefulness of telepsychiatry: A critical evaluation of videoconferencing-based approaches. *World J Psychiatr.* 22; 5(3). 286-304. ISSN 2220-3206 (online).
- Diario Oficial de la Federación. (2015). PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-036-SSA3-2015, Para la regulación de la atención médica a distancia. Recuperado de: <https://bit.ly/2B5nY99>
- Diario Oficial de la Federación. (2018). AVISO de Cancelación del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-036-SSA3-2015, Para la regulación de la atención médica a distancia, publicado para consulta pública el 21 de diciembre de 2015.
- Fleming D., Edison K. & Pak H. (2009). Telehealth Ethics. *Telemedicine and E-Health*, 15(8), 797-804. Recuperado de: <https://bit.ly/2YvJNH0>
- Garay Fernández J. & Gómez Restrepo C. (2011). Telepsiquiatría: innovación de la atención en salud mental. Una perspectiva general. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(3), 504-518. Recuperado de: <https://bit.ly/3hdIoNU>
- Hilty D.M., Luo J.S. *et al.* (2002). Telepsychiatry: An Overview for Psychiatrists. *CNS Drugs*, 16(8), 527-548. Recuperado de: <https://bit.ly/37tCVy3>

- Hilty D.M., Marks S.L. *et al.* (2004). Clinical and Educational Telepsychiatry Applications: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(1).
- HIPAA Journal. (2020). HIPAA Compliance and the COVID-19 Coronavirus Pandemic.
- Jenkins-Guarnieri M.A., Pruitt L.D. *et al.* (2015). Patient Perceptions of Telemental Health: Systematic Review of Direct Comparisons to In-Person Psychotherapeutic Treatments. *TELE-MEDICINE and E-HEALTH*, 21(8), 652-660. Recuperado de: <https://bit.ly/2UBsSle>
- Kannarkat J.T. & Smith N.N. (2020). Mobilization of Telepsychiatry in Response to COVID-19-Moving Toward 21st Century Access to Care. *Adm Policy Ment Health*. 2020 (24). DOI: 10.1007/s10488-020-01044-z.
- Langarizadeh M., Moghbeli F. & Aliabadi A. (2017). Application of Ethics for Providing Telemedicine Services and Information Technology. *Medical Archives*, 71(5), 351-355. Recuperado de: <https://bit.ly/2zt7Wpm>
- Mazhari S., Nejad A.G. *et al.* (2019). Evaluating the Diagnostic Agreement between Telepsychiatry Assessment and Face-to-Face Visit: A Preliminary Study. *Iran J Psychiatry*. 14: 3: 236-241.
- Sabin J.E. & Harland J.C. (2017). Professional Ethics for Digital Age Psychiatry: Boundaries, Privacy, and Communication. *Current Psychiatry Reports*, 19(55), 3-9. Recuperado de: <https://bit.ly/3d1EGnv>
- Sabin J.E. & Skimming K. (2015). A framework of ethics for telepsychiatry practice. *International Review of Psychiatry*, 27(6), 490-495. Recuperado de: <https://bit.ly/2B3zvFX>
- Shore J.H. (2013). Telepsychiatry: Videoconferencing in the Delivery of Psychiatric Care. *American Journal of Psychiatry*, 170(3), 256-262.
- Wootton R., Yellowlees P. & McLaren P. (eds.). (2003). *Telepsychiatry and e-mental health Edited by*. Londo, UK: Royal Society of Medicine Press.
- World Health Organization. (2010). *Tememedicine: Report on the second global survey on eHealth* (Vol. 2). Geneva, Switzerland.
- Young J.D., Borgetti S.A. & Clapham P.J. (2018). Telehealth : Exploring the Ethical Issues. *DePaul Journal of Health Care Law*, 19(3). Recuperado de: <https://bit.ly/3hn8FJA>

Protección a la salud mental en época de pandemias

Dra. Ma. Elena Medina Mora*, Dr. José Benjamín Guerrero López**, Dra. Jacqueline Cortés Morelos***

*Jefa del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM y Socia Honoraria de la Asociación Psiquiátrica Mexicana.

**Coordinador de la Clínica del Programa de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM y Socio Activo de la Asociación Psiquiátrica Mexicana.

***Presidente Electa Bienio 2020-2021 Asociación Psiquiátrica Mexicana.

La emergencia mundial por la pandemia de COVID-19 y la información creciente sobre el virus y sus consecuencias (de salud, económicas y sociales) han provocado incertidumbre y alteraciones en el ámbito de la salud mental. Experiencias previas, como la epidemia por SARS de 2003, pueden ayudarnos a comprender mejor las implicaciones de esta nueva enfermedad.

El surgimiento de casos de infecciones graves generadas por coronavirus (COVID-19) en la provincia de Hubei en China desató el temor generalizado en el mundo, al ver que dicha infección se propagaba rápidamente al resto de países, hasta llegar a convertirse en una pandemia. Los casos de muertes por dicha pandemia crecieron de manera alarmante y con mínimas posibilidades de controlarse rápidamente. Si bien un alto porcentaje de la población adquiere la enfermedad sin percibirla, otro porcentaje cursa con síntomas graves que lo pueden llevar a la hospitalización y la muerte. El crecimiento de información en relación con el virus

generó en todo el mundo gran preocupación e impulsó a los gobiernos de cada país a implementar medidas de prevención como el confinamiento social. El alto impacto de la información en las personas, el confinamiento por sí mismo, la posibilidad de verse contagiados, de la muerte de algún ser querido o de uno mismo, así como la pérdida de la estabilidad económica y la incertidumbre en relación con esta nueva enfermedad y al tiempo que se debe permanecer con medidas preventivas que alteran la rutina diaria, han llevado a la población general a sufrir una serie de alteraciones en el ámbito de la salud mental.

En situaciones previas, como la epidemia del síndrome agudo respiratorio severo (SARS) en el 2003, se observó un incremento del 30% en el suicidio de personas de 65 años y mayores, particularmente mujeres (Chan S.M., Chiu F.K. *et al.*, 2006). Además, alrededor del 50% de los pacientes recuperados de la infección permanecieron con ansiedad y el 29% de los trabajadores de la salud experimentaron angustia (Lee A.M., Wong J. & McAlonan G.M., 2007). Una encuesta realizada en Canadá inmediatamente después de terminar el confinamiento por la epidemia SARS, mostró que de las personas sometidas a aislamiento social, 28.9% desarrolló síntomas de estrés postraumático y 31.2% síntomas de depresión. Además, se observó que los síntomas se agravan a medida que la cuarentena es más larga. Dicho estudio puso de manifiesto la necesidad de información veraz y de fuentes confiables, información sobre qué hacer cuando se está en cuarentena y en el caso de desarrollar síntomas (Hawryluck L., Gold W.L. *et al.*, 2004).

Además de la información veraz, deben tomarse en cuenta una serie de medidas dependiendo de la población de la que hablemos, en virtud de que existirán poblaciones en mayor riesgo de desarrollar sintomatología psiquiátrica.

POBLACIÓN GENERAL

Una encuesta en línea realizada en China, particularmente entre habitantes de la ciudad de Wuhan que se encontraban en cuarentena, demostró altas tasas de ansiedad, depresión y consumo riesgoso de alcohol; la población entre 21 y 40 años de edad fue la más vulnerable en términos de salud mental y de uso de alcohol (Ahmed M.Z., Ahmed O. *et al.*, 2020).

Un dato interesante en relación con la cuarentena es el impacto que tiene en nuestra vida diaria. En China, un estudio comparó a personas que se

encontraban en cuarentena durante más de diez días y personas que no estaban en cuarentena, observando que durante la pandemia hubo una alta prevalencia de problemas mentales en la gente; sin embargo, no existía diferencia entre personas en cuarentena y personas que no lo estaban. A los participantes se les pidió que evaluaran el impacto que la epidemia estaba teniendo en sus vidas, en una escala de 0 a 3, en donde 0 correspondía a “sin ninguna afección” y 3 a “extremadamente afectada”. Se observó que existía una relación directa entre el grado de afección a la vida cotidiana y los síntomas psiquiátricos, a mayor afección mayor malestar emocional, independientemente de encontrarse o no en cuarentena (Zhu S., Wu Zhu C. *et al.*, 2020). Lo anterior nos lleva a la reflexión de qué tanto la cuarentena tiene un impacto en la vida personal de un individuo, de ahí que desarrolle síntomas de ansiedad o depresión.

De igual manera, debe considerarse el tiempo que se prolonga la cuarentena, la dificultad para obtener suministros adecuados, las complicaciones para acceder a la atención médica y los medicamentos, así como las pérdidas económicas (Percudani M., Corradin M. *et al.*, 2020). Las consecuencias de la cuarentena pueden estar presentes durante largo plazo, particularmente los efectos económicos. Las pérdidas económicas pueden ser importantes durante la cuarentena, con personas que no pueden trabajar o se ven forzadas a interrumpir sus actividades profesionales sin planeación previa. Se sabe que el estrés económico es un factor predictor de desarrollo de síntomas psiquiátricos; por ejemplo, durante la cuarentena debido a la influenza equina, el impacto psicológico fue mayor en personas que estaban relacionadas con esa industria. En Canadá, el impacto de la epidemia de SARS fue mucho más importante en personas cuyo ingreso anual era menor a 40,000 dólares canadienses, con tasas mayores de depresión y estrés postraumático (Brooks S.K., Webster R.K. *et al.*, 2020).

Es importante establecer mecanismos de apoyo para la población general que desarrolla sintomatología psiquiátrica derivada de la pandemia, como sugieren Ahmed M.Z. y colaboradores (2020), se requiere el implemento de diferentes aproximaciones para la evaluación y tratamiento de estos pacientes como equipos de salud multidisciplinarios, servicios psiquiátricos y de salud mental, utilizando plataformas de consejería en línea, programas de rehabilitación y cuidados específicos para poblaciones vulnerables.

Para atender las necesidades de la población general durante la pandemia, se contempla la introducción de psicoeducación en línea o el uso de teléfonos inteligentes para promover el bienestar mental y las intervenciones psicológicas como la terapia cognitivo conductual y la terapia basada en *mindfulness*. En pacientes que exageran el riesgo de contraer la enfermedad y morir por la misma se ha observado que la terapia cognitivo conductual puede ser benéfica, al tiempo que puede combatir la ansiedad y la depresión con el uso de técnicas de relajación, así como mitigar las conductas mal adaptativas como la evitación, la confrontación y la culpa por no poder manejar el estrés.

La terapia cognitiva basada en el *mindfulness* es de particular ayuda para aliviar el estrés en personas que padecen condiciones físicas; se puede ofrecer a través de plataformas virtuales y beneficia a pacientes que están infectados en cuartos aislados, así como a aquellos que se encuentran en cuarentena en casa sin acceso a profesionales en salud mental (Ho C., Chee & Ho R.C., 2020).

De gran trascendencia, tanto para la población general como para grupos específicos con mayor vulnerabilidad, es el tipo de información que reciben con respecto a la pandemia. Para disminuir el impacto perjudicial de las noticias falsas (“fake news”) que son tan comunes en los medios socia-

les, el gobierno y las autoridades de salud deben brindar al público información certera basada en la evidencia, y oportuna acerca de la pandemia a través de medios tradicionales y nuevos medios de comunicación, proporcionar consejos prácticos —cómo lavarse las manos, cómo usar el cubrebocas y cómo manejar el miedo ante la incertidumbre del virus—. Se sabe que los altos niveles de satisfacción con la información proveniente del sistema de salud se correlaciona con menor estrés psicológico en los individuos. Cuando los individuos tienen acceso a información adecuada y sienten suficiente confianza en las autoridades de salud pueden reducir su ansiedad y su percepción de vulnerabilidad ante el virus.

POBLACIÓN VULNERABLE.

Personas con enfermedades mentales

Existe como tal la vulnerabilidad a adquirir la infección por COVID-19 o a padecer complicaciones mayores por la misma; sin embargo, también debemos considerar las principales vulnerabilidades en pacientes que sufren enfermedades mentales durante una pandemia. Un estudio francés propone cuatro vulnerabilidades mayores en este grupo de pacientes: (1) enfermedades médicas comórbidas que con frecuencia sufren los pacientes con enfermedad mental (alteraciones cardiovasculares, patología pulmonar, diabetes, síndrome metabólico, etc.); (2) edad avanzada; (3) problemas conductuales y cognitivos que hacen más difícil cumplir con el confinamiento y las medidas de higiene, y finalmente (4), vulnerabilidad psicosocial debido a la estigmatización y las dificultades socioeconómicas (Chevance A., Gourion D. *et al.*, 2020).

Las personas que viven con enfermedades mentales muchas veces son estigmatizadas, esta situación prevalece en múltiples sociedades. Cuando una

epidemia surge, dichas personas son más susceptibles a una infección; las probables explicaciones de este fenómeno incluyen el deterioro cognitivo, una menor percepción del riesgo y menores esfuerzos en relación con la protección de los pacientes que en ocasiones se encuentran en situaciones de confinamiento. Además, una vez que la persona con una enfermedad mental contrae la infección, experimenta más barreras para acceder oportunamente a los servicios de salud debido a la discriminación asociada a las enfermedades mentales. Adicionalmente, el tratamiento en pacientes con enfermedad mental y COVID-19 representa un reto y puede ser menos efectivo. La pandemia de COVID-19 ha generado miedo, ansiedad y depresión en la población. Se sabe que las personas con enfermedades mentales previas son más susceptibles al estrés y altamente influenciadas por las respuestas emocionales ante la pandemia. Por último, mucha gente con enfermedad mental atiende de manera constante sus consultas, lo que le permite permanecer estable; sin embargo, ante la situación de confinamiento estas consultas se vuelven más difíciles de atender y en ocasiones imposible. Todo lo anterior implica que la atención de pacientes con enfermedades mentales ante una pandemia debe ser considerada como una situación de primordial importancia (Yao H., Chen J.H. & Xu Y.F., 2020).

Las recomendaciones derivadas del servicio de salud de Lombardía, Italia, que en marzo de 2020 reconvirtió su sistema de salud, incluyen continuar con el servicio de salud mental y reconocerlo como una prioridad en salud; se sugiere tomar todas las medidas de seguridad para el personal que atiende a estos pacientes y contar con áreas específicas para la atención de pacientes con enfermedades mentales que se hayan infectado con COVID-19. Para los pacientes con enfermedad mental severa y COVID-19, las citas deben continuar, evitando el contacto cercano; se debe seguir el tratamiento habitual y hacer énfasis a los pacientes acerca de

las medidas para evitar la propagación del virus. La atención en hospitalización debe continuar evitando visitas o salidas de los pacientes, con monitoreo constante de síntomas respiratorios y fiebre. Por último, en pacientes que contraen la infección se recomienda seguir las indicaciones para otros pacientes y ante síntomas de alarma (como dificultad respiratoria) trasladar a una unidad de cuidados intensivos, se debe continuar con la medicación psiquiátrica teniendo especial cuidado con el uso de antipsicóticos (debido a que prolongan el intervalo Q-T) y benzodiazepinas, que deberán ser de vida media corta debido al riesgo de depresión respiratoria (Percudani M., Corradin M. *et al.*, 2020).

Personal de salud

El personal de salud que atiende a los pacientes con la infección de COVID-19 debe ser considerado como población vulnerable al desarrollo de trastornos mentales. Durante la epidemia de SARS, los estudios demostraron una serie de reacciones psicológicas adversas; el personal de salud presentaba miedo a ser contagiado, miedo a infectar a su familia, amigos o colegas, incertidumbre y estigmatización, así como altos niveles de estrés, ansiedad y síntomas depresivos. En la epidemia actual causada por COVID-19, se ha observado una situación similar; un estudio llevado a cabo en hospitales de Wuhan reportó una proporción considerable de trabajadores de la salud que manifestaban síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y malestar; esto fue observado especialmente en mujeres, enfermeras y enfermeros, personal que trabajó directamente con pacientes, con sospecha o confirmación, de infección por COVID-19 (Lai J., Ma S. *et al.*, 2020).

Una encuesta multicéntrica llevada a cabo en China durante la presente pandemia, que fue respondida por 1,563 personas del ámbito de la salud, encontró que la prevalencia de depresión fue del 50.7%, la

de ansiedad del 44.7%, de insomnio del 36.1% y de síntomas relacionados al estrés del 73.4% (Liu S., Yang L. *et al.*, 2020). El personal de salud es particularmente vulnerable a sufrir estrés emocional dada su alta exposición al virus, y largas jornadas de trabajo. Además, algo muy importante a considerar es el hecho de que se encuentran involucrados en decisiones de alto impacto ético como la asignación de recursos (Pfefferbaum B. & North C.S., 2020). Facilidades al personal de salud como disminuir el tiempo de las jornadas de trabajo, regular los tiempos de reposo y rotar al personal que está en sitios de alto riesgo, el apoyo de colegas y supervisores, así como la comunicación con directivos, reduce los síntomas psiquiátricos. La confianza en las medidas de control de la infección puede mitigar y facilitar la respuesta adaptativa ante el estrés. Es imperativo dotar al equipo de salud con entrenamiento adecuado y medidas para el control de la infección, los protocolos en hospitales en relación con la COVID-19 deben ser claros, precisos y comunicados a todo el personal (Pfefferbaum B. & North C.S., 2020).

Personas infectadas por COVID-19

Además del sufrimiento físico, las personas sospechosas o confirmadas de padecer COVID-19 sufren una gran presión psicológica ya que tienen miedo a las consecuencias de la enfermedad y al contagio. Consecuentemente, experimentan soledad, negación, ansiedad, depresión, insomnio y desesperación; en algunos casos, incluso se ha visto un riesgo incrementado de agresión o conducta suicida. Los casos sospechosos que se encuentran aislados pueden sufrir de ansiedad e incertidumbre acerca de su estado de salud y desarrollar síntomas obsesivo-compulsivos como medición constante de la temperatura y sanitización excesiva. Además, la cuarentena estricta lleva también a rechazo social, pérdidas económicas, discriminación y estigmatización (Shigemura J., Ursano R.J. *et al.*, 2020).

Es imperativo capacitar a los médicos en contacto con pacientes con infección por COVID-19 sobre herramientas sencillas que puedan ayudar a sus pacientes a aliviar el estrés, o contar con grupos de intervención en crisis y servicios de salud mental vía telefónica o en línea para la atención de estos pacientes (Li W., Yang Y. *et al.*, 2020).

DUELO

La pandemia por COVID-19 ha llevado a altas tasas de mortalidad alrededor de todo el mundo. El duelo y la culpa ante la muerte de un miembro de la familia, por tanto, se verán en aumento. Se sabe que el duelo, cuando es anticipado y ocurre en determinadas condiciones, es menos intenso que al encontrarse ante una muerte inesperada. Cuando ocurre lo segundo, las consecuencias en la salud mental son mayores, incluyendo depresión y ansiedad más severas y prolongadas, así como sentimientos de culpa. Dichos sentimientos, además, pueden estar presentes en múltiples miembros de la familia al saber que ésta es una enfermedad contagiosa. Un modelo, basado en la experiencia de China e Italia, supone que en Estados Unidos las personas podrán perder al menos a un familiar durante la pandemia, sin considerar a compañeros de trabajo, amigos o personas cercanas a las familias. Lo anterior habla de las consecuencias psicológicas tan importantes que pueden venir de esta pandemia y de la importancia de tener personal capacitado en el manejo del duelo (Verdery A.M. & Smith-Greenaway E., 2020).

Para los familiares de un paciente que fallece por COVID-19, la situación se complica aún más debido a las medidas de aislamiento: no es posible ver a su familiar en los hospitales, solamente en algunos de ellos se permite la visita de un solo familiar asintomático bajo ciertas circunstancias. Existen restricciones en relación con las ceremonias funerarias, incluyendo reducciones en el número de

deudos presentes, así como rituales que requieren contacto cercano con los dolientes. El hecho de saber que su familiar murió solo, la pérdida de los elementos simbólicos en las ceremonias funerarias y la pérdida en sí de la persona, conducen a los deudos a sufrir condiciones mentales derivadas de este hecho. Expertos en tanatología han sugerido soluciones tecnológicas para que los pacientes entren en comunicación con sus familiares, por ejemplo permitir las videollamadas o facilitar teléfonos celulares a los pacientes hospitalizados por COVID-19 (Yardley S. & Rolph M., 2020).

