

REVISTA 

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA

**Día Mundial de la Salud Mental 2020.
Commemoración en APM**

Dr. Víctor Octavio López Amaro
Dra. Alba Nelly Sarmiento Buendía
Dr. Bernardo Ng

**Resúmenes de ponencias del
1er Congreso Virtual APM**

**Resúmenes de carteles del
1er Congreso Virtual APM**

Estigma y arte

Carrie Fisher
Dra. Yolanda Pica Ruiz



**CONGRESO
VIRTUAL 2020**
02-04 OCTUBRE

NO. 2

NOVIEMBRE - DICIEMBRE, 2020

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

Dra. Alexiz Bojorge Estrada

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

Coordinador

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 Bazan

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 León
2018 - 2019	Dr. Aldo Antonio Suárez Mendoza

Fe de erratas

Por una lamentable confusión, en el número 1 de nuestra revista (mayo-agosto 2020), el artículo «El dormir y el COVID» se publicó a nombre del Dr. Gerardo Méndez Alonso, cuando su autor es el Dr. Andrés Barrera Medina. Pedimos disculpas a ambos colaboradores y a nuestros lectores por este error.

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@dtes-agencia.com, sitio web: www.dtes-agencia.com

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA

PSIQUIATRÍA

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN

Noviembre-Diciembre, 2020 | Vol. 1, No. 2

Contenido

5 Carta del director editorial

6 Carta de la coeditora

8 Editorial

- Día Mundial de la Salud Mental 2020. Conmemoración en la APM

14 Listado de coordinadores del 1^{er} Congreso Virtual APM

16 Listado de autores del 1^{er} Congreso Virtual APM

23 Resúmenes de ponencias del 1^{er} Congreso Virtual APM

47 Resúmenes de carteles del 1^{er} Congreso Virtual APM

71 Resúmenes de carteles ganadores del Congreso APM, Monterrey, 2019

80 *Estigma y Arte*: Carrie Fisher

87 Guía para el autor, revista de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (RAPM)

La decisión estratégica es:



Firsito®

Escitalopram (10 mg, 15 mg, 20 mg)

Cuando la **rapidez, eficacia y seguridad** importan

Las **4R's** de Firsito: (1)

Rapidez: Eficacia comprobada desde la primer semana.

Remisión: Disminución de los síntomas depresivos.

Previene las Recurrencias: Con su uso a largo plazo.

Reduce las Recaídas: Tiene un efecto significativo en su prevención.



Próximamente un nuevo integrante de la familia



Si piensa en Zydus,
piense en **calidad**

www.zydusmexico.com

Referencia:

1.- Kirino, E. Escitalopram for the management of major depressive disorder: a review of its efficacy, safety, and patient acceptability. Patient Preference and Adherence. 2012;6:853-861.

Reg. No. 048M2013 SSA IV

Material para uso exclusivo del profesional de la salud

Carta del director editorial

Revista de la Asociación Psiquiátrica Mexicana

Aquí estamos de vuelta, cumpliendo con el compromiso de mantener informados a los asociados de la APM. En esta ocasión, el volumen número 2 del 2020 cumple con un segundo propósito: que los participantes del 1^{er} Congreso Virtual APM 2020, «Innovando por una psiquiatría para todos», puedan ver su resumen de ponencia o cartel impreso en esta revista.

Al igual que en otras asociaciones médicas del mundo, tenemos las memorias del congreso impresas para que las vuelvan a leer y a disfrutar. Con este volumen hacemos un reconocimiento y un agradecimiento a todos los socios que, con su colaboración, ayudaron a fortalecer a la APM a través del más importante de sus objetivos: la educación médica continua.

Dejaremos documentado el nivel y la calidad de los psiquiatras de la APM durante este tan atribulado 2020 hacia al futuro. Con esta publicación podremos recordar lo activo que estuvo el gremio en nuestro país, en un año en que el mundo entero vivió en crisis por una emergencia sanitaria.

No quiero dejar de mencionar que este volumen incluye la segunda entrega de nuestra campaña *Estigma y Arte*, en esta ocasión con la colaboración de la Dra. Yolanda Pica. Por otro lado, tenemos también la relatoría del evento del Día Mundial de la Salud Mental.