CONCLUSIONES

El cuidado de la salud mental durante una pandemia representa un gran reto para la sociedad, el gobierno y el personal de salud, particularmente el personal dedicado a la salud mental. Es conveniente dar herramientas a la población general para el manejo del estrés y la prevención de la depresión y otros trastornos mentales, de preferencia a través de plataformas en línea. Se debe informar de manera certera y oportuna a la población acerca de las medidas a tomar y las pautas a seguir para prevenir la infección, además de procurar el apoyo a personas cuya situación económica se vea afectada por la pandemia. Es importante considerar a poblaciones vulnerables como personas con enfermedades mentales preexistentes, personas que se infectan por el virus y personal de salud que se encuentra atendiendo directamente a pacientes con COVID-19, adecuando los servicios de salud mental a fin de que sean accesibles. De igual manera, se debe contar con los apoyos necesarios para personas que tienen pérdidas de algún familiar debido a la pandemia. El uso de los recursos tecnológicos puede ser de gran utilidad para acercar la ayuda al mayor número de la población que lo requiere, y así favorecer su bienestar durante el tiempo que dure la pandemia. Sin embargo, no debemos olvidar que los efectos deletéreos en la salud mental de las per-

sonas pueden perdurar por un largo tiempo, de ahí que fortalecer los servicios de salud mental es una prioridad en estas circunstancias.

En México existe poca experiencia en la atención de la salud mental durante las epidemias, por lo que es importante generar conocimientos científicos que nos permitan tener los servicios de salud acordes a las necesidades, lo cual representa un gran reto. La Universidad Nacional Autónoma de México, a través del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, de forma oportuna generó un programa de atención de consultas por telemedicina; para ello fue necesario desarrollar una plataforma para la solicitud y la gestión de citas, así como para el llenado del expediente y elaboración de recetas, labor que requirió la colaboración del Departamento de Informática Biomédica de la misma facultad. Médicos psiquiatras, psicólogas clínicas y trabajadoras sociales brindan consultas por videollamada, a través de la plataforma *google meet*; los servicios también incluyen atención a la violencia de género y al consumo de alcohol y otras sustancias; alrededor de 200 pacientes semanalmente se han beneficiado de este servicio. Está por implementarse la atención en grupo, bajo un modelo cognitivo conductual, en manejo del estrés, manejo de las emociones y *mindfulness*, también en línea. El reto para el personal es poder brindar los mismos servicios que brinda la Clínica del Programa de Salud Mental de manera presencial, pero ahora en línea, a fin de contribuir a un buen estado de salud mental de la comunidad universitaria durante la pandemia.

FUENTES

Ahmed M.Z., Ahmed O. *et al.* (2020). Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian J Psychiatry* 51: 102092.

- Brooks S.K., Webster R.K. *et al.* (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 395(10227), 912-920.
- Chan S.M., Chiu F.K. *et al.* (2006). Elderly suicide and the 2003 SARS epidemic in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry* 21(2), 113-118.
- Chevance A., Gourion D. *et al.* (2020). Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narratively review. *Encephale*: S0013-7006(20)30064-30066.
- Hawryluck L., Gold W.L. *et al.* (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canadá. *Emerg infect dis* 10(7), 1206-1212.
- Ho C.S., Chee C.Y. & Ho R.C. (2020). Mental health strategies to combat psychological impact of COVID-19. Beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singapore* 49(3), 155-160.
- Lai J., Ma S. *et al.* (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open* 3(3): e203976.
- Lee A.M., Wong J. & McAlonan G.M. (2007). Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Can J Psychiatry* 200; 52(4), 233-240.
- Li W., Yang Y. *et al.* (2020). Progression on mental health services during the COVID-19 Outbreak in China. *Int J Biol Sci* 16(10): 1732-1738.
- Liu S., Yang L. *et al.* (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry* 7(4): PE17-E18.
- Percudani M., Corradin M. *et al.* (2020). *Psychiatry Res* 288: 112980.
- Pfefferbaum B. & North C.S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *The New E J Med*. DOI: 10.1056/NEJMp2008017.
- Shigemura J., Ursano R.J. *et al.* (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. In Press.
- Verdery A.M. & Smith-Greenaway E. (2020). COVID-19 and family bereavement in the United States. *Applied Demography*, 1.
- Yao H., Chen J.H. & Xu Y.F. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* 7(4): e21.
- Yardley S. & Rolph M. (2020). Death and dying during the pandemic. *BMJ* 369: m1472.
- Zhu S., Wu Y. *et al.* (2020). The immediate mental health impacts of the COVID-19 pandemic among people with or without quarantine managements. *Brian Behav Immun*. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.04.045.

Impacto de la pandemia COVID-19 sobre la violencia doméstica y de género en México

Dra. Christina González Torres*

.....
*Médico residente del Programa Académico en la Especialidad de Psiquiatría de Monterrey, Nuevo León. Integrante del Comité de la Sección Académica de Psiquiatría Comunitaria y Social. Socia en Adiestramiento de la Asociación Psiquiátrica Mexicana.
.....

El distanciamiento social que se recomienda como medida durante la cuarentena, representa para muchas personas una mayor exposición a abusos, golpes, humillaciones y una reducción de las redes de apoyo a las que se recurre en otras circunstancias. La violencia doméstica es un tema de indiscutible relevancia en los tiempos que corren.

INTRODUCCIÓN

La violencia familiar (VF) se define como el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a uno o varios miembros de la familia, dentro o fuera del domicilio familiar, cuya persona agresora tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio o concubinato, o haya mantenido una relación de hecho. El concepto de VF se relaciona íntimamente con el de violencia doméstica (VD), que hace referencia a todo tipo de agresión que se lleve a cabo dentro del espacio doméstico (Bradbury-Jones C. & Isham L., 2020). Se basa en la existencia de una relación desigual de poder entre diferentes miembros de la familia, que da lugar a una dinámica relacional en la que uno de

los integrantes ejerce control sobre la conducta, preferencias, decisiones, etc. de los demás. Estadísticamente, se reporta una preponderancia de violencia ejercida de parte del hombre en su figura de esposo/amante/novio/cohabitante hacia la mujer, pero también hay casos en los que el hombre puede ser objeto de VD. Debido a que la VD generalmente es ejercida por hombres hacia mujeres, se admite que el tema de VF y VD debe abordarse desde una perspectiva de género (Secretaría de Salud, 2019), reconociendo la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada” (Organización Mundial de la Salud, 2020). Debe señalarse que la VD también puede darse entre parejas del mismo

sexo, y que, además de afectar a las mujeres, impacta importantemente a niños, adultos mayores (Bradbury-Jones C. & Isham L., 2020), e incluso a animales domésticos (Campbell A., 2020).

Con el surgimiento de la pandemia por COVID-19, se ha enfatizado a la población general la importancia del apego a medidas de distanciamiento social para disminuir la posibilidad de contagio, instándose a que evite salir de casa en la medida de lo posible (Secretaría de Salud, 2020). Este panorama es sombrío para las víctimas de VD, para quienes quedarse en casa o el hecho de que la pareja no salga a trabajar representa una mayor exposición a abusos, golpes, humillaciones, y una reducción de las redes de apoyo a las que podrían recurrir en circunstancias habituales (Van Gelder N., Peterman A. *et al.*, 2020).

COVID-19 Y REPORTES DE VD EN MÉXICO Y EN EL MUNDO

Tan sólo a un mes de que las medidas de distanciamiento social se han implementado, el número de reportes de VD en México se incrementaron en un 60% (Barragán A. & Rodríguez D., 2020), fenómeno que se reportó también en otros lugares del mundo al poco tiempo de que adoptaron medidas más estrictas. En China, se triplicaron los reportes de VD en febrero de 2020 en comparación con el año pasado; en Estados Unidos se reportó un incremento de entre 21 y 35% en diferentes estados del país; en Brasil se registró un aumento de 40%; en Francia, del 32 al 36% (Usher K., Navjot B. *et al.*, 2020); además de un incremento del 20% en el número de llamadas a la línea de ayuda para víctimas de violencia en España, de un 30% en Chipre, así como del 25% en el Reino Unido (RU). También se reportó un incremento del 150% en visitas al sitio web de refugios para víctimas (Bradbury-Jones C. & Isham L., 2020). Por otro lado, en España, las denuncias por violencia de género disminuyeron en 40%, lo cual si se compara con el incremento en los reportes de VD refleja lo difícil que puede ser para

una mujer el poner una denuncia, debido a la convivencia directa con el maltratador (Ruiz-Pérez I. & Pastor-Moreno G., 2020). Desafortunadamente, se ha reportado un incremento en la cantidad de homicidios relacionados a casos de VD en varios países del mundo (Campbell A., 2020).

FACTORES RELACIONADOS CON EL INCREMENTO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

En un artículo publicado en abril de 2020 por parte del Center for Global Development, Peterson y colaboradores enumeran ocho factores que confluyen para incrementar los casos de la VD durante las pandemias: 1) falta de seguridad económica y el estrés relacionado a la pobreza, 2) la cuarentena y el aislamiento social, 3) inquietud e inestabilidad relacionada con el conflicto y el desastre, 4) exposición a relaciones de explotación debido a los cambios demográficos, 5) limitación de la disponibilidad de servicios de salud y el acceso a los primeros contactos, 6) imposibilidad de las mujeres para escapar temporalmente de parejas abusivas, 7) fuentes de violencia específicas para el virus, y 8) exposición a violencia (Peterson A., Potts A. *et al.*, 2020).

En cuanto al primer factor, la falta de seguridad económica y el estrés relacionado con la pobreza, el desempleo y la disminución en los ingresos y recursos que derivan de las medidas de contención para la pandemia, son factores que predisponen para un aumento en los niveles de estrés familiar y sobre todo para el varón, quien además se ve amenazado cuando tiene el papel de proveedor (Campbell A., 2020).

Además de la frustración y el incremento en los síntomas de ansiedad y depresión (Vieta E., Pérez V. & Arango C., 2020), la cuarentena y el distancia-

miento social, segundo factor, también reducen las redes de apoyo y el auxilio con personal de primer contacto para las víctimas, exponiéndolas a más interacciones violentas con los maltratadores (Peterson A., Potts A. *et al.*, 2020).

Respecto al tercer factor, experiencias pasadas señalan que las pandemias tienen efectos sociales similares a las de los desastres naturales; porque resquebrajan la infraestructura social, desestabilizando sistemas para el sustento, la atención social, médica y psicológica (Huremovic D., 2019). Esta desestabilización puede generar una disfunción temporal del contrato social que normalmente protege a la sociedad de la violencia y conductas de depredación (Peterson A., Potts A. *et al.*, 2020).

El cuarto factor se aprecia sobre todo en aquellos que se ven directamente afectados por los efectos de la contingencia, en quienes la muerte de un proveedor significa tener que mudarse con familiares lejanos que pueden aprovecharse de ellos o maltratarlos. Esto es especialmente cierto para mujeres, niños y adultos mayores (Peterson A., Potts A. *et al.*, 2020).

La limitación de la disponibilidad de servicios de salud y el acceso a primeros contactos representa un bloqueo para las mujeres en situación de violencia porque, en muchas ocasiones, los servicios de salud son la salida más fácil para ellas. Esto se agrava más si se toma en cuenta la reducción en la cantidad de tiempo dedicado a la detección sistemática de violencia en las usuarias, debido a las medidas de distanciamiento social aplicadas también en las instituciones de salud (Vieta E., Pérez V. & Arango C., 2020). Asimismo, la salud sexual y reproductiva de las mujeres que viven VD se ve amenazada por la constante exposición a sus abusadores, y sus problemas pueden pasar desapercibidos por un sistema de salud que prioriza la atención a emergencias relacionadas directamente con la pandemia (Tang K., Gaoshan J. & Babatunde A., 2020).

El fenómeno que puede apreciarse durante la pandemia es la incapacidad de las mujeres para escapar de sus maltratadores, por la convivencia forzada con ellos y el mal funcionamiento de los sistemas sociales e instituciones que normalmente lo facilitan (Peterson A., Potts A. *et al.*, 2020).

Finalmente, en cuanto al séptimo y octavo factores, las mismas medidas de contención y el conocimiento acerca de la dinámica de contagio durante las pandemias puede fomentar el ejercicio de control y medidas coercitivas por parte del maltratador, quien además puede poner en riesgo la integridad de la víctima al negarle el acceso a artículos sanitarios, tales como mascarillas o gel antibacterial (Van Gelder N., Peterman A. *et al.*, 2020).

EL IMPACTO DE LA CONTINGENCIA EN OTROS ASPECTOS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Recientemente, la revista *The Lancet* publicó un comentario en el que se abordaba la contingencia por COVID-19 desde la dimensión del género, enfatizando que, si bien las mujeres no son quienes más se han afectado por la enfermedad, sí han sufrido sus estragos sobre la calidad de la atención en el área de la salud reproductiva así como en la esfera psicosocial, al recaer sobre ellas el cuidado de los enfermos y adultos mayores, de las labores domésticas y al tener una mayor vulnerabilidad a vivir VD (*The Lancet*, 2020).

En México, las cifras muestran un mayor porcentaje de hombres infectados, con un 58.41% de hombres y 41.59% de mujeres del total (CONACYT, 2020), pero revelan que un gran porcentaje de quienes están en riesgo constante de enfermar son las mujeres. Del sector salud, 472,781 personas se dedican a la enfermería, de las cuales 79.1% son mujeres y el 20.9% son hombres. Asimismo, de las 319,757 personas que ejercen la medicina en nuestro país,

38.7% son mujeres y un 61.3% son hombres. En cuanto a trabajo centrado en el cuidado a otros, de las 359,783 personas dedicadas a esto en México (tomando en cuenta establecimientos y casas particulares), 95.7% son mujeres y 4.2% son hombres (Gobierno de México, Instituto Nacional de las Mujeres, 2020).

Otro escenario de posible contagio es el trabajo de limpieza, tanto remunerado como el no remunerado. En este ámbito, el sexo femenino está sobre-representado, ya que de las 1,046,088 personas dedicadas al trabajo de limpieza en establecimientos, 61.7% son mujeres.

Finalmente, si se toman en cuenta las actividades de cuidado de los integrantes del hogar de 60 años y más, la atención a personas con necesidades especiales y las actividades relacionadas con el mantenimiento de la salud de los integrantes de la familia, como el llevarlos o recogerlos a centros de atención sanitaria, esperarlos y acompañarlos o “estar al pendiente”, el porcentaje total de mujeres que ocupan su tiempo es del 79.2% (Gobierno de México, Instituto Nacional de las Mujeres, 2020a).

Cabe mencionar que, en el 2018, la ONU Mujeres creó la campaña #HeforShe, cuyo objetivo es educar a la población acerca del impacto de la brecha de género sobre la manera en que operan distintos sectores de la sociedad. Una de sus estrategias es la concientización de los hombres de todos los ámbitos acerca de su nivel de involucramiento en actividades del hogar, sea de cuidado o de limpieza, a través de una breve evaluación que concluye con una recomendación de cambios que podría realizar para aportar más en casa (ONU Mujeres, 2018a). Por su parte, el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Datos Personales (INAI) se unió a la campaña el 18 de mayo de 2018, comprometiéndose a ocho líneas de acción, dentro de las cuales destacan las si-

guientes: cumplir cabalmente con el Programa de Derechos Humanos, Igualdad y Género 2018-2020; brindar capacitación en igualdad de género a todo su personal; elaborar un diagnóstico sobre el ejercicio de derecho de acceso a la información por parte de las mujeres, y desarrollar un micro-sitio web en materia de derechos humanos, igualdad de género, entre otras cosas (ONU Mujeres, 2018b). En el contexto de la contingencia, es imprescindible sostener los compromisos realizados con la campaña; la recopilación de estadísticas en el tema de cómo impacta sobre la brecha de género es de suma importancia.

MEDIDAS DE CONTENCIÓN DE LA VIOLENCIA: LA EXPERIENCIA EN OTROS PAÍSES DEL MUNDO

Ante el cambio en la dinámica de atención a víctimas de violencia por este tipo de contingencia, algunos países han respondido con estrategias dirigidas a facilitar la detección y atención a víctimas de VD. En España se han llevado a cabo múltiples acciones para lograrlo, se ha declarado la atención a víctimas de violencia como *Servicio Esencial*, con lo cual se asegura la disponibilidad de servicios de acogida y asistencia psicológica, jurídica y social no presencial; se creó un sistema de mensajería instantánea con geolocalización que se transmite a fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado; se hizo un cambio en la línea de trabajo institucional para los organismos encargados de atender casos de violencia, dando prioridad a la concientización contra la violencia de género durante el periodo de resguardo, y creando guías de actuación para mujeres en situación de violencia y que se encuentren confinadas. También se activó un servicio psicológico vía WhatsApp, y se autorizó el uso de establecimientos de alojamiento turístico para el resguardo de víctimas. Finalmente, se incluyó un “Botón SOS” en la aplicación *AlertCops*, que permite tanto al personal sanitario como a las víc-

timas de violencia solicitar asistencia inmediata a las fuerzas de seguridad.

En otras comunidades autónomas de España se emplea un sistema conocido como “Mascarilla 19”, en el que las mujeres que se encuentran en una situación de violencia pueden asistir a alguna farmacia y solicitar una “Mascarilla 19”, con lo cual el personal debe llamar a servicios de emergencia y se activa un protocolo de atención a violencia de género. Medidas similares han sido adoptadas también por Francia y Noruega.

En Alemania y Países Bajos se reforzaron servicios de atención no presenciales, como el telefónico y vía web, además de ampliar las infraestructuras de acogida para quienes necesitan refugio.

En Italia aún no se concretan cambios en materia de atención a víctimas de violencia durante la pandemia, pero en Portugal grupos de mujeres ya comienzan a trabajar para acordar la creación de estructuras que la faciliten.

En Argentina, actualmente operan al menos 22 líneas telefónicas para atender denuncias de mujeres que sufren situaciones de violencia. En Chile se ha hecho un esfuerzo por concientizar a la población acerca del fenómeno de VD durante la pandemia, ofreciendo consejos para su prevención e información acerca de recursos disponibles para su atención en la comunidad.

RESPUESTA AL INCREMENTO DE LA VIOLENCIA EN MÉXICO

En México, tanto el Gobierno Federal como varias instituciones sin fines de lucro han tomado medidas para atender casos de violencia en el marco de COVID-19. El 26 de marzo de 2020 la página web del Gobierno Federal publicó una lista de unidades médicas con Servicios Especializados de Atención

a la Violencia disponibles en todos los estados de la República, además de distribuir tres folletos que hablan acerca de cómo mejorar la convivencia familiar durante la etapa de resguardo: *COVID-19. El tiempo en casa es tiempo de cuidarnos* (Gobierno de México, Instituto Nacional de las Mujeres, 2020b), *COVID-19: Cinco mensajes claves para cuidarnos* (Gobierno de México, Instituto Nacional de las Mujeres, 2020c), y *COVID-19 y su impacto en números desde la perspectiva de género* (Gobierno de México, Instituto Nacional de las Mujeres, 2020a). Los folletos están redactados con un lenguaje sencillo, informan a la población acerca de las situaciones adversas que pueden darse durante la etapa de resguardo y emiten recomendaciones pertinentes. De igual manera, desde que se reportó el incremento en los casos violencia en México, las páginas web gubernamentales de los estados de la República comenzaron a publicar guías de acción para mujeres que actualmente enfrentan una situación de violencia. Algunas de las líneas de acción que se comparten son la creación de protocolos similares al “Código Violeta” que se implementó en el estado de Jalisco, con el cual las víctimas pueden denunciar situaciones de violencia de manera discreta al marcar el 911, la disposición de líneas telefónicas disponibles las 24 horas para atender denuncias y brindar apoyo psicológico a las víctimas. Una estrategia interesante del Gobierno de Jalisco es la creación del Protocolo de Contención Emocional para Hombres ante el Aislamiento Temporal de COVID-19, que ofrece medidas de contención para hombres que experimentan emociones asociadas con una mayor propensión a la violencia, como el enojo, la frustración, la rabia, y la ansiedad (Gobierno del Estado de Jalisco, 2020).

En cuanto a las acciones de instituciones no gubernamentales, el Instituto Estatal de las Mujeres del estado de Nuevo León ha establecido medidas de atención para mujeres víctimas de violencia de género, como la activación de líneas gratuitas de

atención y la creación de un manual ante la emergencia del COVID-19 (Instituto Estatal de las Mujeres, 2020). Asimismo, la organización sin fines lucro Alternativas Pacíficas ha creado una campaña de concientización para profesionales y para la población general, y facilita la atención a víctimas de violencia vía telefónica las 24 horas del día (Alternativas Pacíficas, 2020).

CONCLUSIÓN

Muchos países, incluyendo a México, han adoptado algunas medidas para permitir la pronta detección y atención a casos de VD y de violencia de género, pero siguen siendo insuficientes. Conforme se extienden y refuerzan las medidas de distanciamiento social, los casos de violencia siguen al alza, y con ello los riesgos a la salud que se derivan de ella. No puede confiarse en los recursos habituales de auxilio para las víctimas porque muchas actividades asociadas a ello se consideran no esenciales, por lo que no se encuentran accesibles a la población general. A esto se suma la precaria situación de la víctima, quien probablemente no tiene la libertad para hacer denuncias vía telefónica o vía internet, porque generalmente cohabita con su agresor y teme a las represalias que pueda tener si se llega a enterar. Por estos motivos, es necesario adoptar estrategias más eficaces y accesibles a la población general, y concienciar al personal de salud acerca de los protocolos existentes para reportar casos de violencia y los recursos disponibles para las víctimas. Algunas estrategias que debieran adoptarse serían: considerar la atención a víctimas de violencia como un *Servicio Esencial* en centros de salud, hospitales e instituciones judiciales y gubernamentales; la movilización de recursos para permitir un incremento en los espacios destinados a funcionar como refugios; la implementación de protocolos sencillos y discretos, como el de la “Mascarilla 19” para atender casos de violencia desde espacios públicos; el entrenamiento del personal de salud y demás ser-

vicios de atención civil para identificar y reportar casos sospechosos de violencia, y el desarrollo de aplicaciones amigables para las usuarias, como el “Botón SOS”, que permitan enviar alertas discretas solicitando auxilio a servicios de Seguridad Civil, y que revelen su ubicación sin necesidad de que se ponga en riesgo frente al agresor.

Finalmente, debe tenerse en mente la estrecha relación entre salud sexual, reproductiva y VD, ya que los problemas relacionadas con el embarazo y la etapa puerperal son la quinta causa de mortalidad materna (MM) en México (Campero L., Walker D. *et al.*, 2006), y la VD se reconoce como un importante factor indirecto para la MM. Se subraya la importancia de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante la contingencia, porque durante la misma se han visto mermados en su funcionamiento, y con ello se ha bloqueado un primer punto de contacto y única puerta de salida para muchas víctimas de violencia. Como parte de las Estrategias del Programa de Acción Específico para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género 2013-2018 (López J., González P.E. *et al.*, 2014), es necesario hacer lo posible por mantener intactos los servicios de atención prenatal, gestacional, y posnatal para las mujeres; además de seguir considerando como esenciales la atención médica y psicológica inmediatas de las víctimas de violación.

FUENTES

- Alternativas Pacíficas (2020) [Internet]. Alternativas Pacíficas, A.C. [citado el 30 de abril de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/37r3hAW>
- Barragán A. & Rodríguez D. (2020). Las llamadas por violencia de género en México aumentan 60% durante la cuarentena [Internet]. *El País* [citado el 24 de abril de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3cWhQgG>

- Bradbury-Jones C. & Isham L. (12 de abril de 2020). The pandemic paradox: the consequences of COVID-19 on domestic violence. *J Clin Nurs* 00, 1-3.
- Campbell A. (2020). An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives [Internet]. 1-3. (Forensic Science Int). Report No.: 2. Disponible en: 10.1016/j.fsir.2020.100089
- Campero L., Walker D. *et al.* (2006). La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México. *Salud Pública Méx.* 48(supl 2):S297–306.
- CONACYT, CentroGeo, GeoInt, DataLab. (2020). Covid-19 México. Información general [Internet]. [citado el 5 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3719kGW>
- Gobierno de México, Instituto Nacional de las Mujeres. (2020a) COVID-19 y su impacto en números desde la perspectiva de género [Internet]. [citado el 4 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/37nn8AJ>
- Gobierno de México, Instituto Nacional de las Mujeres. (2020b) COVID-19: El tiempo en casa es tiempo de cuidados [Internet]. [citado el 4 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3cPiMDG>
- Gobierno de México, Instituto Nacional de las Mujeres. (2020c). COVID-19: Cinco mensajes clave para cuidarnos [Internet]. [citado el 4 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3cOnAt2>
- Gobierno del Estado de Jalisco. (2020). Quédate en casa, quédate segura. Plan COVID de apoyo a las mujeres. [Internet] [citado el 5 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/37kGsic>
- Huremovic D. (2019). Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak [Internet]. 1a ed. Vol. 1. 188 p. Disponible en: 10.10 07/978-3-030-15346-5
- Instituto Estatal de las Mujeres. (2020). Ayuda para mujeres víctimas de violencia de género durante COVID-19 [Internet]. Gobierno de Nuevo León [citado el 25 de abril de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/37y96g1>
- López J., González P.E. *et al.* (2014). Programa de Acción Específico. Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género 2013-2018 [Internet]. Secretaría de Salud [citado el 4 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2UAiBG8>
- ONU Mujeres. (2018a) Guía #HeforSheDesde-Casa [Internet]. ONU MUJERES [citado el 4 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3fsIUWT>
- ONU Mujeres. (2018b). Se suma INAI a la campaña HeforShe de ONU Mujeres, para promover la igualdad de género [Internet]. ONU Mujeres México [citado el 5 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3dUTLbB>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Violencia contra la mujer [Internet]. [citado el 30 de abril de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2UDn6zw>
- Peterson A., Potts A. *et al.* (abril de 2020). Pandemics and Violence against Women and Children. *Cent Glob Dev.* 1-43.
- Ruiz-Pérez I. & Pastor-Moreno G. (22 de abril de 2020). Medidas de contención de la violencia de

género durante la pandemia de COVID-19. *Gaceta Sanitaria*.

Secretaría de Salud. (2020). Recomendaciones para la población COVID-19 [Internet]. Gobierno de México. Disponible en: <https://bit.ly/37lyllo>

Secretaría de Salud. Informe Nacional Sobre Violencia y Salud [Internet]. SSA; 2006 [citado el 6 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/3fbswJS>

Tang K., Gaoshan J. & Babatunde A. (23 de abril de 2020). Sexual and Reproductive Health (SHR): a key issue in the emergency response to the coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Reprod Health* 17(59),1-3.

The Lancet (11 de abril de 2020). The gendered dimensions of COVID-19. *The Lancet* 395:1168.

Usher K., Navjot B. *et al.* (20 de abril de 2020). Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. *Int J Ment Health Nurs*. 1-8.

Van Gelder N., Peterman A. *et al.* (16 de abril de 2020). COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. *Eclin Med*. 4(15), 1-2.

Vieta E., Pérez V. & Arango C. (12 de abril de 2020). La psiquiatría en las secuelas de COVID-19. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 1-12.

Sexualidad en tiempos de COVID-19

Verónica Delgado Parra*

*Médica Psiquiatra, sexóloga clínica. Maestría en Terapia Cognitivo Conductual.

Identificar el impacto que ha tenido la COVID-19 en la salud sexual y las expresiones de la sexualidad es una tarea en proceso. Sin embargo, el estudio de las diferentes áreas en que esta problemática se expresa, así como la diversidad de sus manifestaciones, pueden darnos pistas sobre la incidencia de la pandemia en este ámbito de la salud.

El coronavirus (SARS-CoV-2) ha impactado en la salud de las personas a nivel mundial y en diferentes niveles: físico, emocional, mental y también sexual. Para dimensionar el impacto en este último, considero importante retomar las definiciones operativas de la Organización Mundial para la Salud con relación a Sexualidad y Salud Sexual definida en el documento “Promoción de la Salud Sexual: recomendaciones para la acción”:

El término sexualidad se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de

factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos (Pan American Health Organization-World Health Organization, 2000).

En el mismo documento, se define la salud sexual como “la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual

se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen” (Pan American Health Organization-World Health Organization, 2000).

¿CÓMO HA AFECTADO EL COVID-19 LA VIDA SEXUAL?

Estamos en el proceso de conocer e identificar el impacto que ha tenido la COVID-19 en la salud sexual; las evidencias que hasta ahora tenemos se encuentran en las siguientes áreas:

Erotismo

“El erotismo es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo y que, por lo general, se identifican con el placer sexual” (Pan American Health Organization - World Health Organization, 2000).

De acuerdo con la definición anterior, el juego erótico es fundamental para tener un encuentro sexual satisfactorio y placentero; en estos momentos tenemos certeza de que la forma como se transmite y adquiere la enfermedad es a través de las secreciones nasales y de la saliva, cuando una persona portadora del virus tose o estornuda frente a otra a menos de dos metros de distancia, ya que el virus se encuentra en las gotas de *flush*.

Esto toma relevancia ya que en el juego erótico con la pareja, besar es una forma directa de transmisión del virus. Sin embargo, existen algunas sugerencias para las parejas que disfrutan los besos durante el juego erótico, como el uso de protectores bucales (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, 2016); sin embargo, el virus puede mantenerse activo en el plástico (material del que están elaborados). Es recomendable tener cuidado con la

manipulación de dichos protectores: desecharlos, lavarse las manos y usar geles a base de alcohol.

Los primeros reportes (aceptados para publicación hasta el momento de la redacción de este artículo) del estudio del semen y frotis vaginales de hombres y mujeres identificados con COVID-19, confirman que el coronavirus no se ha detectado ni en semen ni en secreción vaginal, por lo tanto, al igual que otros coronavirus, no tienen transmisión por vía sexual. Esto significa que una pareja puede tener relaciones sexuales coitales o anales con los cuidados necesarios, como es el uso del condón, para evitar otros problemas, mas no por el riesgo de transmisión del coronavirus (Ci Song, Yan Wang *et al.*, 2020a y 2020b; Lin Qiu, Xia Liu *et al.*, 2020).

Otro reporte del Centers for Disease Control and Prevention (CDC) informa que el coronavirus se ha encontrado en las heces de algunos pacientes que presentaron síntomas de COVID-19, sin embargo, se desconoce si hay riesgo de contagio de persona a persona por esta vía, en qué cantidad, duración y capacidad de infección; a pesar de que los científicos sospechan que existe un riesgo bajo, como se ha mostrado con otros coronavirus, hasta ahora no hay certeza sobre si la práctica del sexo oral-anal representa un riesgo de transmisión del virus. La recomendación es evitar esta práctica hasta no tener mayor evidencia al respecto o, en su caso, asegurarse de que la pareja está asintomática (Centers for Disease Control and Prevention, 2019).

Otras recomendaciones para tener una experiencia erótica satisfactoria de forma segura son las siguientes (Rodríguez E., 2020):

- Utilizar juguetes sexuales o masturbarse no disemina el coronavirus SARS-CoV-2 que causa el COVID-19. En cualquiera de estas prácticas, la higiene es prioritaria: lavado

de manos antes y después de la experiencia autoerótica, lavar y guardar adecuadamente el o los juguetes sexuales que se utilicen, no compartir con la pareja si hay sospecha de infección, entre otras técnicas de cuidado.

- Para las personas que procuran tener sexo casual, la recomendación es evitarlo. Se puede suplir por sexo en línea con cualquiera de sus variaciones, por ejemplo sexting, cibersexo, ver páginas de sexo explícito. Para quienes busquen contactos físicos es fundamental mantener una práctica sexual segura y protegida con uso de condón para evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual; actualmente, las clínicas están enfocando sus esfuerzos en atender pacientes con COVID-19 y otros problemas graves de salud; las infecciones de transmisión sexual no son prioridad en estos tiempos.

Por lo anterior, el sexoservicio representa una práctica de riesgo para contraer COVID-19; por salud, lo mejor es suspender la actividad personal y procurarla en línea. Si continúa con esta práctica, las recomendaciones mínimas de cuidado para clientes y sexoservidoras o sexoservidores son las siguientes: mantener el entorno laboral limpio, desinfectar después de cada cliente, evitar uso de uñas largas, preguntar al o la cliente cómo se encuentra su estado de salud; si es posible, tomar la temperatura por mutua seguridad, baño posterior y cambio de ropa, usar gel alcohol a libre demanda y por supuesto el condón así como uso de cubrebocas (Rodríguez E., 2020).

Sin duda, la práctica más segura durante esta pandemia es tener actividad sexual con una pareja que es conocida y con la seguridad de que no está infectada. Si la pareja está infectada, debe mantener las medidas de aislamiento, lo que implica suspender

la actividad sexual hasta que se compruebe que está asintomático y con resultado negativo en la prueba de detección del coronavirus.

Salud sexual y reproductiva

En un estudio retrospectivo en el cual se valoró a nueve mujeres que enfermaron de COVID-19 durante el embarazo y el nacimiento, los autores midieron la presencia de SARS-CoV-2 en líquido amniótico, en cordón umbilical, en leche materna y en el exudado de la garganta del bebé con resultado negativo. Los autores concluyen que no hay riesgo de un contagio vertical; en esta misma línea, se estudió el fluido vaginal de 10 mujeres diagnosticadas con COVID-19 severo y no se detectó la presencia del virus. Sin embargo, otros autores comentan que aún son pocas las mujeres estudiadas para poder confirmar los resultados; es necesario realizar más estudios (Huijun C., Juanjuan G. *et al.*, 2020; Lin Qiu, Xia Liu *et al.*, 2020; Jie Qiao (2020).

Relaciones interpersonales

El aislamiento social y el confinamiento en casa ha incrementado la violencia contra la pareja. Un reporte define el incremento potencial de la violencia de pareja (IPV, por sus siglas en inglés) como la violencia física, sexual, psicológica o económica que se presenta durante la convivencia forzada; esto ocurre con mayor frecuencia contra la mujer: una de cada tres mujeres sufren algún tipo de violencia por su pareja. Los países y las ciudades deben tomar en cuenta esta realidad para ofrecer servicios de atención integral que incluyan servicios de salud mental y protección para las víctimas (Van Gelder N. *et al.*, 2020). Los problemas psiquiátricos que se reportan con mayor frecuencia son trastornos de ansiedad y trastorno por estrés

postraumático; es indispensable contar con servicios de salud mental atendidos por especialistas para abordar estos trastornos que ofrezcan orientación o terapia de pareja (Keynejad R.C., Hanlon C. & Howard L.M., 2020).

Una complicación de la violencia sexual es el incremento en embarazos no deseados y no planeados; esta circunstancia representa un problema importante a considerar ya que las mujeres tienen menor acceso a los servicios de salud y a la obtención de métodos anticonceptivos de manera gratuita; los centros, clínicas u hospitales que ofrecen la interrupción legal del embarazo se encuentran limitados y la atención a los problemas sexuales, a pesar de ser un derecho, no son una prioridad para los servicios de salud en este momento de la pandemia (Todd-Gher J. & Shah P.K., 2020).

Es importante tomar en cuenta que una posible recesión económica, consecuencia de la pandemia, tendrá un impacto importante en la manutención de la familia y de la pareja, y se convertirá en otro factor de riesgo para el IPV.

Se sugiere que las personas que convivan, mantengan espacios de privacidad y actividades individuales, así como acuerdos para respetar estos espacios, en la medida de lo posible.

Impacto de género de la COVID-19

La enfermedad afecta por igual a hombres y mujeres; sin embargo, se ha observado una respuesta diferente entre ambos sexos relacionada con la vulnerabilidad y la mortalidad. Las cifras reportadas muestran mayor mortalidad en hombres, lo que se ha relacionado con la respuesta inmunológica o a la presencia de comorbilidades. En el contexto de la pareja y familia, esto lleva a un cambio necesario de roles: la mujer se ve obligada a adquirir respon-

sabilidades que antes correspondían a la pareja y conlleva un impacto económico y en la crianza de los hijos, cuando los hay. Otra observación relacionada con el género son los roles que adquieren las mujeres y los hombres; la responsabilidad en las labores de cuidado del hogar y de los hijos recae sobre la mujer. Es necesario abrir una línea de investigación para explorar estos aspectos ya que son un factor de riesgo para la salud integral de las mujeres (Wenham C., Smith J. & Morgan R., 2020; Mantovani A., Dalbeni A. & Beatrice G., 2020).

CONCLUSIONES

La experiencia frente a una nueva enfermedad impacta la salud integral del ser humano; el problema principal es la salud física, sin embargo, es un buen ejemplo para entender la salud de manea integral. La COVID-19 no sólo afecta la salud física, ha provocado impactos a diferentes niveles: salud emocional, limitaciones para la interacción social, graves problemas económicos y, de manera significativa, ha generado problemas en la sexualidad a diferentes niveles, como disfrutar de la experiencia erótica con libertad, la relación interpersonal gratificante, el desarrollo de planes y proyectos personales; también ha sido factor de riesgo para problemas graves como son la violencia doméstica y embarazos no planeados ni deseados.

La epidemia de COVID-19 es una experiencia que ha provocado la modificación de roles de género que llevarán un proceso de adaptación personal y social importantes. Es fundamental mencionar los problemas de salud mental que sin duda afectan a la salud sexual.

Los profesionales de la salud mental tenemos el compromiso de contemplar la salud integral de las y los pacientes para ofrecer un tratamiento adecuado en este momento de confinamiento por la pandemia.

FUENTES

- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). Water and COVID-19 FAQs. Disponible en: <https://bit.ly/3fdp0Pp>
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. (2016). Cómo usar una barrera bucal para tener sexo oral. Disponible en: <https://bit.ly/37tE4FR>
- Ci Song, Yan Wang *et al.* (2020a). Absence of 2019 Novel Coronavirus in Semen and Testes of COVID-19 Patients. *Biology of Reproduction*, ioaa050, <https://bit.ly/3hhK4pD>
- Ci Song, Yan Wang *et al.* (2020b). Detection of 2019 novel coronavirus in semen and testicular biopsy specimen of COVID-19 patients. *medRxiv* 2020.03.31.20042333; DOI: <https://bit.ly/3dVEIyo>
- Huijun C., Juanjuan G. *et al.* (February 12, 2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet* 395, 809-815.
- Jie Qiao (March 7-13, 2020). What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? Comment. *Lancet* Volume 395, Issue 10226, 760-762.
- Keynejad R., Hanlon C. & Howard L. (February 2020). Psychological interventions for common mental disorders in women experiencing intimate partner violence in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. <https://bit.ly/2XWInXf>
- Lin Qiu, Xia Liu *et al.* (2020) SARS-CoV-2 is not detectable in the vaginal fluid of women with severe COVID-19 infection. *Clinical Infectious Diseases*, ciaa375, <https://bit.ly/2Uyv9xO>
- Lin Qiu, Xia Liu *et al.* (April 02, 2020). SARS-CoV-2 is not detectable in the vaginal fluid of women with severe COVID-19 infection. *Clinical Infectious Diseases*, ciaa375, <https://bit.ly/2XTDWMD>
- Mantovani A., Dalbeni A. & Beatrice G. (April 10, 2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): we don't leave women alone. *International Journal of Public Health* 65, 235-236. <https://bit.ly/2MOMBOL>
- Pan American Health Organization & World Health Organization. (2000). Promotion Sexual Health of Recommendations for Action. Disponible en: <https://bit.ly/3favFtw>
- Rodríguez E. (23 de abril de 2020). Sexualidad y COVID-19. Presentación en la sesión académica de la Asociación Mexicana para la Salud Sexual A.C. Disponible en: <https://bit.ly/2XRJ2sW>
- Todd-Gher J & Shah P.K. (2020). Abortion in the context of COVID-19: a human rights imperative. *Sexual and Reproductive Health Matters*, DOI: 10.1080/26410397.2020.1758394
- Van Gelder N. *et al.* (2020). COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence, *EClinicalMedicine*, <https://bit.ly/2YG7BbB>
- Wenham C., Smith J. & Morgan R. (March 6, 2020). COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *The Lancet* 395, Issue 10227, 846-848, DOI: <https://bit.ly/2zou0RR>

Recomendaciones para la valoración y el seguimiento de pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar durante la pandemia de COVID-19

Blanca Margarita Moreno Ramírez*

*Médico psiquiatra

Padecer un trastorno psiquiátrico es un factor de riesgo para contagiarse de cualquier enfermedad de tipo infeccioso; la gravedad del SARS-CoV-2 ha encendido las alarmas de los profesionales de la salud para la atención de esta población en diferentes escenarios, librando los desafíos de lograr una atención integral tanto de los pacientes como de sus familiares.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones del tracto respiratorio son generadas mayormente por virus. En México, las epidemias estacionales de gripe ocurren cada otoño, invierno y primavera. Las infecciones virales pueden manifestarse de diversas formas, desde una presentación asintomática, pasando por enfermedad no complicada con o sin fiebre, hasta complicaciones como neumonía o síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA) (Gobierno de México, 2020).