En hora buena a todos los socios de la APM y a sus invitados, tenemos nuestro nuevo volumen de la RAPM, nuestra revista. ¡Seguimos trabajando!

Dr. Bernardo Ng
PRESIDENTE 2020-2021

Carta de la coeditora

Revista de la Asociación Psiquiátrica Mexicana

Queridas socias y queridos socios de la APM:

El 2020 ha sido un año lleno de incertidumbre, duelos, desgaste, cansancio, tristeza, ansiedad y dolor, entre otros. Desafortunadamente, la pandemia aún no termina y ha durado más de lo que hubiésemos imaginado. Sin embargo, ante un ambiente tan inesperado, han surgido también muchas oportunidades y retos que hemos podido enfrentar de manera exitosa.

Hemos podido compartir con ustedes el resultado de un trabajo lleno de amor y pasión por lo que hacemos. Características como el altruismo, la cooperación, fuerza, creatividad, esfuerzo, unión y resiliencia, son algunas de las muchas que han salido a la luz por parte de las socias y los socios que integramos a la APM. Es un gusto que la lista de logros que hemos podido cosechar sea larga, tanto, que un espacio tan breve como el que me permiten estas líneas no es suficiente para mencionarlos todos.

Afortunadamente, ustedes han atestiguado los logros académicos y gremiales reflejados en cursos, infografías, redes sociales, libros, cambios en cuotas, sesiones en línea, la campaña «Nosotros También nos Cuidamos», conmemoraciones, participación en actividades internacionales, proyectos de investigación, reconocimientos otorgados, por mencionar algunos.

Uno de los retos más significativos ha sido la realización del 1^{er} Congreso Virtual de la APM, «Innovando en una psiquiatría para todos», del cual este número concentra las memorias de los trabajos que se presentaron.

La APM no se detiene; nuestro reto es continuar trabajando para lograr más objetivos y mantener de manera estable lo alcanzado, atesorando todos y cada uno de los esfuerzos realizados por sus integrantes.

Reciban un abrazo y mis mejores deseos, para que sus seres queridos, familiares y ustedes se mantengan sanos y saliendo adelante, fortalecidos de este momento adverso, que a la vez es de una gran enseñanza.

Sinceramente,

Jacqueline Cortés Morelos
PRESIDENTE ELECTA BIENIO 2020-2021
ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA

Día Mundial de la Salud Mental 2020. Conmemoración en la APM

Víctor Octavio López Amaro, Alba Nelly Sarmiento Buendía,
Bernardo Ng

La Asociación Psiquiátrica Mexicana conmemoró el Día Mundial de la Salud Mental con un evento en vivo, realizado de manera virtual. Presentamos a continuación los resultados de este encuentro.

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud y la Federación Mundial de la Salud Mental acordaron en 1992 designar al día 10 de octubre como el día Mundial de la Salud Mental. La primera conmemoración fue en 1994 y desde entonces nos recuerda y concientiza sobre la importancia de la salud mental en la salud del ser humano bajo el precepto: «no hay salud sin salud mental».

Como parte de esta conmemoración, la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM) llevó a cabo un evento en vivo, de manera virtual, el 10 de octubre del 2020 a partir de las 17:00 horas de la Ciudad de México. Se utilizó una plataforma del Laboratorio Sanfer y el evento se transmitió simultáneamente por una de nuestras redes sociales, donde a la fe-

cha de escritura de este artículo, llevaba 1,900 vistas (<https://www.facebook.com/AsociacionPsiquiatricaMexicana/videos/738423186889327>).

El comité organizador de este evento, integrado por Alba Nelly Sarmiento Buendía, Adriana Rodríguez Contreras y Bernardo Ng junto con los vicepresidentes regionales y los coordinadores de los Capítulos Estatales, lograron dar presencia de casi todos los estados de la república.

OBJETIVOS Y MÉTODO

La APM está dividida en cinco regiones (noroeste, noreste, centro, occidente, sur) y cada una cuenta con un número variable de capítulos; el objetivo del evento fue presentar la situación actual de cada uno de los estados de la república mexicana a través de

la participación de los coordinadores de capítulo, incluyendo la problemática actual y las opciones de solución en cada estado.