Los coronavirus humanos (hCoV) también son globalmente endémicos y causan de 10 a 30% de las

infecciones respiratorias agudas en adultos. Las infecciones por hCoV se consideraron generalmente leves hasta las epidemias del SARS (Síndrome Respiratorio Agudo y Grave) en 2002, que involucró a 8,422 pacientes durante 2002-2003 y se extendió a 29 países a nivel mundial, y de MERS (Síndrome Respiratorio del Medio Oriente) en 2012, que igualmente impactó ostensiblemente la mortalidad de los países afectados (Gobierno de México, 2020).

En 2017, la Organización Mundial de la Salud (OMS) los adicionó a su lista de patógenos prioritarios. La predicción de la OMS fue evidente en diciembre de 2019, con los reportes de los casos de neumonía en Wuhan, China, causados, como

se demostró el 10 de enero de 2020, por un nuevo coronavirus denominado ahora como SARS-CoV-2, evolucionando rápidamente para convertirse en una pandemia que ha requerido de una acción inmediata en el desarrollo de las clásicas estrategias de salud pública para enfermedades emergentes virales, sobre todo respiratorias, y de la implementación de un plan de atención médica en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud (Chen N., Zhou M. *et al.*, 2020; Huang C., Wang Y. *et al.*, 2020).

TRANSMISIÓN DEL VIRUS

Difusión de persona a persona

Se produce a través del aire, por vía fecal-oral o a través de fómites, por ejemplo botones de elevadores, grifos, etc. Se supone que el SARS-CoV-2 se transmite principalmente a través del contacto de persona a persona por medio de gotitas respiratorias generadas por la tos y estornudos. No está claro si, ni en qué medida, otras rutas de transmisión son epidemiológicamente relevantes. El virus podría aislarse en muestras de inodoros y sumideros, lo que sugiere que la eliminación de virus en las heces podría ser una posible ruta de transmisión; un estudio mostró que el patógeno puede ser detectable como aerosoles hasta tres horas, cuatro horas en cobre, 24 horas en cartón y hasta dos o tres días en plástico y acero inoxidable. De ahí el consejo imprescindible del lavado de manos regular y completo.

La difusión nosocomial está bien documentada. Dentro de las primeras seis semanas de la epidemia en Wuhan, China, 1,716 casos entre los trabajadores de la salud fueron confirmados por pruebas de ácidos nucleicos y al menos cinco murieron; trabajar más horas de servicio, en un departamento de riesgo y una higiene de manos sub-óptima después de

contactar a los pacientes, se asociaron con un mayor riesgo de infección (Kamps B.S. & Hoffma C., 2020). La información disponible que describe la presentación clínica de pacientes con COVID-19 confirmada es aún limitada. La mayoría se reduce a pacientes hospitalizados con neumonía. El periodo de incubación es de unos cinco días (intervalo de confianza del 95%: cuatro a siete días). Debido a la variedad de síntomas en las infecciones del tracto respiratorio, así como al alto porcentaje de pacientes graves con diagnóstico de COVID-19 que presentan fiebre (83-98%) (Gobierno de México, 2020; Chen N., Zhou M. *et al.*, 2020), el diagnóstico operacional clínico de gravedad, tanto para influenza AH1N1-pdm 2009, como para SARS-CoV-2, requiere documentar fiebre, en conjunto con los criterios de la definición operacional descritos en el “Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de COVID-19” aprobado por el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE) (Gobierno de México, 2020).

Grupos de riesgo (Grohskopf L., Sokolow L. *et al.*, 2017):

- Niños menores de 5 años; y especialmente menores de 2 años.
- Adultos \geq 65 años.
- Enfermedad pulmonar crónica (como EPOC, fibrosis quística e incluso asma).
- Enfermedad cardiovascular.
- Nefropatía.
- Hepatopatía.
- Diabetes mellitus.
- Enfermedad hematológica (incluyendo anemia falciforme).
- Alteraciones metabólicas (incluyendo diabetes mellitus tipo 1, 2 y gestacional; incluso bajo control).
- Afección neurológica (incluyendo afección cerebral, espinal, nervios periféricos, parálisis, síndromes epilépticos, evento vascular

cerebral y afección intelectual) o del neurodesarrollo.

- Inmunosupresión inducida por medicamentos.
- Personas que viven con VIH.
- Personas que viven en asilos u otros centros de cuidados a largo plazo.
- Mujeres embarazadas y hasta dos semanas del parto.
- Personas que tienen obesidad, con un índice de masa corporal [IMC] ≥ 40 .

Padecer un trastorno psiquiátrico debería considerarse un factor de riesgo para contagiarse de cualquier enfermedad de tipo infeccioso (VIH, hepatitis, citomegalovirus, tuberculosis, etc.), en especial por la gravedad de la situación del SARS-CoV-2.

El impacto de esta epidemia en población de pacientes psiquiátricos no sólo obstaculizará cualquier objetivo de prevenir una mayor propagación de SARS-CoV-2 y sus complicaciones por COVID-19, sino que también aumentará las desigualdades de salud ya existentes, poniendo en mayor riesgo a esta población.

Las personas con trastornos de salud mental generalmente son más susceptibles a las infecciones por varias razones, entre otras el deterioro cognitivo, el consumo de tabaco, la poca conciencia del riesgo, las dificultades económicas o para mantener un empleo, incluso para contar con un servicio médico, una pobre o nula red de apoyo, el rechazo social, así como la menor eficacia de las medidas de protección personal (lavarse las manos frecuentemente, no tocarse la cara, uso de cubrebocas, guardar distancia, asistir al médico, etc.), y finalmente, el confinamiento en hospitales psiquiátricos y la indigencia.

En segundo lugar, una vez infectados, o presentando neumonía, las personas con trastornos mentales

pueden estar expuestas a más dificultades para manifestar su malestar físico y también para acceder a servicios de salud oportunos, debido a la discriminación asociada al estigma de los trastornos mentales.

Las manifestaciones clínicas en población con trastornos psiquiátricos severos pueden variar significativamente en comparación con población mentalmente estable, por lo que sólo podrían exhibir síntomas como agresividad, insomnio, agitación psicomotriz, irritabilidad, los cuales podrían confundirse con una exacerbación de su trastorno psiquiátrico *per se*.

La comorbilidad de un trastorno mental en pacientes cursando con COVID-19 hará que el tratamiento sea más desafiante y potencialmente menos efectivo; en algunas ocasiones, los pacientes no cooperarán con su diagnóstico y tratamiento.

Finalmente, muchas personas con trastornos de salud mental asisten regularmente a consulta externa para citas médicas, estudios y recetas; tras declararse la necesidad de permanecer en casa podría exacerbarse un trastorno psiquiátrico preexistente o favorecer el debut del mismo, con la dificultad de acudir a los servicios de salud, a causa de las mismas razones que los hacen más susceptibles de ser infectados.

Las epidemias nunca afectan a todas las poblaciones en la misma medida, y las desigualdades pueden impulsar la propagación de enfermedades sobre la población más vulnerable; por ello, debería incluirse dentro de los factores de riesgo, padecer un trastorno psiquiátrico considerado grave, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar.

Considero oportuno apoyarnos como comunidad médica, retomar nuestra posición dentro del ambiente en salud y ser realmente activos, optimizar el uso de las herramientas actualmente disponi-

bles —como los teléfonos celulares, números de emergencia psiquiátrica para contención de crisis y terapia breve, plataformas para interactuar con familiares y pacientes—, y no escatimar recursos en la prevención de recaídas en los trastornos psiquiátricos e infección por SARS-CoV-2 en la población de pacientes con trastornos psiquiátricos, ser más humanos y apoyar el entorno dentro de las unidades de hospital general, a familiares, a personal de salud y desde luego a pacientes con trastornos psiquiátricos con y sin comorbilidad por COVID-19.

La información se va generando de forma estrepitosa, lo que ha propiciado que el papel de algunas especialidades durante esta pandemia sea limitado; sin embargo, es necesario generar información sobre el mismo.

En el presente artículo se toman en cuenta los siguientes posibles escenarios:

- Pacientes ambulatorios con diagnóstico de trastorno bipolar o esquizofrenia en consulta externa estables, en unidades de primer, segundo y tercer nivel de atención médica.
- Pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno bipolar o esquizofrenia en unidad psiquiátrica para pacientes crónicos.
- Pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno bipolar o esquizofrenia en unidad psiquiátrica para padecimientos agudos.
- Pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar o esquizofrenia que se encuentran ingresados en hospital general por cursar con COVID-19 o con diagnóstico de neumonía atípica.
- Pacientes sin atención médico-psiquiátrica (indigentes, abandonados, etc.).

I. Paciente ambulatorio con diagnóstico de trastorno bipolar o esquizofrenia estable, en unidades de primer, segundo y tercer nivel de atención médica.

Contar con módulo(s) al ingreso de la unidad hospitalaria con personal médico y de enfermería, que proporcionen cubrebocas a las personas que lleguen al nosocomio; contar con termómetro y alcohol-gel, baumanómetro, estetoscopio y oxímetro; limpiar entre cada paciente el instrumental; el personal deberá contar con equipo de protección personal (imágenes 1-5).

Realizar cuestionario de síntomas probables de padecer COVID-19 al personal, pacientes y familiares a la entrada del hospital, antes de ingresar a consulta por módulo(s) (detección de probables casos por la definición operacional) (anexo 1).

Los datos de alarma deben buscarse intencionalmente en el interrogatorio y la exploración física, y su presencia debe discutirse siempre con el paciente (información compartida) (Nelson K., Helfrich C. *et al.*, 2014).

Estos incluyen:

- Disnea.
- Oximetría de pulso <94% al aire ambiente.
- Secreciones abundantes.
- Taquipnea.
- Síndrome pleuropulmonar.
- Hipotensión arterial (incluye la necesidad de suspender o reducir tratamiento antihipertensivo, presión arterial sistólica <90, presión arterial media <60, disminución de 40 mmHg de presión arterial sistólica habitual).
- Exacerbación de síntomas cardiovasculares o respiratorios de enfermedades crónicas subyacentes.
- Alteración del estado de conciencia.

- Vómito o diarrea persistente.
- Descontrol glucémico.

Si el paciente presenta datos de alarma o al menos un dato de la escala qSOFA (quick Sequential Organ Failure Assessment), debe considerarse el traslado a un centro hospitalario de segundo o tercer nivel. El traslado debe realizarse en una ambulancia; no se debe enviar a los pacientes a los centros hospitalarios por sus propios medios.

Evaluación rápida de insuficiencia orgánica secuencial (Escala de qSOFA) (Lane D., Lin S. & Scales D., 2019).

Variables

Frecuencia respiratoria ≥ 22 rpm

Presión arterial sistémica ≤ 100 mmHg

Escala de Coma de Glasgow ≤ 13

- En caso de no ser posible su ingreso a la unidad hospitalaria, proporcionar información para ser atendido en hospital general, así como números de contacto institucionales para su asesoría y atención, así como el número de teléfono para reprogramar la cita en psiquiatría, psicología o trabajo social (elaboración de tríptico adecuado a cada unidad hospitalaria).
- Llevar un control de dichos casos (nombre, edad, sexo, número de seguridad social, número de contacto, diagnóstico, tratamiento, etc.), dar seguimiento por trabajo social vía telefónica (anexo 2).
- Realizar lavado de manos correcto con pacientes, familiares y personal de salud en el mismo módulo de ingreso (anexo 3).
- En el área de consulta (en caso de no ser cancelada), tener horarios para que ingresen los pacientes, según su cita, evitando que lleguen con tiempo de antelación, uso

de cubrebocas (en caso de no llevar, tendrá que proporcionarse), en la sala de espera mantener sana distancia cancelando uno o dos lugares entre las sillas, separando sillones, etc., mantener limpias áreas con agua con cloro al 10% de dilución (baños, pisos, manijas, agarraderas, puertas, escritorios, etc.).

- Evitar ingesta de alimentos dentro de la unidad hospitalaria.
- Ingresar idealmente sólo el paciente; en caso necesario un solo familiar.
- Dentro del consultorio, mantener distancia de dos metros; en caso de no contar con área para dicha distancia, se sugiere el uso (así sea improvisado) de otras áreas.
- Ser objetivos durante la valoración para no prolongar el tiempo de exposición del paciente, del personal de salud, de los familiares o permanencia innecesaria dentro de la unidad hospitalaria.
- Surtir recetas para dos o tres meses.
- Evitar solicitar interconsultas y estudios innecesarios o que se puedan postergar.

Esta información deberá estar disponible en la página oficial del nosocomio, letreros al ingreso del hospital y ser difundida entre el personal.

El personal

Estamos hablando de médicos, médicos psiquiatras, psicólogos, residentes, cocineros, intendentes, trabajadores sociales, asistentes, policías, personal administrativo, técnicos radiólogos, operadores de ambulancia, etc.

Deberá:

- Utilizar equipo de protección personal según corresponda el área (imágenes 1-8).
- Llevar lo indispensable (pijama quirúr-

gica preferentemente, cabello recogido, sin maquillaje, aretes, relojes, corbatas, sacos, bufandas, bolsos de mano, tarros de café, etc.).

- Evitar reuniones dentro de la unidad hospitalaria, mantener distancia.
- Cabello corto, uñas cortas sin esmalte, rasurar bigote y barba.
- Uso de cubrebocas obligatorio.
- Tener disponible uso alcohol-gel para personal, paciente y familiares en todas las áreas.
- Mantener sus espacios de trabajo limpios.
- Evitar consumir alimentos dentro de la unidad hospitalaria (sólo en áreas para dicho fin y no acudir en grupos).
- Mostrar a personal, pacientes y familiares lavados de manos con técnica indicada (anexo 3).
- Recomendar evitar convivencia con animales.
- Evitar uso de celular.
- Un solo bolígrafo.
- Limpiar el consultorio (revistas, posters, cojines, fómites en general, etc.).
- Entre pacientes, limpiar áreas como escritorio, teclado y computadora con cloro diluido en agua y toallas desechables de papel.
- Evitar exploración física innecesaria.
- Acudir sólo un familiar por recetas.
- Reprogramar citas en caso necesario.
- Mantener contacto con su paciente (psiquiatra, psicólogo, trabajador social) vía telefónica (procurando mantener una actitud empática); por parte del paciente, realizar llamadas al personal de salud únicamente en situación de necesidad real y urgencia.
- Evitar en el paciente la sobreexposición a noticias y noticias falsas.
- Concientizar al familiar para evitar el aislamiento del paciente psiquiátrico dentro de su hogar.

- Mantener horarios en casa: desayuno, comida, cena, sueño, higiene, etc.).
- Instruir al familiar y al paciente sobre el adecuado mantenimiento de higiene en sus manos (enseñar lavado de manos), la higiene en casa, alimentación sana, uso de cubrebocas.
- Planear actividades con los pacientes, como ayudar en la cocina, barrer, regar plantas, etc.
- Incentivar al paciente a mantener apego al tratamiento farmacológico establecido.
- Proporcionar a paciente y familiares información realista, clara, concisa, directa, acerca de la epidemia por SARS-CoV-2 y enfermedad COVID-19, evitando ser fatalista.
- Prever la convivencia estrecha con familias disfuncionales durante el aislamiento como un factor disparador de recaída.

II. Pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno bipolar o esquizofrenia en unidad psiquiátrica para pacientes crónicos.

El personal de salud y los familiares que acuden a visitas son quienes podrían llevar el virus al nosocomio, por lo que la atención tendrá que centrarse en ellos.

Los hospitales psiquiátricos, dadas las características de los pacientes y de las instalaciones, son espacios de fácil contagio, en especial por la convivencia, la deambulación, la difícil cooperación de algunos de los pacientes, así como la falta de áreas y recursos materiales adecuados para situaciones como esta.

Es recomendable contar con un módulo de ingreso a la unidad hospitalaria donde pueda realizarse un cuestionario de síntomas, así como hacer un triaje de ingreso a familiares y personal sanitario: tos seca, fiebre, malestar general, conjuntivitis, mial-

gias, artralgias, anosmia, cefalea, cansancio, dificultad respiratoria, diarrea, hipotensión, etc.

Ante cualquiera de los síntomas referidos, no deberán acudir al nosocomio sino directamente a unidad de segundo o tercer nivel de atención médica a urgencias, o bien ser trasladado en ambulancia si se detectan los datos enlistados más abajo dentro de la unidad hospitalaria.

Los datos de alarma deben buscarse intencionalmente en el interrogatorio y la exploración física, y su presencia debe discutirse siempre con el paciente (información compartida) (Nelson K., Helfrich C. *et al.*, 2014).

Estos incluyen:

- Disnea.
- Oximetría de pulso <94% al aire ambiente.
- Secreciones abundantes.
- Taquipnea.
- Síndrome pleuropulmonar.
- Hipotensión arterial (incluye la necesidad de suspender o reducir tratamiento antihipertensivo, presión arterial sistólica <90, presión arterial media <60, disminución de 40 mmHg de presión arterial sistólica habitual).
- Exacerbación de síntomas cardiovasculares o respiratorios de enfermedades crónicas subyacentes.
- Alteración del estado de conciencia.
- Vómito o diarrea persistente.
- Descontrol glucémico.

Si el paciente presenta datos de alarma o al menos un dato de la escala qSOFA (quick Sequential Organ Failure Assessment), debe considerarse el traslado a un centro hospitalario de segundo o tercer nivel. El traslado debe realizarse en una ambulancia; no se debe enviar a los pacientes a los centros hospitalarios por sus propios medios.

Evaluación rápida de insuficiencia orgánica secuencial (Escala de qSOFA) (Lane D., Lin S. & Scales D., 2019).

Variables

Frecuencia respiratoria ≥ 22 rpm

Presión arterial sistémica ≤ 100 mmHg

Escala de Coma de Glasgow ≤ 13

Ante la presencia de una paciente sospechoso, este debe situarse en área de choque, urgencia, aislamiento o cuidados críticos para ser monitoreado en lo que se concreta su traslado, manteniendo la presencia únicamente del personal indispensable, por lo que los turnos y unidades médicas deberán coordinarse, evitando caos y exposición innecesaria al resto del personal y pacientes.

Las recomendaciones para personal de salud y familiares serán:

- Realizar la notificación a la autoridad competente (para estar seguros de cuándo puede acudir el trabajador o familiar al hospital) y realizar el registro pertinente.
- Utilizar el equipo de protección correspondiente al área asignada (imágenes 1-8).
- Llevar lo indispensable (pijama quirúrgica preferentemente, cabello recogido, sin maquillaje, aretes, relojes, corbatas, sacos, bufandas, bolsos de mano, tarros de café, etc.).
- Evitar reuniones/juntas dentro de la unidad hospitalaria, mantener distancia; con este mismo fin se deben espaciar las actividades recreativas y ocupacionales.
- Cabello corto, uñas cortas sin esmalte, rasurar bigote y barba.
- Uso de cubrebocas obligatorio al ingresar al hospital (para personal de salud se recomienda N95, el cual se hace mandatorio en presencia de un paciente sospechoso o confirmado de COVID-19).
- Evitar llevar bolsos de mano, comida, libros, revistas, joyería, objetos y fómites en general.

- A su ingreso, realizar lavado de manos (técnica de lavado de manos).
- Uso de alcohol-gel disponible en todas las áreas de la unidad hospitalaria.
- Áreas exclusivas para la presencia de familiares, manteniendo un número reducido de estos (sólo uno por paciente), tanto para las visitas como para informes médicos.
- Lavado de manos entre la atención de pacientes.
- Aseo de termómetros, baumanómetros, oxímetro, estetoscopio, entre la atención de cada paciente por el servicio de enfermería y médicos.
- Evitar exploración física innecesaria.
- Evitar el uso de objetos personales entre los pacientes (ropa, pasta de dientes, papel higiénico, etc.).
- Retiro de objetos como posters, revistas, cojines y similares.
- Aseo repetido de baños, áreas comunes, consultorios, mesas, superficies, aseo que tendrá que realizar cada uno, cooperando con la labor.
- Evitar la sobreexposición a noticias.
- Mantenerse en contacto con familiares a través de su psiquiatra o psicólogo, vía telefónica o videollamada.
- En caso de que algún paciente o trabajador desarrolle síntomas respiratorios, todo el personal deberá estar atento, promoviendo el cuidado entre todos, pero sin caer en discriminación y agresiones, notificando a la autoridad correspondiente.
- Identificar casos con desarrollo de síntomas de COVID-19. En dicho escenario, se sugiere aislar del resto de los pacientes, de ser posible en habitación privada, con uso exclusivo de trastes; realizar la notificación a familiar así como a la autoridad correspondiente, para actuar con rapidez disminuyendo el riesgo de propagación del

virus y facilitando la pronta atención del paciente.

- Contar con permiso escrito del familiar e indicaciones para realizar traslado del paciente a hospital general en caso de urgencia médica.
- Uso de tabletas o celulares por personal del hospital, para tener contacto con sus familiares.

III. Pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno bipolar o esquizofrenia en unidad psiquiátrica para padecimientos agudos.

Las consideraciones de este escenario son iguales a las enumeradas previamente; se adicionan:

- Retirar o limitar los permisos terapéuticos de salida y reingreso a la unidad hospitalaria.
- Durante la valoración de ingreso hospitalario, limitar el número de personas presentes, ser realmente objetivo y disminuir el tiempo de valoración.
- Realizar evaluación riesgo-beneficio de hospitalización en unidad psiquiátrica.

IV. Pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar y esquizofrenia que se encuentran ingresados en un hospital general por cursar con COVID-19 o diagnóstico de neumonía atípica.

En esta sección nos referimos a psiquiatría de enlace: interconsultas en el servicio de urgencias, medicina interna, terapia intensiva, cirugía, pediatría, ginecología y obstetricia, etc.:

- a. Aquellos pacientes que se han infectado dentro de la unidad hospitalaria, habiendo ingresado inicialmente por otra patología; por ejemplo: fractura de cadera con neumonía atípica por SARS-CoV-2 con PCR positivo y diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar.

- b. Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar que cursan con COVID-19 y ameritan vigilancia en urgencias, medicina interna o terapia intensiva.
- c. Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar estables que cursan con COVID-19 sin complicaciones médicas, que fueron captados y además acuden a urgencias de la unidad hospitalaria o algún otro servicio médico.
- d. Pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar que cursan con delirium secundario a neumonía atípica por SARS-CoV-2 con PCR positivo, o que sean casos sospechosos no confirmados.
- e. Paciente embarazada o que acude para la atención del parto, o complicaciones del embarazo con diagnóstico previo de esquizofrenia o trastorno bipolar que cursa con diagnóstico de COVID-19, neumonía atípica o caso sospechoso, con y sin comorbilidad médica.
- f. Paciente menor de edad que cuenta con diagnóstico de intento suicida y diagnóstico de esquizofrenia pero con comorbilidad médica; por ejemplo, diabetes mellitus tipo 1 y neumonía atípica por SARS-CoV-2 con PCR positivo.

En caso de no existir ventiladores suficientes, los médicos se verán en la necesidad de distinguir entre aquellos pacientes que son recuperables y harán uso del dispositivo, de aquellos que no reúnen criterios suficientes para dicha indicación; la población psiquiátrica generalmente es rechazada por la sociedad y la comunidad médica, lo que implica un riesgo aún mayor para la sobrevivencia, por lo que nuestra intervención será de vital importancia.

Considero debe existir un consentimiento informado especial durante la pandemia, ya que los pacientes con trastornos psiquiátricos casi siempre se encuentran acompañados por el riesgo de

abuso y maltrato, pero también para preservar su integridad física y mental. Los procedimientos son autorizados generalmente por los familiares; sin embargo, en esta situación no será posible su ingreso con el paciente, y en caso de fallecer, los dolientes no podrán ingresar a las áreas de terapia intensiva por el elevado riesgo de contagio (en algunos casos, podría reconsiderarse dicha postura con equipo de protección personal para el familiar). Nuestra intervención será importantísima, ya que podríamos mantener el contacto entre familiares y pacientes a través de tabletas o celulares, ayudando a la constancia de objeto, a disminuir ansiedad, prevenir duelos patológicos y trastornos adaptativos; asimismo, hemos de considerar que en los pacientes que cursan con esquizofrenia y trastorno bipolar, es imprescindible mantener su estado de ánimo y cooperación con el tratamiento (comer, tomar los medicamentos y no esconderlos o escupirlos, mantener venoclisis o catéter central, sondas, usar el oxígeno, etc.).

El psiquiatra o psicólogo, idealmente, deberá ser informado del diagnóstico presuntivo o confirmado, por lo que es idóneo que mantenga todas las precauciones de uso de equipo de protección personal, según sea el caso, por zona verde, amarilla o roja (imágenes 1-8), así como realizar una revisión de notas médicas y expediente clínico previo a la revisión del paciente.

Mantener la calma y prioritariamente velar por su integridad y seguridad física, así como de terceros, en dicha valoración.

La información será nuestra herramienta más valiosa para vencer el miedo y llevar a cabo los procesos de la forma correcta, protegiéndonos y ayudando a terceros, incluidos personal de salud, pacientes, nuestras familias y la sociedad.

En hospital general suele haber sólo un psiquiatra por turno en cada unidad, por lo que se sugiere so-

licitar ayuda para realizar los pasos correctos en la aplicación y retiro de equipo personal de protección (imágenes 1-8).

Según la experiencia en España, se han valorado pocos casos de recaídas de esquizofrenia y trastorno bipolar durante la pandemia; probablemente se verán en fases posteriores. Lo más común son casos de delirium y ajustes farmacológicos en pacientes COVID-19 estables, ideación suicida ante el diagnóstico de COVID-19, pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar que se encuentran estables en su domicilio.

Es importante que el psiquiatra, en la medida de sus posibilidades, se mantenga ecuánime mental y emocionalmente, ya que seremos un apoyo importante para el personal de salud; por ello, se deben buscar espacios de descanso y convivencia, procurar la alimentación en tiempo y forma, evitar la sobreexposición a noticias de fuente confiable o falsas, mostrar solidaridad con el resto del personal, prestar atención a los síntomas de *burnout*, realizar actividades relajantes, favorecer la rotación de roles, así como equilibrar las cargas de trabajo. Los que ofrecen apoyo emocional deben mantener una actitud de escucha responsable, así como garantizar la confidencialidad y manejo ético de las situaciones personales y de la organización, e incluir a la familia en los procesos de ayuda.

Sin duda, se improvisarán algunas otras actividades, y desde luego, es una oportunidad para reconsiderar nuestra posición y nuestros alcances como especialistas en la salud mental.

V. Pacientes sin atención médico-psiquiátrica (indigentes, abandonados).

¿Qué estrategias están disponibles para mitigar el resultado de esta epidemia entre pacientes con enfermedades graves? (Benjamin G., 2020). En pacientes que se encuentran en situación de calle, que seguramente no buscarán ayuda, el apoyo será

brindado justamente por la sociedad, la policía, DIF, personal de comedores comunitarios, bomberos, albergues, asilos para ancianos, anexos, estaciones del metro, etc.

El acceso al lavado de manos y el equipo de protección personal deberían estar idealmente disponibles, tanto para el personal que atiende a esta población de alto riesgo como para los pacientes. Los entornos institucionales, incluidos los hospitales psiquiátricos, los hogares de ancianos y los centros de atención a largo plazo, tendrán un riesgo particularmente alto de brotes y necesitan asegurarse de tener planes de contingencia para detectarlos y contenerlos (Benjamin G., 2020).

La información citada en los apartados I al IV deberá ser adaptada y replicada con el objetivo de detectar población vulnerable con trastornos psiquiátricos e indigencia, con el fin de organizar brigadas de detección y recibir tratamiento oportuno, así como las indicaciones para disminuir la propagación de la infección por SARS- CoV-2.

ANEXOS

Anexo 1

Definición operacional de caso sospechoso COVID-19

Ciudad de México, a 17 de abril 2020, validada por CONAVE

La definición operacional para caso sospechoso de COVID-19 en México cambió a partir del 25 de marzo del año en curso e incluye a cualquier persona de cualquier edad que en los últimos siete días haya presentado al menos dos de los siguientes signos y síntomas (la definición operacional está sujeta a cambios):

Tos, fiebre o cefalea.*

Acompañados de al menos uno de los siguientes signos o síntomas (Nelson K., Helfrich C. *et al.*, 2014):

- Dificultad respiratoria (dato de alarma)

- Dolor en las articulaciones
- Dolor muscular
- Dolor de garganta
- Escurreniento nasal
- Conjuntivitis (enrojecimiento, prurito y ojos llorosos)
- Dolor en el pecho

*Nota: En menores de cinco años de edad, la irritabilidad puede sustituir a la cefalea.

Caso confirmado:

Persona que cumpla con la definición de caso sospechoso, neumonía confirmada por RX y que cuente con diagnóstico confirmatorio por laboratorio emitido por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) o el Laboratorio Estatal de Salud Pública con PCR, así como laboratorios privados autorizados.

Anexo 2

CUESTIONARIO:

Formulario A0: Formulario para notificar el conjunto mínimo de datos para los casos sospechosos y probables de COVID-19

IDENTIFICADOR ÚNICO DE CASO / NÚMERO DEL CONGLOMERADO (SI CORRESPONDE):

1. Estado actual

Vivo Muerto

2. Información sobre la persona que recopila los datos

Nombre de la persona que recopila los datos

Institución de la persona que recopila los datos

Número de teléfono de la persona que recopila los datos

Correo electrónico de la persona que recopila los datos

Fecha de cumplimentación del formulario (dd/mm/aaaa)

3a. Información paciente

Nombre Apellidos

Sexo Hombre Mujer Se desconoce

Estado civil

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) Se desconoce

Número de teléfono (móvil)

Edad (años, meses) años meses Se desconoce

Dirección de correo electrónico

Dirección

Número nacional de identidad / seguridad social (si corresponde)

País de residencia

3b. Información sobre la persona que responde al cuestionario (si no facilita la información el propio paciente)

Nombre Apellidos

Sexo Hombre Mujer Se desconoce

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) Se desconoce

Relación con el paciente _____

Dirección de la persona que responde al cuestionario _____

Número de teléfono (móvil) _____

Formulario A0: Formulario para notificar el conjunto mínimo de datos – para los casos sospechosos y probables de COVID-19

4. Síntomas del paciente (desde la aparición de los síntomas)

Fecha de inicio de los primeros síntomas _____

(dd/mm/aaaa) ____/____/____ Asintomático Se desconoce

Fiebre (≥ 38 °C) o antecedentes de fiebre Sí No Se desconoce

Dolor de garganta Sí No Se desconoce

Rinorrea Sí No Se desconoce

Tos Sí No Se desconoce

Disnea Sí No Se desconoce

Vómitos Sí No Se desconoce

Náuseas Sí No Se desconoce

Diarrea Sí No Se desconoce

Clasificación del caso Sospechoso Probable Confirmado

Diagnóstico conforme DSM-V Y/O CIE-10

Tratamiento

Factor de riesgo identificado, subrayar:

Niños menores de 5 años; y especialmente menores de 2 años

Adultos ≥ 65 años

Enfermedad pulmonar crónica (como EPOC, fibrosis quística e incluso asma)

Enfermedad cardiovascular

Hipertensión arterial sistémica

Nefropatía

Hepatopatía

Diabetes mellitus

Enfermedad hematológica (incluyendo anemia falciforme)

Alteraciones metabólicas (incluyendo diabetes mellitus tipo 1, 2 y gestacional; incluso bajo control)

Afección neurológica (incluyendo afección cerebral, espinal, nervios periféricos, parálisis, síndromes epilépticos, evento vascular cerebrales y afección intelectual) o del neurodesarrollo

Inmunosupresión inducida por medicamentos

Personas que viven con VIH

Personas que viven en asilos u otros centros de cuidados a largo plazo

Mujeres embarazadas y hasta dos semanas del posparto

Personas que tienen obesidad, con un índice de masa corporal [IMC] ≥ 40

Basado en OMS
<https://bit.ly/2Ah00WZ>

Anexo 3

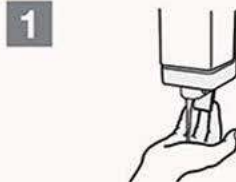
Recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) para:

LAVAR CORRECTAMENTE LAS MANOS

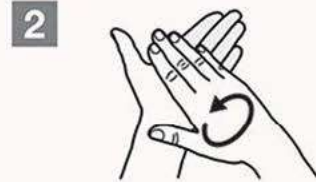
www.consejosdelimpieza.com



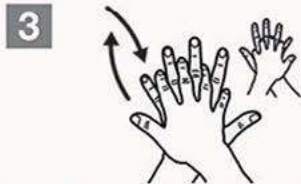
0
Humedezca sus manos con abundante agua.



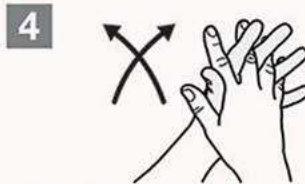
1
Enjabone sus manos con el grifo cerrado



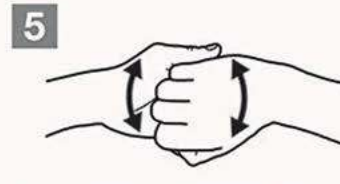
2
Comenzar frotando las palmas de las manos



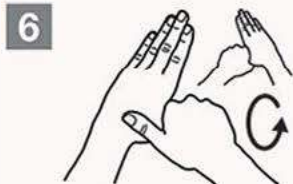
3
Intercale los dedos y frote por la palma y el anverso de la mano



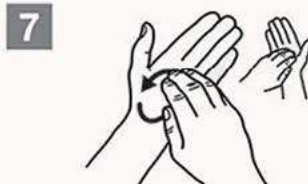
4
Continúe con los dedos intercalados y limpie los espacios entre sí.



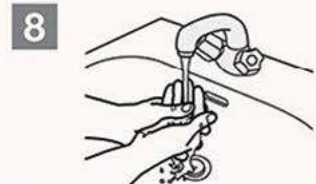
5
Con las manos de frente agárrese los dedos y mueva de lado a lado.



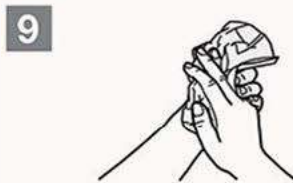
6
Tome el dedo "gordito" como en la figura para limpiar la zona del agarre de la mano.



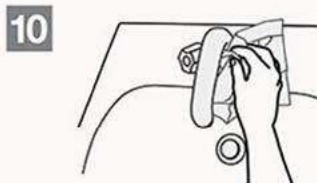
7
Limpie las yemas de los dedos, frotando contra la palma de la mano



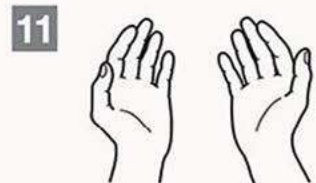
8
Enjuague sus manos con abundante agua (8 seg. aprox.)



9
Seque las manos con una toalla desechable o con aire caliente.



10
Cierre el grifo con una toalla desechable



11
Ya está!



World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES

Clean Your Hands

Tomado de:
<https://bit.ly/37nMOIF>

Imagen 1

Medidas de precaución en el manejo de COVID-19 para el personal de salud precauciones estándar

PRECAUCIONES ESTÁNDAR (TARJETA COLOR ROJO)	PRECAUCIONES ESTÁNDAR (TARJETA COLOR VERDE)	PRECAUCIONES ESTÁNDAR (TARJETA COLOR AZUL)
<p>Higiene de manos. Lavado de manos con agua y jabón o higiene de manos con alcohol-gel en concentraciones mayores al 70% en los cinco momentos establecidos en la OMS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener una distancia de un metro con el paciente. • Mantener la puerta cerrada durante la atención. • Visitantes, reportarse a central de enfermeras antes de tener contacto con el paciente. 	<p>El uso de respiradores N95 únicamente cuando al paciente se le realicen procedimientos que generen aerosoles (aspiraciones, intubaciones, broncoscopías y reanimación).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de guantes cuando haya contacto con líquidos (sangre y secreciones), artículos contaminados, membranas mucosas y heridas en la piel. • No olvidar el lavado de manos antes de colocar guantes y después de quitarlos. 	<p>Equipo médico desechable o personalizado, por ejemplo: estetoscopio, manguitos de presión arterial y termómetros; si el equipo necesita ser compartido entre pacientes, limpiar y desinfectar entre cada uso con alcohol etílico al 70%.</p>	
<p>Usar mascarilla con protector facial cuando haya riesgo de salpicaduras de sangre u otros líquidos corporales en ojos y cara (aerosoles).</p>	<p>Habitación individual cuando se tenga disponible, o llevar a cabo aislamiento cohorte.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de bata impermeable si hay riesgo de salpicadura para prevenir la contaminación de la piel y la ropa. • Transportar la ropa contaminada dentro de la bolsa de plástico de color rojo. 	<p>Transportar al paciente sólo para propósitos indispensables; el paciente deberá portar la mascarilla quirúrgica desechable.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de contenedores rojos RPBI para el desecho de agujas y material punzocortante. • Nunca volver a encapuchar las agujas. 	<p>Notificar al área que reciba al paciente sobre las precauciones.</p>	

Imagen 2

Pasos para ponerse el equipo de protección personal (EPP), incluida la bata

1 Quítese todos los efectos personales (joyas, reloj, teléfono móvil, bolígrafos, etc.).



2 Póngase el **traje aséptico** y las **botas de goma**¹ en el vestuario.

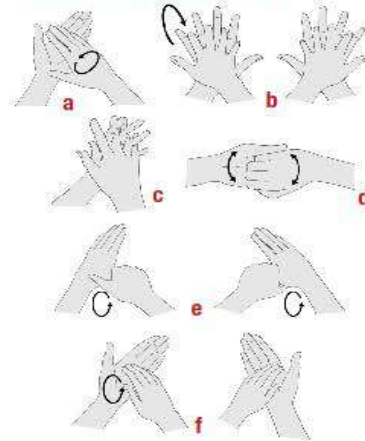


3 Pase al área limpia que está en la entrada de la unidad de aislamiento.

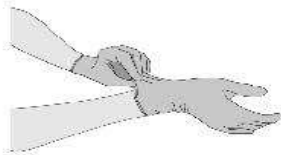
4 Haga una inspección visual para cerciorarse de que todos los componentes del EPP sean del tamaño correcto y de una calidad apropiada.

5 Inicie el procedimiento para ponerse el equipo de protección personal bajo la **orientación y supervisión de un observador capacitado** (colega).

6 Higienícese las manos.



7 Póngase **guantes** (guantes de nitrilo para examen).



8 Póngase una **bata** **desechable** hecha de una tela resistente a la penetración de sangre u otros humores corporales **o** de agentes patógenos transmitidos por la sangre.



9 Póngase la **maskarilla facial**.



10 Póngase una **careta protectora** **o** gafas protectoras.



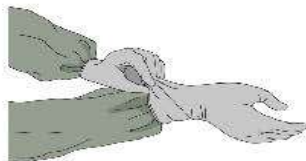
11 Póngase equipo para cubrir la **cabeza y el cuello**: gorra quirúrgica que cubra el cuello y los lados de la cabeza (preferiblemente con careta protectora) **o** capucha.



12 Póngase un **delantal impermeable** **desechable** (si no hay delantales desechables, use un delantal impermeable reutilizable para trabajo pesado).



13 Póngase otro par de **guantes** (preferentemente de puño largo) sobre el puño de la bata.



¹ Si no hay botas, use zapatos cerrados (tipo mocasín, sin cordones, que cubran por completo el empeine y el tobillo) y cubiertas para zapatos (antideslizantes y preferentemente impermeables).