El primer paso consistió en que las vicepresidencias y el comité organizador convocaran a los coordinadores de cada capítulo. Cada coordinador contó con seis minutos para exponer su situación actual, dando espacio al final para discusión y comentarios por parte de los vicepresidentes. Vale la pena aclarar que, para el día del evento, no todos los capítulos tenían coordinador(a), por lo que agradecemos muy en especial a los socios que con el único interés de apoyar a APM se dieron a la tarea de presentar a su estado sin ser oficialmente coordinadores.

El programa se planeó para que los vicepresidentes coordinaran cada una de sus zonas. Por razones de logística y de fuerza mayor, al momento del evento la APM no tenía vicepresidente para la zona centro y el vicepresidente de la zona occidente no nos pudo acompañar; situación que fue resuelta por el comité organizador.

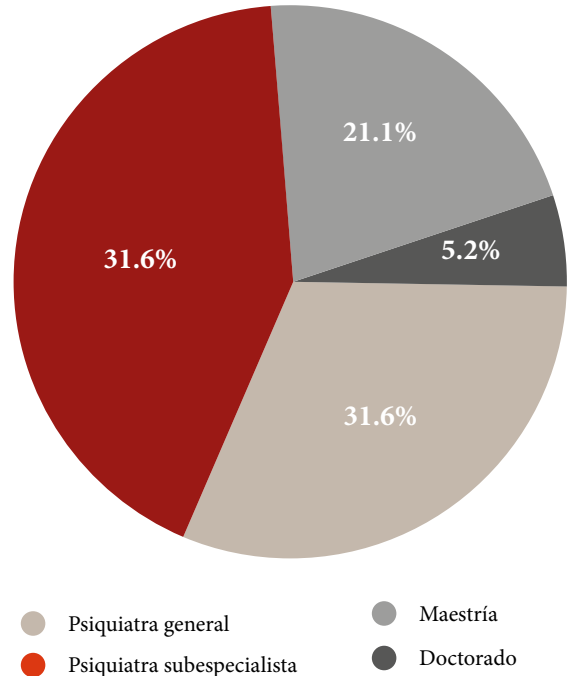
RESULTADOS

Tuvimos la participación de 27 capítulos distribuidos en las diferentes regiones, representados por tres vicepresidentes, con una duración total de 3:34 horas de programa en vivo.

CARACTERÍSTICAS DE LOS COORDINADORES

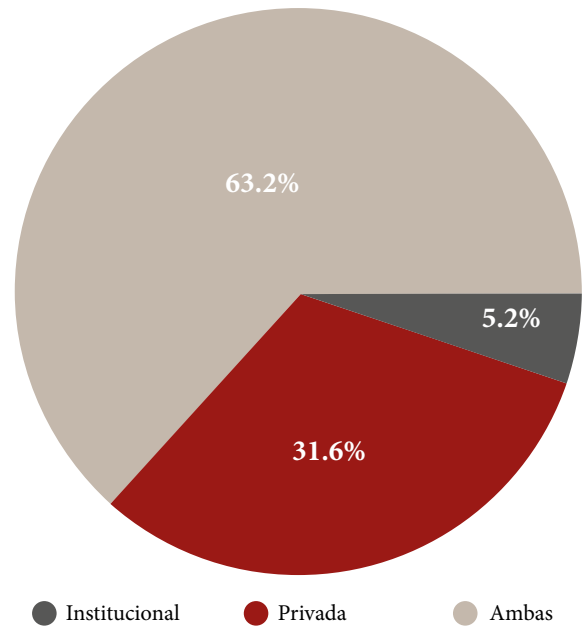
Los psiquiatras que representaron los capítulos, todos miembros de la APM, cuentan con el siguiente grado de preparación:

- 31.6 % psiquiatras generales
- 42.1 % psiquiatras con subespecialidad
- 21.1 % psiquiatras con grado académico de maestría
- 5.2 % psiquiatras con grado académico de doctorado



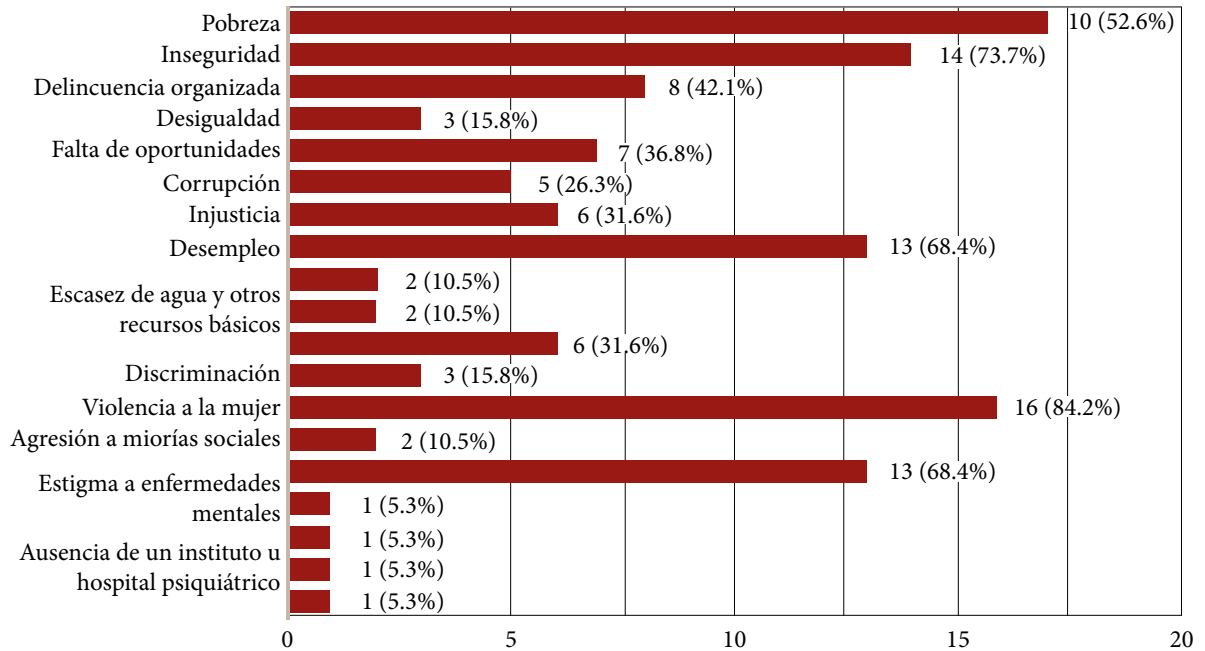
En cuando a su desarrollo en la práctica profesional, se encuentran distribuidos en los siguientes sectores:

- 5.2 % institución pública
- 31.6 % práctica privada
- 63.2 % ambos sectores



RETOS SOCIALES

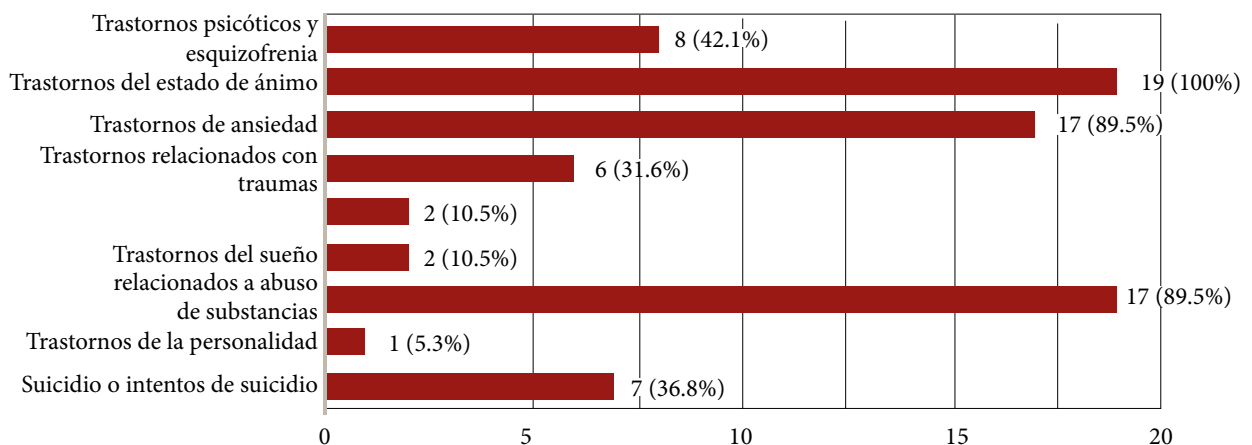
Entre los problemas más frecuentes en sus respectivos estados, se encontró lo siguiente:



Fue más frecuente la violencia hacia las mujeres (en 84.2% de los estados), y en segundo lugar la inseguridad (73.7% de los estados) y, en igualdad de cifras, desempleo y deficiencias en los servicios de salud.