La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

WIKI/ISSUES/2015.1
© ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2016

Fuente:
<https://bit.ly/2UD4TCF>

Imagen 3

Pasos para ponerse el equipo de protección personal (EPP), incluido el overol

1 Quítese todos los efectos personales (joyas, reloj, teléfono móvil, bolígrafos, etc.).



2 Póngase el traje aséptico y las botas de goma¹ en el vestuario.

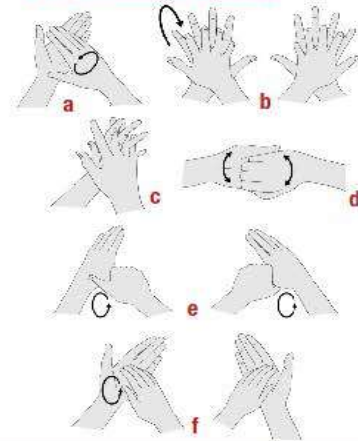


3 Pase al área limpia que está en la entrada de la unidad de aislamiento.

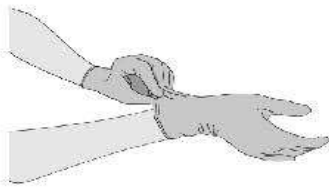
4 Haga una inspección visual para cerciorarse de que todos los componentes del EPP sean del tamaño correcto y de una calidad apropiada.

5 Inicie el procedimiento para ponerse el equipo de protección personal bajo la orientación y supervisión de un observador capacitado (colega).

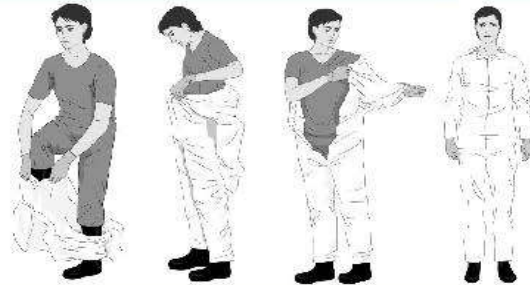
6 Higiénicese las manos.



7 Póngase guantes (guantes de nitrilo para examen).



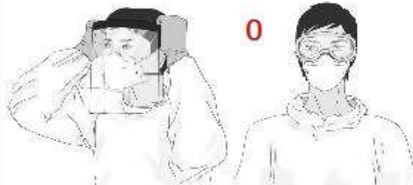
8 Póngase el overol².



9 Póngase la mascarilla facial.



10 Póngase una careta protectora o gafas protectoras.



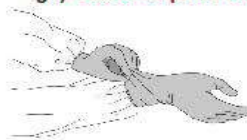
11 Póngase equipo para cubrir la cabeza y el cuello: gorra quirúrgica que cubra el cuello y los lados de la cabeza (preferiblemente con careta protectora) o capucha.



12 Póngase un delantal impermeable desechable (si no hay delantales desechables, use un delantal impermeable reutilizable para trabajo pesado).



13 Póngase otro par de guantes (preferentemente de puño largo)² sobre el puño de la bata.



¹ Si no hay botas, use zapatos cerrados (tipo mocasín, sin cordones, que cubran por completo el empeine y el tobillo) y cubiertas para zapatos (antideslizantes y preferentemente impermeables).

² No use tela adhesiva para sujetar los guantes. Si los guantes internos o las mangas del overol no suficientemente largos, haga un agujero para el pulgar (o el dedo medio) en la manga del overol a fin de que el antebrazo no quede expuesto al hacer movimientos amplios. Algunos modelos de overol tienen bucles cosidos a las mangas para pasar el dedo.



La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

WHO/MSDS/2015.2
© ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2015

Fuente:
<https://bit.ly/3dVEebz>

Imagen 4

Pasos para quitarse el equipo de protección personal, incluida la bata

1 Quítese el EPP siempre bajo la **orientación y supervisión de un observador capacitado** (colega). Asegúrese de que haya recipientes para desechos infecciosos en el área para quitarse el equipo a fin de que el EPP pueda desecharse de manera segura. Debe haber recipientes separados para los componentes reutilizables.

2 Higienícese las manos con los guantes puestos¹.

3 Quítese el **delantal** inclinándose hacia adelante, con cuidado para no contaminarse las manos. Al sacarse el delantal desechable, arránqueselo del cuello y enróllelo hacia abajo sin tocar la parte delantera. Después desate el cinturón de la espalda y enrolle el delantal hacia adelante.



4 Higienícese las manos con los guantes puestos.

5 Quítese los **guantes externos** y deséchelos de una manera segura. Use la técnica del paso 17.

6 Higienícese las manos con los guantes puestos.

7 Quítese el **equipo que cubra la cabeza y el cuello**, con cuidado para no contaminarse la cara, comenzando por la parte trasera inferior de la capucha y enrollándola de atrás hacia adelante y de adentro hacia afuera, y deséchela de manera segura.



9 Para sacarse la **bata**, primero desate el nudo y después tire de atrás hacia adelante, enrollándola de adentro hacia afuera, y deséchela de una manera segura.



10 Higienícese las manos con los guantes puestos.

8 Higienícese las manos con los guantes puestos.

11 Sáquese el **equipo de protección ocular** tirando de la cuerda detrás de la cabeza y deséchelo de una manera segura.



12 Higienícese las manos con los guantes puestos.

13 Para quitarse la **maskarilla**, en la parte de atrás de la cabeza primero desate la cuerda de abajo y déjela colgando delante. Después desate la cuerda de arriba, también en la parte de atrás de la cabeza, y deseche la maskarilla de una manera segura.

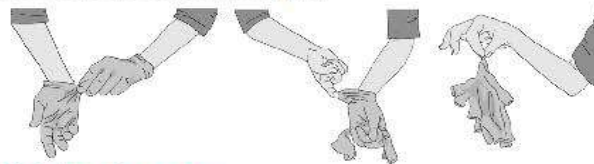


14 Higienícese las manos con los guantes puestos.

15 Sáquese las **botas** de goma sin tocarlas (o las cubiertas para zapatos si las tiene puestas). Si va a usar las mismas botas fuera del área de alto riesgo, déjeselas puestas pero límpielas y descontámelas apropiadamente antes de salir del área para quitarse el EPP².

16 Higienícese las manos con los guantes puestos.

17 Quítese los **guantes** cuidadosamente con la técnica apropiada y deséchelos de una manera segura.



18 Higienícese las manos.

¹ Al trabajar en el área de atención de pacientes, hay que cambiarse los guantes externos antes de pasar de un paciente a otro y antes de salir (cámbieselos después de ver al último paciente).

² Para descontaminar las botas correctamente, pise dentro de una palangana para la desinfección del calzado con solución de cloro al 0,5% (y quite la suciedad con un cepillo para inodoros si están muy sucias de barro o materia orgánica) y después limpie todos los lados de las botas con solución de cloro al 0,5%. Desinfecte las botas remojándolas en una solución de cloro al 0,5% durante 30 minutos, por lo menos una vez al día, y después enjuáguelas y séquelas.



La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

WHO/HSS/2015.3
© ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2015

Fuente:

<https://bit.ly/37nftbY>

Imagen 5

Pasos para quitarse el equipo de protección personal (EPP), incluido el overol

1 Quitese el equipo de protección personal siempre bajo la **orientación y supervisión de un observador capacitado** (colega). Asegúrese de que haya recipientes para desechos infecciosos en el área para quitarse el equipo a fin de que el EPP pueda desecharse de manera segura. Debe haber recipientes separados para los componentes reutilizables.

2 Higienícese las manos con los guantes puestos¹.

3 Quitese el **delantal** inclinándose hacia adelante, con cuidado para no contaminarse las manos.

Al sacarse el delantal desechable, arránqueselo del cuello y enróllelo hacia abajo sin tocar la parte delantera. Después desate el cinturón de la espalda y enrólle el delantal hacia adelante.

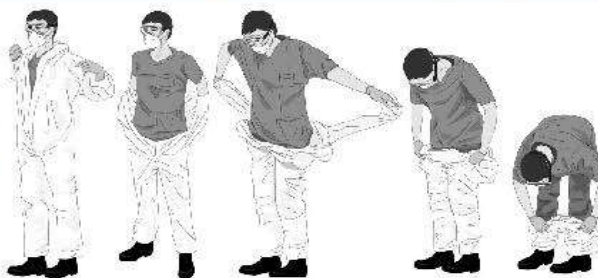


5 Quitese el **equipo que cubra la cabeza y el cuello**, con cuidado para no contaminarse la cara, comenzando por la parte trasera inferior de la capucha y enrollándola de atrás hacia adelante y de adentro hacia afuera, y deséchela de manera segura.



6 Higienícese las manos con los guantes puestos.

7 Sáquese el **overol y los guantes externos**: idealmente frente a un espejo, incline la cabeza hacia atrás para alcanzar la cremallera, abra la cremallera por completo sin tocar la piel ni el traje séptico, y comience a sacarse el overol desde arriba hacia abajo. Después de sacarse el overol de los hombros, quítese los guantes externos² al mismo tiempo que saca los brazos de las mangas. Con los guantes internos puestos, enrolle el overol, desde la cintura hacia abajo y desde adentro hacia afuera, hasta la parte superior de las botas. Use una bota para sacar el overol de la otra bota y viceversa; después apártese del overol y deséchelo de una manera segura.



8 Higienícese las manos con los guantes puestos.

9 Sáquese el **equipo de protección ocular** tirando de la cuerda detrás de la cabeza y deséchelo de una manera segura.



10 Higienícese las manos con los guantes puestos.

11 Para quitarse la **mascarilla**, en la parte de atrás de la cabeza primero desate la cuerda de abajo y déjela colgando delante. Después desate la cuerda de arriba, también en la parte de atrás de la cabeza, y deseche la mascarilla de una manera segura.



12 Higienícese las manos con los guantes puestos.

13 Sáquese las **botas de goma** sin tocarlas (o las cubiertas para zapatos si las tiene puestas). Si va a usar las mismas botas fuera del área de alto riesgo, déjeselas puestas pero límpielas y descontáminelas apropiadamente antes de salir del área para quitarse el equipo de protección personal.³

14 Higienícese las manos con los guantes puestos.

15 Quitese los **guantes** cuidadosamente con la técnica apropiada y deséchelos de una manera segura.



16 Higienícese las manos.

¹ Al trabajar en el área de atención de pacientes, hay que cambiarse los guantes externos antes de pasar de un paciente a otro y antes de salir (cámbieselos después de ver al último paciente).

² Esta técnica funciona con guantes del tamaño correcto. Si los guantes externos quedan demasiado ajustados o si los guantes internos quedan demasiado flojos y las manos están mojadas de sudor, hay que quitarse los guantes externos por separado, después de sacarse el delantal.

³ Para descontaminar las botas correctamente, pise dentro de una palangana para la desinfección del calzado con solución de cloro al 0,5% (y quite la suciedad con un cepillo para inodoros si están muy sucias de barro o materia orgánica) y después limpie todos los lados de las botas con solución de cloro al 0,5%. Desinfecte las botas remojándolas en una solución de cloro al 0,5% durante 30 minutos, por lo menos una vez al día, y después enjuáguelas y séquelas.



La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

WHO/HS/2016.4
© ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2015

Fuente:
<https://bit.ly/37laNgq>

Imagen 6

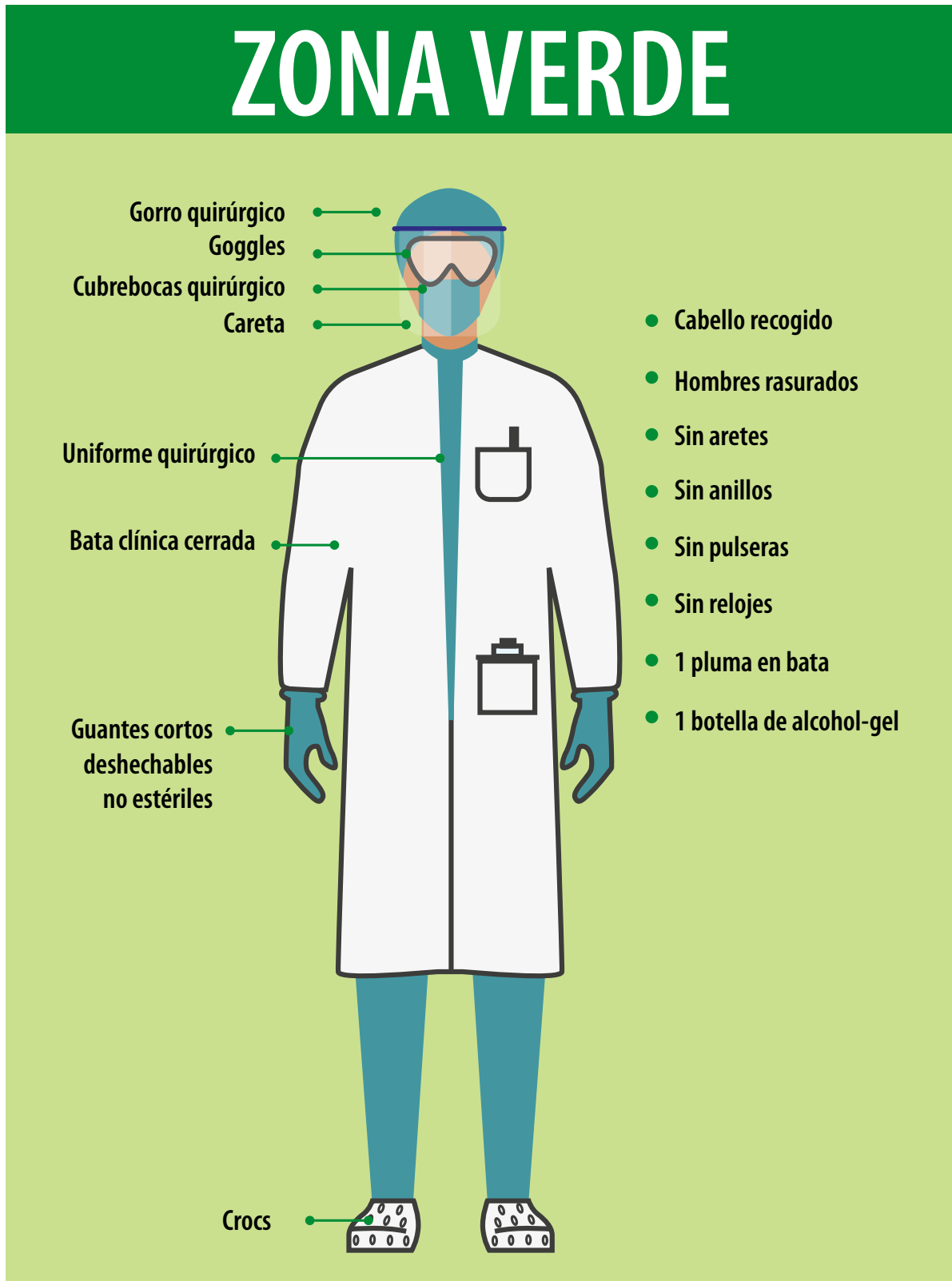


Imagen 7



Imagen 8 (zona roja o tarjeta azul)



FUENTES

- Benjamin G. (2020). Addressing the COVID-19 Pandemic in Populations with Serious Mental Illness. *JAMA Psychiatry*. Published online April 3, 2020. Recuperado de: <https://bit.ly/3dVFFqs>
- Chen N., Zhou M. *et al.* (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet* 395(10223),507-513. Recuperado de: <https://bit.ly/2Aj7muT>
- Gobierno de México (2020). Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de COVID-19. Recuperado de: <https://bit.ly/2MQRmmm>
- Grohskopf L., Sokolow L. *et al.* (2017). Prevention and control of seasonal influenza with vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices—United States, 2017–18 influenza season. *MMWR Recommendations and reports*, 66(2), 1-24. Recuperado de: <https://bit.ly/2XTGZEz>
- Huang C., Wang Y. *et al.* (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 395(10223),497-506. Recuperado de: <https://bit.ly/2UBcZLK>
- Kamps B.S. & Hoffma C. (2020). COVID REFERENCES. España: Steinhauser Verlag. Recuperado de: <https://bit.ly/2YurqSL>
- Lane D., Lin S. & Scales D. (2019). Classification versus prediction of mortality risk using the SIRS and qSOFA scores in patients with infection transported by paramedics. *Prehosp Emerg Care* 24(2), 1-9. Recuperado de: <https://bit.ly/2XYtRyh>
- Nelson K., Helfrich C. *et al.* (2014). Implementation of the patient-centered medical home in the Veterans Health Administration: associations with patient satisfaction, quality of care, staff burnout, and hospital and emergency department use. *JAMA Intern Med* 174(8),1350-1358. Recuperado de: <https://bit.ly/37mArBz>

¿Bioética en la pandemia COVID-19?

Rogers Pezoa Patiño*

*Médico psiquiatra, miembro activo de la Asociación Psiquiátrica Mexicana

Las sociedades, a través del tiempo, van construyendo su propia moral, es decir, el conjunto de valores que definen lo que la gente cree que es correcto y lo que no lo es. Esta moralidad se refleja en las conductas que se aceptan y las que se rechazan en forma específica.

El conjunto de valores se materializa en leyes que definen lo que se puede y no se puede hacer, en un código penal que determina las consecuencias que deberá afrontar quien infrinja esas normas. De ahí que las sociedades adopten diferentes códigos morales que se traducen en legislaciones igualmente distintas.

Con frecuencia aparecen conflictos que hay que resolver, cuando confrontamos dos hechos o procesos que están bien. Ambos aspectos son buenos en sí mismos, pero entran en conflicto y se debe

Los principios de la bioética nos recuerdan que debemos evaluar la seguridad y la eficacia de cualquier tratamiento o vacuna antes de autorizarlos. El estado de alarma que ha propiciado la epidemia de coronavirus implica enfrentarnos a dilemas éticos que, como profesionales de la salud, debemos resolver.

resolver este problema optando por uno de ellos. Estos dilemas son los que resuelve la ética, que analizará los valores y circunstancias que hay detrás de cada uno de ellos, sus posibles beneficios, los riesgos asociados y la legislación que aplica sobre cada uno de estos elementos.

En tal sentido, deberá emitir un juicio razonado y una recomendación sobre el camino y conductas que se han seguir (The Hastings Center, 2020; Espinosa E., Galan J. *et al.*, 2020; Instituto Borja de Bioética, 2020).

La evaluación ética es una reflexión crítica sobre la moralidad, un marco al que hay que acudir para tomar la mejor decisión posible con nuestra escala de valores y con las normas existentes. Cuando los dilemas a debatir tienen que ver con las ciencias de la vida, con la biología, la medicina, la salud, en de-

finitiva estamos hablando de bioética (Persad G., Wertheimer A. & Emanuel E.J., 2009; Espinosa E., Galan J. *et al.*, 2020; Rosenbaum L., 2020; AMA Journal of Ethics, 2020).

INVESTIGACIÓN SOBRE EL CORONAVIRUS

La epidemia de coronavirus SARS-CoV-2, responsable del COVID-19, nos ha puesto en un estado de alarma. Deseamos un tratamiento que logre detener la infección descontrolada, queremos una vacuna para protegernos, pero lo queremos para las próximas horas (Institute of Medicine, 2012; Downar J. & Seccareccia D., 2010).

La investigación biomédica tiene su tiempo, sus procedimientos, y los tiene por razones muy poderosas, para cumplir con los dos primeros principios de la bioética: **no maleficencia** (no hacer el mal) y **beneficencia** (hacer el bien).

Estos dos principios nos recuerdan que debemos evaluar la seguridad y la eficacia de cualquier tratamiento médico o vacuna antes de autorizarlos. Los tratamientos no deben ser tóxicos, no deben causar más daño del que pretendemos solventar, y los beneficios deben superar a los riesgos. Deben ser eficaces, seguros, útiles, para el objetivo final (Rosenbaum L., 2020).

El beneficio que deseamos debería contar con el parecer del paciente, su autonomía personal. Implica el tercer principio de la bioética: **autonomía**, que obliga a respetar la libertad de decisión de cualquier persona sobre cualquier intervención que le afecte, a través de la obtención del llamado consentimiento informado (AMA Journal of Ethics, 2020).

Así, hasta el momento en el que se redacta este artículo, se está ensayando el posible uso de la cloroquina (o su derivado menos tóxico, la hi-

droxicloroquina) para el tratamiento contra la infección por este coronavirus. Este medicamento está aprobado para tratar pacientes con malaria y enfermedades crónicas autoinmunes (como la artritis reumatoide), y algunos estudios sugieren que podría inhibir de alguna manera la entrada del coronavirus a las células.