RETOS EN SALUD MENTAL

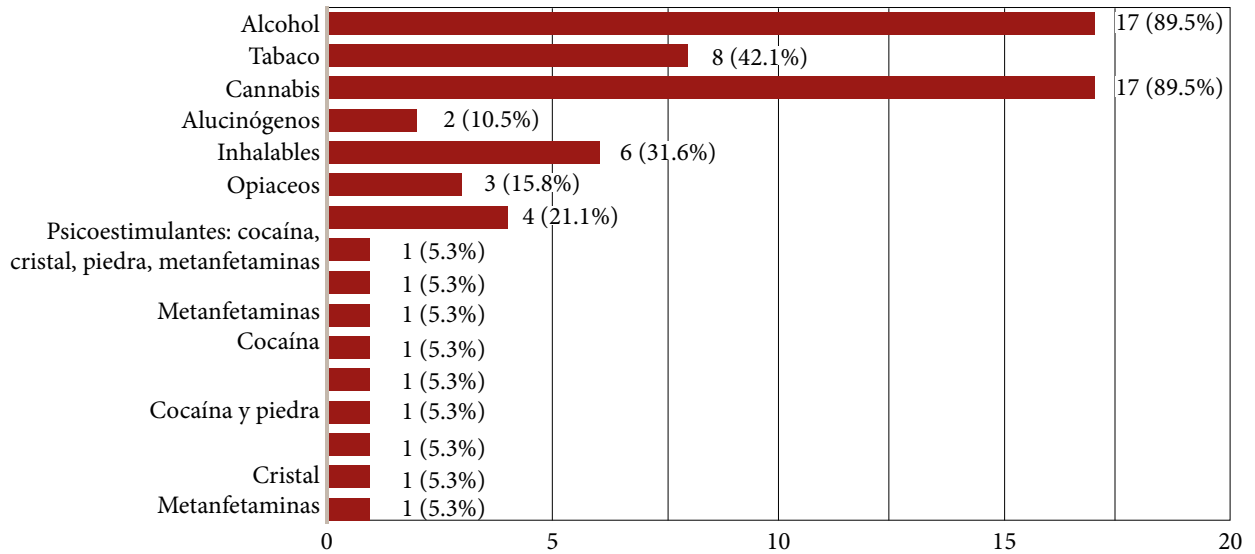
En cuanto a los problemas de salud mental más frecuentes en los estados, se encontró trastornos del estado de ánimo y trastornos relacionados con el abuso de sustancias, en la totalidad de los estados (100%). Le siguen en frecuencia los trastornos de ansiedad, que se presentan en el 89.5% de los estados.



RETOS EN ADICCIONES

A pregunta directa, cuáles son las sustancias adictivas de mayor impacto, se nos reporta que el 89.5% de los estados tienen problemas con Canna-

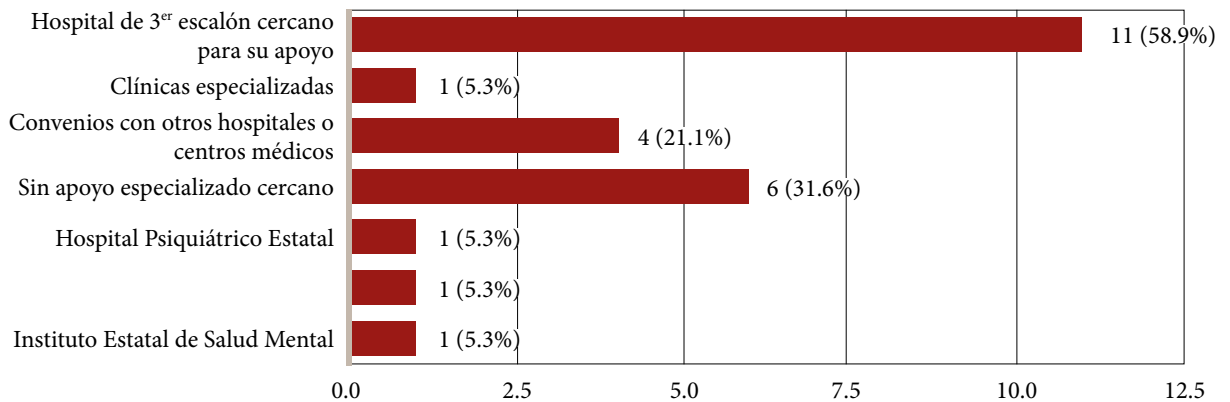
bis y abuso de alcohol; el tabaco ocupa el tercer lugar en abuso nacional. Con menor frecuencia, pero no menos importantes, nos reportan una serie de conductas adictivas a los cuales debemos también enfocarnos, como parte de la salud mental.