Estudios recientes (publicados en las revistas *Cell Discovery* y *Clinical Infectious Disease*), *in vitro* (en células en cultivo), han reportado que la hidroxiclороquina reduce la infectividad del coronavirus SARS-CoV-2. De la misma manera, la cloroquina inhibe la infectividad del coronavirus anterior SARS-CoV presumiblemente al afectar la glicosilación del receptor ACE2 que usa el virus para entrar en las células (Truog R.D., Mitchell C. *et al.*, 2020).

Los resultados de un primer ensayo clínico realizado en Francia, entre los seis ensayos clínicos que aparecen en la base de datos International Clinicaltrials.gov, reciente publicado, ha sido comentado por diversos investigadores expertos en la materia. Las conclusiones son mucho menos positivas. El estudio tiene muchos problemas de diseño, número de pacientes, ejecución e interpretación. Todas estas deficiencias hacen que debamos mantener nuestro escepticismo y dudas.

Un ensayo clínico similar, llevado a cabo en China y cuyos resultados positivos también se anunciaron, todavía no ha reportado los detalles experimentales del mismo, por lo que no puede valorarse su efectividad.

Las evidencias experimentales de que estos medicamentos sean la cura efectiva para este coronavirus son todavía inexistentes. Sin embargo, estos medicamentos empiezan a agotarse en algunas farmacias, a pesar de seguir siendo necesarios para pacientes de otras enfermedades crónicas autoinmunes (Downar J. & Seccareccia D., 2010).

Hay numerosos ensayos clínicos adicionales en marcha con pacientes infectados por coronavirus en los que se está evaluando el efecto terapéutico de la hidroxiquina, sola o en combinación con otras drogas antivirales. El problema es que estos estudios pasan directamente de los estudios *in vitro*, sin duda prometedores, a los seres humanos. Pero lo hacen sin haber pasado antes por la fase preclínica, usando alguno de los modelos animales para investigar las infecciones por coronavirus que existen en la actualidad.

Poco sabemos de las interacciones de este medicamento, que no es inocuo, con el coronavirus SARS-CoV-2 *in vivo*. Tampoco las dosis correctas que serían efectivas, sin llegar a ser tóxicas, aunque al ser un medicamento aprobado por la FDA, se considera seguro su uso para las enfermedades descritas (Truog R.D., Mitchell C. *et al.*, 2020).

Las dosis que se van a probar son similares a las aprobadas para esas otras indicaciones. Existe un estudio *in vivo* en ratones que apunta a que la cloroquina puede ser efectiva para tratar infecciones causadas en ratones por otro coronavirus humano. Estos son los estudios que deberían haberse realizado también con SARS-CoV-2.

Opino que hubiera sido éticamente más adecuado utilizar alguno de los modelos animales existentes, infectarlo con este nuevo coronavirus y tratarlo con hidroxiquina, para observar la seguridad y la posible eficacia de la propuesta terapéutica. Estos experimentos preclínicos llevan tiempo y retrasarían una posible utilización terapéutica de este medicamento, pero asegurarían la obtención de unos datos que sin duda serían muy útiles para su uso posterior. Existe una enorme presión para tener un tratamiento al menor plazo posible.

Es factible que se puedan acortar las fases de estos ensayos preclínicos y clínicos para intentar dar respuesta cuanto antes a esta pandemia, pero de-

beríamos ser prudentes y que no se omita ninguna fase importante del proceso, como la fase preclínica, evaluando primero en modelos animales la toxicidad y posible eficacia de estos tratamientos en ratones, antes de tratar directamente a las personas.

VACUNAS CONTRA LA INFECCIÓN POR CORONAVIRUS

En el desarrollo de vacunas contra el coronavirus SARS-CoV-2 hay diversas propuestas en marcha en todo el mundo, incluida una vacuna en desarrollo en el Centro Nacional de Biotecnología (CNB-CSIC), que señala la duración de varios meses para que se pueda desarrollar y evaluar, precisamente por la necesidad de abordar los correspondientes ensayos preclínicos en modelos animales, antes de pasar a los ensayos clínicos en humanos (Institute of Medicine, 2012).

Existe tanto una empresa norteamericana como un consorcio de investigadores en China que están aplicando prototipos de vacuna en voluntarios, sin pasar por los estudios preclínicos previos en animales, o bien realizándolos en paralelo. Este no es el procedimiento habitual, éticamente aceptable, que se le exige a cualquier otra vacuna en desarrollo. Todos estamos deseando que una vacuna segura y eficaz se obtenga, se valide y esté disponible cuanto antes, pero no a cualquier precio. Antes se debe validar su seguridad, la ausencia de toxicidad y su posible eficacia en modelos animales.

Lo peor que pudiera pasar es que alguna de estas vacunas cause problemas o alteraciones inesperadas en las personas a las que se les administre, por eso son necesarios los experimentos con animales y es necesaria la investigación preclínica, la cual tiene tiempos, legislación, normas, respeto al bienestar animal, multitud de normas que no han dejado de estar vigentes en esta situación tan excepcional y que sorprendentemente parecieran haberse olvidado.

La carrera por obtener la vacuna contra el coronavirus SARS-CoV-2, además del evidente mérito científico y el valor social de aportar la solución terapéutica, tiene naturalmente sus derivadas económicas, que tienen que ver con el cuarto principio de la bioética, la **justicia**. Este principio exige que el acceso a cualquier tratamiento sea equitativo por parte de cualquier persona, sin restricciones ni limitaciones ni discriminaciones de ningún tipo (Institute of Medicine, 2012).

Las empresas que desarrollen estas terapias o vacunas deberán recuperar legítimamente la inversión realizada y obtener su beneficio correspondiente. Es posible que el precio de venta que se fije no sea asumible por todos los sistemas de salud de todos los países del mundo o directamente por las personas de manera individual, en especial en aquellos países en los que la sanidad pública no cubra estos gastos. Entonces, nos enfrentaremos a un dilema ético importante (legitimidad de vender y obtener beneficio por la vacuna frente a la obligación de que ésta pueda llegar a todas las personas que la necesiten), que habría que resolver.

Los aspectos éticos de la investigación biomédica son siempre esenciales, pero lo son más todavía en momentos de crisis, en los que no podemos permitirnos el lujo de tomar atajos que puedan causar problemas mayores que los que queremos solucionar, por el afán de trasladar demasiado rápido los desarrollos desde el laboratorio a los pacientes, sin los pasos intermedios que sabemos que toda investigación biomédica debe obligatoriamente satisfacer.

Hay más aspectos éticos a considerar en la crisis actual del coronavirus, porque afectan a personas, a pacientes, en la elección de a quién diagnosticar y a quién no. Quién recibirá tratamiento y quién no. El acceso a las unidades cuidados intensivos, limitadas ante un número creciente de pacientes que las necesiten. El precio a pagar por los test de diag-

nóstico, los tratamientos o medidas de protección. El mensaje final es simple: en la pandemia, no nos olvidemos de la bioética.

FUENTES

- AMA Journal of Ethics. (2020). Centro de recursos éticos en COVID 19. Enlace de consulta: <https://bit.ly/2MSxCim>
- Downar J. & Seccareccia D. (February 2010). Palliating a Pandemic: “All Patients Must Be Cared For”. *Journal of Pain Symptom Management* 39(2), 291-295. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2009.11.241. Enlace de descarga: <https://bit.ly/2AVKph7>
- Emanuel E.J., Persad G. *et al.* (March 21, 2020). Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med* 382, 2049-2055 DOI: 10.1056/NEJMs2005114. Enlace de descarga: <https://bit.ly/2B2nfpc>
- Espinosa E., Galan J. *et al.* (20 de marzo de 2020). Marco ético pandemia COVID-19. Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor (SEDAR). Enlace de descarga: <https://bit.ly/3dX9a1l>
- Hick J.L. *et al.* (2020). Duty to Plan: Health Care, Crisis Standards of Care, and Novel Coronavirus SARS-CoV2. Discussion paper. NAM Perspectives. National Academy of Medicine. <https://bit.ly/2B49832> Enlace de descarga: <https://bit.ly/2ArKHwl>
- Institute of Medicine. (2012). *Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response: Volume 1: Introduction and CSC Framework*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://bit.ly/3cUXGUn> Enlace de descarga: <https://bit.ly/3cSmj4g>

- Instituto Borja de Bioética (2020). Recursos éticos sobre el coronavirus COVID 19. Enlace de consulta: <https://bit.ly/2YsRI7X>
- Instituto Borja de Bioética. (Marzo 2020). Recomendaciones generales relacionadas con las decisiones éticas difíciles y la adecuación de la intensidad asistencial / ingreso en las unidades de cuidados intensivos en situaciones excepcionales de crisis. Enlace de descarga: <https://bit.ly/2YlWvrW>
- Persad G., Wertheimer A. & Emanuel E.J. (January 31, 2009). Principles for Allocation of Scarce Medical Interventions. *Lancet* 373, no. 966, 423-431. Enlace de descarga: <https://bit.ly/2zquas7>
- Pinto B., Gómez A. *et al.* (23 de marzo de 2020). Principios éticos para afrontar la pandemia en Colombia. Disponible en <https://bit.ly/2BQzUvV>
- Rosenbaum L. (March 18, 2020). Facing Covid-19 in Italy – Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic’s Front Line. *The New England Journal of Medicine*. DOI: 10.1056/NEJMp2005492. Enlace de descarga: <https://bit.ly/3fhbcDm>
- The Hastings Center. (2020). Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID19. Enlace de descarga: <https://bit.ly/37r75lI>
- Truog R.D., Mitchell C. *et al.* (May 21, 2020). The Toughest Triage — Allocating Ventilators in a Pandemic. *The New England Journal of Medicine* 382, 1973-1975. DOI: 10.1056/NEJMp2005689

Estigma y Arte

Bernardo Ng*

*Presidente, Asociación Psiquiátrica Mexicana. Director médico del *Sun Valley Behavioral and Research Center*.

Los padecimientos mentales suelen tener una percepción negativa tanto por sus síntomas como por la consulta de profesionales de la salud. Esta percepción que marca al paciente se llama estigma. El arte, como mostramos en esta sección, ha contribuido a promoverlo o a disminuirlo, y es una extraordinaria herramienta para entenderlo, normalizarlo y mitigar el temor que suele acompañarlo.

Según la Real Academia Española, la palabra estigma proviene del latín *stigma*, que significa “marca hecha en la piel con un hierro candente”, “nota infamante”, y del griego *στίγμα*, *stigma*, y enlista las siguientes definiciones:

1. Marca o señal en el cuerpo.
2. Desdoro, afrenta, mala fama.
3. Huella impresa sobrenaturalmente en el cuerpo de algunos santos extáticos, como símbolo de la participación de sus almas en la pasión de Cristo.
4. Marca impuesta con hierro candente, bien como pena infamante, bien como signo de esclavitud.
5. Cuerpo glanduloso, colocado en la parte superior del pistilo y que recibe el polen en el acto de la fecundación de las plantas (botánica).

6. Lesión orgánica o trastorno funcional que indica enfermedad constitucional y hereditaria (medicina).
7. Cada uno de los pequeños orificios que tiene el tegumento de los insectos, arácnidos y miriópodos, por los que penetra el aire en su aparato respiratorio, que es traqueal (zoología).

Aplicando la definición número seis a la clínica psiquiátrica, la palabra estigma se refiere a la percepción negativa asociada a la experiencia de síntomas emocionales o mentales y la percepción negativa asociada a consultar a profesionales de la salud mental.

Las causas propuestas alrededor de esta percepción negativa incluyen la falta de información, creencias personales y las actitudes del contexto

sociocultural del individuo con síntomas psiquiátricos (Galván J., Saavedra N. *et al.*, 2017). El estigma que rodea a las enfermedades mentales y a los trastornos por uso de drogas en México ha sido considerado como uno de los más importantes obstáculos para su detección y tratamiento (Mora-Ríos J., Ortega-Ortega M. & Natera G., 2016). Algunos autores proponen que el estigma puede ser de mayor perjuicio que la misma enfermedad mental (Galaviz Granados G., 2015).

En la narrativa de los pacientes —que debido al estigma sufren algún tipo de discriminación—, se describe el prejuicio, los comentarios inapropiados y hostiles, la sobreprotección o burlas, incluso la detención y extorsión por autoridades (Galaviz Granados G., 2015; Thornicroft G., Mehta N. *et al.*, 2016; Wood E.F., Werb D. *et al.*, 2017). El estigma afecta a pacientes de cualquier edad (niños, adolescentes y adultos) y de ambos sexos. Se ha ligado al retraso en la busca de tratamiento, tiempo durante el cual el paciente afectado tiende a “disfrazar” sus síntomas con conductas de alto riesgo, como el uso de sustancias, violencia y agresión (Thornicroft G., Mehta N. *et al.*, 2016; Mora-Ríos J., Ortega-Ortega M. & Medina-Mora M.E., 2017; Robles-García R., Fresán A. *et al.*, 2013; González-Forteza C., Torre A.E.H. *et al.*, 2015; Kaushik A., Kostaki E. & Kyriakopoulos M., 2016).

Los estudiosos de este tema lo han dividido en el estigma público o externo, y el estigma internalizado o propio del individuo. Ambos se consideran universales y cualquiera puede llegar a mantener los síntomas en secreto y, a su vez, a retrasar cualquier tipo de intervención. Curiosamente, la gravedad, severidad o duración de los síntomas no están necesariamente relacionados con el grado de estigma. Es decir, alguien con un trastorno psiquiátrico leve puede sufrir un alto grado de estigma internalizado, e inclusive después de que le haya ido muy bien con su tratamiento, puede

vivir en un estado de vergüenza y aislamiento al respecto. Por otro lado, en estados más severos, el paciente puede ser víctima de un mayor grado de estigma público, de tal manera que el estigma resulta ser independiente del propio diagnóstico y tiende a ser más pronunciado antes de establecerse el diagnóstico (Mora-Ríos J., Ortega-Ortega M. & Natera G., 2016; Robles-García R., Fresán A. *et al.*, 2013). Independientemente de que la persona haya sido diagnosticada o no, vivir con una sintomatología psiquiátrica en secreto se asocia a un mayor sentimiento de desesperanza, lo cual retrasa su recuperación clínica y aumenta el riesgo de ideación suicida (Oexle N., Ajdacic-Gross V. *et al.*, 2017; Oexle N., Müller M. *et al.*, 2017; Oexle N., Rüschi N. *et al.* (2017)).

Los profesionales de la salud no estamos exentos de las implicaciones de este estigma, y hasta es posible que seamos más afectados. Un estudio, que consistió en encuestar a los residentes en los diferentes programas de especialidad de la Universidad de Nuevo México, arrojó que preferirían no atenderse en la misma institución en caso de problemas de salud relacionados con uso de alcohol, ansiedad y embarazo; en cambio, no tendrían inconveniente en atenderse por otros problemas de salud como diabetes o hipertensión arterial, por estar menos ligadas a estigma (Oexle N., Rüschi N. *et al.*, 2017). Valga este único estudio para ilustrar lo que muchos de nosotros hemos vivido en nuestros propios programas de especialidad. Ha sido, hasta muy recientemente, que los programas de entrenamiento se han avocado a tomar medidas de prevención del *burnout*, es decir del colapso o agotamiento, tanto mental como físico, por exceso de trabajo.

Se ha propuesto, como parte de las soluciones para abatir el estigma, aumentar la difusión de información y la desmitificación de los servicios de salud mental, haciéndolos más accesibles y ami-

gables. Al mismo tiempo, desarrollar estrategias para aprender a contender de manera anticipada con la discriminación asociada al estigma público, desde el momento del diagnóstico hasta la rehabilitación (Galván J., Saavedra N. *et al.*, 2017; Moutier C., Cornette M. *et al.*, 2009; Medina-Mora M.E., Borges G. *et al.*, 2006; Avdibegović E. & Hasanović M., 2017).

El arte, en sus diferentes manifestaciones, ha sido promotor del estigma asociado a las enfermedades mentales y también ha ayudado a disminuirlo. Una de las formas estudiadas incluye las muestras que exponen arte creado por enfermos mentales, y en otros casos obras de artistas que se dedican a resaltar la experiencia humana de la enfermedad mental (Di Lellio A., Rushiti F. & Tahiraj K., 2019; Koh E. & Shrimpton B., 2014). La lucha contra el estigma es una batalla constante y de interés para los profesionales de la salud mental, por lo que se ha propuesto este espacio para dar a conocer a los lectores casos en los que el arte ha ayudado o pudiera ayudar a disminuir el estigma de la enfermedad mental.

En su caso, que sean ejemplos que podamos compartir con nuestros pacientes, sus familias y con nuestra comunidad, para abatir tanto el estigma público como el internalizado. Es decir, manifestaciones de arte que mejoren el entendimiento de los síntomas, que normalicen su presencia y también que abatan el temor de buscar ayuda con los profesionales apropiados.

Para inaugurar esta sección, he decidido proponer el caso de la cantante y compositora chilena Mon Laferte.

La invitación queda abierta, entonces, a que envíes tus propuestas de artistas que, con su magia y su talento, nos acercan a la realidad de las enfermedades mentales.

FUENTES

- Avdibegović E. & Hasanović M. (2017). The Stigma of Mental Illness and Recovery. *Psychiatr Danub* 29(Suppl 5), 900-905.
- Di Lellio A., Rushiti F. & Tahiraj K. (2019). "Thinking of You" in Kosovo: Art Activism Against the Stigma of Sexual Violence. *Violence Against Women* 25(13):1543-1557. DOI: 10.1177/1077801219869553.
- Galaviz Granados G. (2015). Women, addiction and rehabilitation: Reflections from the northwestern border of Mexico. *Salud Colect.* 11(3), 367-79. DOI: 10.1590/S1851-82652015000300005.
- Galván J., Saavedra N. *et al.* (2017). Perceptions of Mexican women regarding barriers in mental Health Services in primary care. *BMC Womens Health* 31, 17(1): 70. DOI: 10.1186/s12905-017-0423-x.
- González-Forteza C., Torre A.E.H. *et al.* (2015). Depression among adolescents. A hidden problem for public health and clinical practice. *Bol Med Hosp Infant Mex* 72(2), 149-155. DOI: 10.1016/j.bmhmx.2015.05.006. Epub 2015 Jul 3.
- Kaushik A., Kostaki E. & Kyriakopoulos M. (2016). The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Res* 30, 243, 469-494. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.04.042. Epub 2016 Jun 23.
- Koh E. & Shrimpton B. (2014). Art promoting mental health literacy and a positive attitude towards people with experience of mental illness. *Int J Soc Psychiatry* 60(2):169-74. DOI: 10.1177/0020764013476655. Epub 2013 Apr 30.

- Medina-Mora M.E., Borges G. *et al.* (2006). Prevalence and correlates of drug use disorders in Mexico. *Rev Panam Salud Publica* 19(4), 265-276.
- Mora-Ríos J., Ortega-Ortega M. & Medina-Mora M.E. (2017). Addiction-Related Stigma and Discrimination: A Qualitative Study in Treatment Centers in Mexico City. *Subst Use Misuse* 16, 52(5), 594-603. DOI: 10.1080/10826084.2016.1245744. Epub 2016 Dec 27.
- Mora-Ríos J., Ortega-Ortega M. & Natera G. (2016). Subjective Experience and Resources for Coping With Stigma in People With a Diagnosis of Schizophrenia: An Intersectional Approach. *Qual Health Res.* 26(5), 697-711. DOI: 10.1177/1049732315570118. Epub 2015 Feb 10.
- Moutier C., Cornette M. *et al.* (2009). When residents need health care: stigma of the patient role. *Acad Psychiatry* 33(6), 431-41. DOI: 10.1176/appi.ap.33.6.431. PMID: 19933883
- Oexle N., Ajdacic-Gross V. *et al.* (2017). Mental illness stigma, secrecy and suicidal ideation. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 26(1), 53-60. DOI: 10.1017/S2045796015001018. Epub 2015 Nov 26. PMID: 26606884
- Oexle N., Müller M. *et al.* (2017). Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 268(2), 209-212. DOI: 10.1007/s00406-017-0773-2. Epub 2017 Feb 10.
- Oexle N., Rüschi N. *et al.* (2017). Self-stigma and suicidality: a longitudinal study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 267(4), 359-361. DOI: 10.1007/s00406-016-0698-1. Epub 2016 May 12.
- Real Academia Española. <https://bit.ly/2XS70UI>
- Robles-García R., Fresán A. *et al.* (2013). Mental illness recognition and beliefs about adequate treatment of a patient with schizophrenia: association with gender and perception of aggressiveness-dangerousness in a community sample of Mexico City. *Int J Soc Psychiatry* 59(8), 811-8. DOI: 10.1177/0020764012461202. Epub 2012 Oct 15.
- Thornicroft G., Mehta N. *et al.* (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health related stigma and discrimination. *Lancet* 12; 387(10023):1123-1132. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00298-6. Epub 2015 Sep 22. Review.
- Wood E.F., Werb D. *et al.* (2017). Differential experiences of Mexican policing by people who inject drugs residing in Tijuana and San Diego. *Int J Drug Policy* 41:132-139. DOI: 10.1016/j.drugpo.2016.12.010. Epub 2017 Jan 19.

Estigma y Arte: Mon Laferte

NOMBRE COMPLETO: Norma Monserrat Bustamante Laferte

FECHA DE NACIMIENTO: 2 de mayo de 1983

LUGAR DE NACIMIENTO: Viña del Mar, Valparaíso, Chile

ANTECEDENTES

Mon Laferte emprendió su carrera musical en 1996, en el conservatorio de su ciudad natal, en el que permaneció durante un año y medio, hasta que decidió seguir un camino autodidacta y tocar en bares de Valparaíso. Logró notoriedad como Monserrat Bustamante, al ganar el tercer lugar en el *reality show* chileno “Rojo, Fama Contrafama”. En el 2007 decidió mudarse a la Ciudad de México, donde continuó su carrera musical en bares, pequeños locales y las estaciones del metro, hasta el 2009, cuando fue diagnosticada con cáncer de tiroides, del cual se repuso favorablemente y siguió haciendo y grabando música.

En el 2011 vuelve a Chile como jurado del programa “Factor X” de TVN, y desde entonces se ha

presentado en grandes escenarios como el Auditorio Nacional de la Ciudad de México, el Madison Square Garden de Nueva York, el Luna Park de Buenos Aires, el festival de la Quinta Vergara en Viña del Mar y el Festival de Coachella. A partir del 14 de noviembre del 2019, la compositora, cantante, artista plástica, pintora y actriz, también fue reconocida como activista. Este día se disparó su fama mediática, al posar con los pechos desnudos en la alfombra roja del Grammy Latino, en protesta por la situación política en su natal Chile.

Ganadora de la Gaviota de Plata y el Grammy Latino, ha publicado seis álbumes de estudio, ha participado en cine y ha colaborado con artistas como Natalia Lafourcade, Julieta Venegas, Carla Morrison, Los Tres, José Luis Rodríguez, Café Tacuba, Enrique Bunbury, Juanes, Manuel García, Lila

Downs, Los Tetas, Alejandro Sanz, José María Napoleón y Los Auténticos Decadentes, entre otros.

La talentosa joven dice haber sido inspirada por su abuela materna, quien también cantaba y estuvo muy involucrada en su crianza. A sus 36 años de edad, cuenta con un rango vocal que abarca de Do 3 a Mi bemol 6 y habilidades para tocar la guitarra, el piano, la batería y la armónica. Su música se caracteriza por la confluencia de varios géneros que algunos han denominado “Indie Pop”.

Norma Montserrat Bustamante Laferte ha revelado en entrevistas televisadas que ella misma ha sufrido de depresión y que accedió a tratamiento psiquiátrico. No sólo eso, también lo hizo público en sus redes, para compartirle a la gente que es “fácil salir de eso, con el tratamiento correcto”. Con una actitud fresca pero comprometida, dice con toda libertad que a ella no le ha ido bien en sus relaciones de pareja, piensa que tiene mucho que ver el ser una persona muy exigente. Eso pudiera sugerir que no es coincidencia que muchas de las letras de sus canciones sean sobre las relaciones de pareja, y se dice que por lo menos una canción en particular la escribió después de haber cursado con un episodio de ideación suicida (Ortega E., Rivas S., 2017). Laferte cuenta en su catálogo con temas que resaltan la depresión, la inestabilidad emocional, la psicoterapia y las visitas al psiquiatra.

Para propósitos de esta publicación, que tiene la intención de ilustrar el trabajo de Mon Laferte en relación con la salud mental, se presenta a continuación recopilaciones de la letra de cinco canciones de su autoría.

MÉTODO

Las fuentes utilizadas para este artículo son las disponibles en plataformas encontradas a través del buscador Google, incluyendo Wikipedia y YouTu-

be; y en las redes sociales de la propia artista como Instagram, Twitter y Facebook.

Aunque Mon Laferte canta canciones de otros autores, lo que en el medio se conoce como “covers”, las canciones seleccionadas para esta publicación son todas de su autoría. La selección de las canciones se realizó con base en su letra, sin importar el género o nivel de popularidad. El principal criterio de selección fue que las canciones abordan algún síntoma, conducta, o trastorno psiquiátrico o la utilización de servicios de salud mental.

En la sección de resultados se presentan y explican los apartados de cada canción donde se ilustra la conexión con la salud mental. La letra completa de las canciones seleccionadas se adjunta al final del artículo.

RESULTADOS

Se seleccionaron cinco canciones, sin que eso signifique que son las únicas que cumplen con los criterios arriba mencionados.

1. Depresión (anexo 1)

Publicada en el 2011, es del género pop rock y es la tercera canción de su álbum *Desechable*. Fue parte de la banda sonora de la película peruana *Loco cielo de abril*.

Escribió esta canción durante su primer año en México, mientras ella misma aparentemente cursaba con síntomas depresivos. Esta canción describe de manera casi completa los síntomas de un episodio depresivo mayor, como son citados en el manual estadístico y diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana.

*No tengo ganas de comer
No tengo ganas de salir
Tengo un montón de platos que lavar
Y mucha ropa para enjuagar*

A continuación, parte del coro:

*Los días son más grises
Lloro con cada canción
Si tú no regresas pronto entraré
en una depresión*

La canción también ejemplifica el impacto en el nivel de funcionamiento.

*Me la paso todo el día en pijama
Hay mucho que ordenar en esta habitación
Limpiar el baño, levantarme de la cama*

Tal como lo recomienda el manual diagnóstico, primero la existencia de los síntomas por una duración determinada, luego, impacto en el nivel de funcionamiento, sólo le faltó establecer que los síntomas no son causados por una condición no psiquiátrica o por una sustancia.

2. Nuestro funeral (anexo 2)

Publicada en el 2018, es del género bolero y es la novena canción de su álbum *Norma*. Fue elogiada por abordar de una manera nostálgica cómo “muere” una relación de pareja. Esta canción detalla cómo se va desgastando la relación, al punto que la protagonista entra en el terreno de la ideación suicida.

*Mientras preparo el desayuno
me siento terriblemente sola
De pronto siento ganas de morir,
quiero escaparme de ti*

*Quisiera estar en el mar,
que me lleven las olas,
quiero dejar de respirar*

Es también muy interesante cómo en esta canción habla del sufrimiento y la soledad que está viviendo, en un entorno cotidiano, mientras hace

el desayuno, mientras están comiendo o cuando se toma “la pastilla” (probablemente anticonceptiva), mientras reflexiona que la actividad sexual con su pareja se ha visto disminuida.

*Y me tomo la pastilla
y no recuerdo
cuándo fue
la última vez que lo hicimos*

*Al principio
fuimos una gran locura
y ahora estamos
tan aburridos*

En ningún momento sugiere que esté planeando quitarse la vida, lo cual ayuda a entender el continuo entre la ideación, la intención, la planeación, hasta llegar al intento suicida.

3. Primavera (anexo 3)

Publicada en el 2017, es el tercer sencillo de su cuarto álbum, titulado *La Trenza*. Pertenece al género Latin Pop de la década de 1960. En esta historia, la protagonista se deleita con el nuevo amor que ha encontrado, al mismo tiempo que le confiesa que es una mujer “inestable” y “bipolar”.

*No hay nada que me guste más que estar desnudos
Recién acabamos de hacer el amor
Y escuchamos mirando al techo esa canción*

*Que habla de si esto será real
Que habla de si esto es una locura
Que habla que tú ya colgaste
tu armadura en mi portal*

*Días de amor primavera
Humanos que son sentimental
Tiempo de mi bipolaridad,
soy inestable, pero sabes que te amo*

Llama la atención que algunos de los versos recuerdan a pacientes en psicoterapia utilizando mecanismos de defensa, como la idealización.

*Días de amor primaveral
Nadie me ha querido tan real
Eres lo mejor que me ha pasado
Y aunque sé que puedo ser insoportable*

*A veces me siento cansada
Y llego a tumbarme en la cama
A veces me aburre la vida
Tú me haces más bellos los días*

Más impresionante aún es el video oficial: este “perfecto” enamorado es un muñeco de cartón, a quien se le dificulta relacionarse con otras personas que no sean la misma cantante. Esta canción es útil para ilustrarle a algunos de nuestros pacientes cómo pueden enamorarse de la “ilusión” que han forjado en sus parejas, y que en realidad no existe.

4. Tu falta de querer (anexo 4)

Publicada en el 2014, en un video en su cuenta de YouTube, mientras la tocaba por primera vez ante un pequeño grupo de amigas. Ha sido visto más de 15,000,000 de veces. La canción grabada en estudio fue publicada en su tercer álbum *Mon Laferte Vol. 1*. Pertenece al género de balada romántica.

*Ahora dormiré
Muy profundamente para olvidar
Quisiera hasta la muerte para no pensar
Me borro pa' quitarme esta amargura*

De acuerdo con Ortega y Rivas (2017), Mon Laferte escribió esta canción al descubrir que su pareja la había sido infiel. Ella lo dijo en un concierto, “Me pusieron el cuerno. Sí, esto es verdad. Es en serio. Hace como un año. Me dio depresión. Me quise suicidar... ¿cómo, se ríen...?, ¡pero si es

verdad!”, afirmaba ante un público que no sabía cómo reaccionar.

5. Mi buen amor (anexo 5)

Publicada en el 2017, en el álbum *La Trenza*. Pertenece al género balada latina tipo rock ligero. En este álbum tiene como invitado a Enrique Bunbury. La historia detrás de la canción habla de una mujer decepcionada que es contactada por su expareja, quien le pide una “última noche”.

Cuando ella le explica lo que le ha costado sobreponerse al rompimiento que tuvieron, menciona haber tenido que recibir psicoterapia para lograrlo.

*Después de todo lo que tuve que pasar
Las terapias, los amores de mentira
Más mentiras
Y ahora quieres que sea tu amiga*

Ella le explica entonces que ya no estará esperando a que él cambie, y dubitativa le manifiesta que es injusto lo que le está pidiendo, porque sus sentimientos también son importantes. Esta última situación es una que con frecuencia tenemos que abordar en casos de pacientes que batallan para sobreponerse al rompimiento de una relación tóxica, sobre la cual llegan a desarrollar un trastorno depresivo o un trastorno por uso de sustancias.

DISCUSIÓN

La revisión de obras como la de Mon Laferte tiene la intención de aprovechar el talento que le permite comunicar de manera clara y en un lenguaje amigable las manifestaciones de la enfermedad mental y los trastornos emocionales, además de aprovechar su popularidad, que en este caso alcanza 3,100,000 seguidores en Instagram, 602,453 en Twitter y 2,300,000 en Facebook. Sus canciones se descargan de Spotify por 4,318,018 usuarios al mes.

La música de Mon Laferte definitivamente es una oportunidad de romper con el estigma. Por un lado, un personaje tan famoso y exitoso, que habla abiertamente de sus episodios depresivos y de haber pensado en el suicidio, al mismo tiempo es una persona exitosa que no deja de trabajar y está produciendo; por cierto, el 16 de abril de 2020 publicó un sencillo titulado “Biutiful” por medios digitales, haciendo evidente su capacidad de seguir creando arte aún en el entorno de una pandemia.

A todos los profesionales que nos dedicamos al área clínica de la salud mental y que luchamos diariamente contra el estigma que rodea a la enfermedad mental, el cual se vuelve un obstáculo para la

búsqueda de tratamiento, nos conviene vincularnos con la obra de artistas que dedican parte de su talento a abordar este tema tan importante para la población general. Familiarizarnos con la obra de Mon Laferte nos ayuda a lograr este objetivo. Mas allá de su indudable calidad artística y su carisma, el mensaje contenido en las letras de sus canciones es claro, atractivo, creativo y fácil de entender.

Concluyo subrayando la importancia de que los médicos especialistas en psiquiatría hagamos todo lo posible de nuestra parte para que la psiquiatría y los servicios de salud mental resulten amigables y deseables para la población general, y esta es una estrategia para lograrlo.

Anexo 1

Depresión

Letra completa

Me la paso todo el día en pijama
Hay mucho que ordenar en esta habitación
Limpiar el baño, levantarme de la cama

No tengo ganas de comer
No tengo ganas de salir
Tengo un montón de platos que lavar
Y mucha ropa para enjuagar

Mi casa se me ha vuelto un desorden
Me han cortado hasta la luz
Desde que me faltas tú

No duermo por las noches
Sin ti no sé qué hacer
Si no vuelves conmigo
creo voy a enloquecer

Los días son más grises
Lloro con cada canción
Si tú no regresas pronto entraré
en una depresión

Se ha juntado la basura en la cocina
Y una vela consumida en el comedor
Me comí hasta las uñas
que no me quedaban

No pensé que fuera así
El vivir sin ti

No duermo por las noches
Sin ti no sé que hacer
Si no vuelves conmigo
creo voy a enloquecer

Los días son más grises
Lloro con cada canción
Si tú no regresas pronto
entraré en una depresión

Y con el tiempo
se vuelve peor
Te volviste mi obsesión
Ya no tengo nada que decir,
mis palabras se quedaron junto a ti

No duermo por las noches...

Anexo 2

Nuestro funeral

Letra completa

Me levanto
y te observo
en la cama,
estás aún dormido

Y me tomo la pastilla
y no recuerdo
cuándo fue
la última vez que lo hicimos

Al principio
fuimos una gran locura
y ahora estamos
tan aburridos

Nada es para siempre, amor,
vamos a escuchar al corazón

Mientras preparo el desayuno
me siento terriblemente sola
De pronto siento ganas de morir,
quiero escaparme de ti

Quisiera estar en el mar,
que me lleven las olas,
quiero dejar de respirar

No me despiertes,
quiero soñar con nuestro funeral
Todo esto
navega en mi cabeza
mientras
lavas los platos

Luego te sientas en la mesa,
hablamos del futuro de nosotros,
de nuestros gatos

Me pregunto
en qué momento permitimos
nos ganara la costumbre

Quisiera retroceder el tiempo,
cambiar nuestras
Actitudes
y que esta vez el amor nos dure

Mientras
preparo el desayuno
me siento
terriblemente sola

De pronto siento ganas de morir,
quiero escaparme de ti

Quisiera estar en el mar,
que me lleven las olas,
quiero dejar de respirar

No me despiertes,
quiero soñar
con nuestro funeral

Oh, me siento sola
Perdóname, mi amor,
por haberte fallado
Me siento sola
y prefiero nuestro funeral

Anexo 3

Primaveral

Letra completa

¿Qué puedo decir al verte así?
No hay nada que me guste más
que estar desnudos

Recién acabamos
de hacer el amor
Y escuchamos
mirando al techo esa canción

Que habla de si esto será real
Que habla de si esto es una locura
Que habla que
tú ya colgaste tu armadura en mi portal

Días de amor primaveral
Humanos que son sentimental
Tiempo de mi bipolaridad,
soy inestable, pero sabes que te amo

Días de amor primaveral
Nadie me ha querido tan real
Eres lo mejor que me ha pasado
Y aunque sé que puedo ser insoportable

Cuando mi habitación
alcanza para dos
Todo el universo
calza bajo el mismo sol

A veces todo es tan normal,
tranquilo
No creo haberme visto antes,
ahora me veo cuando te miro

Luego me preparo un té
Y me voy a tocar la guitarra
Tú te quedas dormido
y te hago esta canción para que estés tranquilo

Días de amor primaveral
Humanos que son sentimental
Tiempo de mi bipolaridad,
soy inestable, pero sabes que te amo

Días de amor primaveral
Nadie me ha querido tan real
Eres lo mejor que me ha pasado
Y aunque sé que puedo ser insoportable

A veces me siento cansada
Y llego a tumbarme en la cama
A veces me aburre la vida
Tú me haces más bellos los días

Anexo 4

Tu falta de querer

Letra completa

Hoy volví a dormir en nuestra cama
Y todo sigue igual
El aire y nuestros gatos
Nada cambiará
Difícil olvidarte estando aquí, oh

Te quiero ver
Aún te amo y creo que hasta más que ayer
La hiedra venenosa no te deja ver
Me siento mutilada y tan pequeña

Ven y cuéntame la verdad
Ten piedad
Y dime por qué,
no, no, no

Cómo fue
que me dejaste de amar
Yo no podía soportar
tu tanta falta de querer

Hace un mes solía escucharte
Y ser tu cómplice
Pensé que ya no había nadie más que tú
Yo fui tu amiga y fui tu compañera

Ahora dormiré
Muy profundamente para olvidar
Quisiera hasta la muerte para no pensar
Me borro pa' quitarme esta amargura

Ven y cuéntame la verdad
Ten piedad
Y dime por qué,
no, no, no

Cómo fue
que me dejaste de amar
Yo no podía soportar
tu tanta falta de querer

Ven y cuéntame la verdad
Ten piedad
Y dime por qué, no, no no

Cómo fue
que me dejaste de amar
Yo no podía soportar
tu tanta falta de querer

Anexo 5

Mi buen amor

Letra completa

Mi buen amor
Pues la verdad
no hay otra cosa,
que yo pueda hacer

Tú no cambiarás,
no me vas a convencer
De que ahora sí,
todo va a estar bien

Hasta cuándo
Seguirás pensando,
que puedes jugar a pedir, sin nada dar
Pues ahora, no estaré esperando

Mi buen amor
Si no quieres regresar
¿Por qué vuelves a buscarme una vez más?
No me pidas que te dé una última noche

Mi buen amor
Parece fácil para ti
Alejarte para luego exigir que te quiera
Como si nada, nada, nada yo sintiera

Después de todo
lo que tuve que pasar
Las terapias, los amores de mentira,
Más mentiras

Y ahora quieres que sea tu amiga
Pues amigo,
dime cómo borro esto que siento.

Mi buen amor
Si no quieres regresar
¿Por qué vuelves a buscarme una vez más?
No me pidas que te dé una última noche

Mi buen amor
Parece fácil para ti
Alejarte para luego exigir que te quiera
Como si nada, nada, nada yo sintiera

Mi buen amor...

FUENTES

Biografía de Mon Laferte (1). <https://bit.ly/3e1ADc8>

Biografía de Mon Laferte (2). <https://bit.ly/2UxcHW8>

Biografía de Mon Laferte (3). <https://bit.ly/30AWbrR>

Biografía de Mon Laferte (4). <https://bit.ly/3hk37zA>

Depresión. <https://bit.ly/30zLLha>

Facebook de Mon Laferte. <https://bit.ly/2XWuEQe>

Instagram de Mon Laferte. <https://bit.ly/2UCfPQG>

La dura revelación de Mon Laferte sobre su depresión: “Estaba cantando y no sentía nada”. <https://bit.ly/2MNquUp>

Mi buen amor. <https://bit.ly/2UziSce>

Mon Laferte. #Entrevista40 <https://bit.ly/3hl4LBa>

Mon Laferte abrió la Caja de Pandora. <https://bit.ly/3f8Pqlk>

Nuestro funeral. <https://bit.ly/30C6GLE>

Ortega E, Rivas S. (2017). Tu falta de querer: la desgarradora historia detrás de la canción mas triste de Mon Laferte. <https://bit.ly/2B2MJ5S>

Primaveral. <https://bit.ly/3ffs4KL>

Rango vocal. <https://bit.ly/37oZTXi>

Spotify. <https://spoti.fi/2UC9p3T>

Tu falta de querer. <https://bit.ly/3dW1eam>

Twitter de Mon Laferte. <https://bit.ly/2Av2DWN>