COBERTURA DE ATENCIÓN

Se analizaron también los recursos con que se cuenta para el manejo de los problemas de salud mental, y el reporte indica que el 57.9% de los es-

tados cuenta con un tercer escalón de atención cercano para su apoyo; el 31.6% no cuenta con ningún apoyo especializado cercano, y el 21.1% cuenta con convenios con otras instituciones para su apoyo.



PROPUESTAS DE SOLUCIONES

Para solucionar los problemas más apremiantes se abrió una tribuna para expresar cómo se podría mejorar la salud mental en nuestro país desde el punto de vista de cada estado y estas son algunas de las propuestas generadas:

1. Fomento a la psicoeducación.
2. Reducir el estigma social, mediante campañas de información sobre salud mental.
3. Mayor acceso a los servicios de salud mental.
4. Incremento de los medios de atención psiquiátrica (personal, centros hospitalarios, instituciones o unidades de referencia, incluyendo manejo ambulatorio).
5. Mejora de la infraestructura de los hospitales psiquiátricos públicos
6. Promoción de servicios de salud.
7. Mejorar el primer nivel de atención para que brinde manejo integral a pacientes con síntomas psiquiátricos.
8. Apoyo en tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapia.
9. Regulación en los servicios de salud mental.
10. Manejo especializado a pacientes con abuso de sustancias y a población perteneciente a minorías sociales.
11. Capacitación en programas de psiquiatría comunitaria, difundir y vigilar el cumplimiento de la normatividad (principalmente la Ley General de Salud, en lo referente a salud mental).
12. Instaurar una coordinación con hospitales y centros de salud para referencia y seguimiento.
13. Capacitación a médicos generales en temas de depresión, ansiedad, y adicciones.
14. Crear programas estatales con más recursos económicos y humanos que favorezcan una mayor cobertura de atención y el respeto a los derechos humanos.

15. Recomendar a las autoridades incrementar la importancia de la salud mental, mejorando las instalaciones y apoyando la capacitación del personal.

CONCLUSIONES

Al final del evento, se realizó una mesa redonda donde los vicepresidentes Víctor Octavio López Amaro, Marisa Morales Cárdenas y Salvador González Gutiérrez presentaron un resumen de cada zona, con Alba Nelly Sarmiento Buendía y Bernardo Ng como moderadores. Los vicepresidentes reflexionaron sobre las coincidencias y diferencias evidentes en las presentaciones de los diferentes capítulos.

En esta mesa se identificó que se cumplió con el objetivo de hablar de manera pública para concientizar a la población sobre las realidades de la salud mental desde la perspectiva de la APM, donde sobresalieron los siguientes puntos:

1. Los psiquiatras somos médicos especialistas, igual que especialistas de otras áreas de la medicina.
2. La importancia de abatir el problema de la estigmatización del paciente con trastornos psiquiátricos y adicciones.
3. La necesidad de mejorar la distribución de psiquiatras a lo largo de las regiones de nuestro país.

Concluimos que fue un ejercicio muy enriquecedor y sin precedente, tanto por el uso de una plataforma virtual como porque se dio espacio a cada región del país para que fuera representada por su capítulo, y poder entender a México como la gran suma de sus partes. ¡Nos vemos en el 2021!

La APM agradece a los participantes de este evento:

Comité organizador	Dra. Alba Nelly Sarmiento Buendía Dra. Adriana Rodríguez Contreras Dr. Bernardo Ng
Vicepresidentes	Dra. Marisa Morales Cárdenas Dr. Víctor Octavio López Amaro Dr. Salvador González Gutiérrez

Coordinadores/representantes de Capítulos

San Luis Potosí	1. Dr. José Arturo Chávez Contreras
Guanajuato	2. Dr. Juan Luis Vázquez Hernández
Jalisco	3. Dr. Gerardo Díaz Sánchez
Nayarit	4. Dr. Francisco Javier Miramontes Lira
Colima	5. Dra. Angélica Gutiérrez Anguiano
Michoacán	6. Dra. Libier Escalera Vázquez
Sonora	7. Dra. Leticia Madrigal Zamora
Sinaloa	8. Dr. Jesús Noé Acosta Hernández
Chihuahua	9. Dra. Melissa Flores Franco
Baja California Sur	10. Dra. Rosa Icela Montelongo Soto
Baja California	11. Dr. Cristian Alberto Sandoval Galaz
Coahuila	12. Dr. Fernando Sánchez Nájera
Durango	13. Dr. Iván Saúl Herrera
Nuevo León	14. Dr. Carlos Alberto Arnaud Gil
Tamaulipas	15. Dr. Felipe Eduardo Páez Santibáñez
Zacatecas	16. Dr. Carlos Rafael Origel Reséndiz
Hidalgo	17. Dr. Juan Pablo Núñez Martínez
Morelos	18. Dra. Eva Alicia García Armendáriz
Estado de México	19. Dr. Salvador Herrera Rosario
Puebla	20. Dra. Ma. Belem Guerrero Cabrera
Ciudad de México	21. Dr. Javier Zambrano Ramos
Tabasco	22. Dr. Rafael González Jorge
Chiapas	23. Dr. Rolando Arguello Aguilar
Yucatán	24. Dr. Arsenio Rosado Franco
Quintana Roo	25. Dr. Enrique Barrales Islas
Campeche	26. Dr. Saúl Arroyo Rodríguez
Oaxaca	27. Dr. Horacio López Flores

Listado de coordinadores

del 1^{er} Congreso Virtual APM

1	Irma Patricia Espinosa Hernández	Asociación Psiquiátrica Mexicana
2	Andrés Barrera Medina	Clínica de Sueño de la UNAM
3	José Nicolás Iván Martínez López	Asociación Psiquiátrica Mexicana
4	Víctor Octavio López Amaro	Vicepresidencia Noreste APM
5	Edilberto Peña de Leon	CISNE México
6	Dra. Alexis Bojorge Estrada	Asociación Psiquiátrica Mexicana
7	Cristina Rodríguez Hernández	ROME Psiquiatría Integral
8	Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez	Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña
9	Héctor Manuel Paredes Márquez	Centro Médico Excel
10	Jesús Francisco Galván Molina	Universidad Autónoma de San Luis Potosí
11	David Eduardo Saucedo Martínez	Tecnológico de Monterrey
12	Dr. Roger Alcides Pezoa Patiño	Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas de la Secretaría de Salud de Nuevo León y la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud TecSalud - Tecnológico de Monterrey
13	Natalia Fernández Valdez	Asociación Psiquiátrica Mexicana
14	Rogelio Gallegos	Asociación Psiquiátrica Mexicana
15	Laura Elena Jiménez Aquino	Asociación Psiquiátrica Mexicana
16	Gerardo Díaz Sánchez	Asociación Psiquiátrica Mexicana
17	Aram Nava Alemán	Instituto Mexicano del Seguro Social
18	Lizette Quiroz Casian	Asociación Psiquiátrica Mexicana
19	Florencia Nohui Ocampo Peralta	Asociación Psiquiátrica Mexicana
20	Francisco Paredes Cruz	Instituto Mexicano del Seguro Social - APM Coordinación de la Sección Académica de Psiquiatría Laboral
21	Jeremy Bernardo Cruz Islas	Diversidad Sexual
22	Ángel de Jesús Landa Beltrán	Asociación Psiquiátrica Mexicana
23	Mónica Flores Ramos	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
24	Dr. Carlos Manuel Zapata-Martín del Campo	Asociación Psiquiátrica Mexicana
25	María de los Ángeles Vargas Martínez	Asociación Psiquiátrica Mexicana
26	Dr. Manuel Gardea Reséndez	Department of Psychiatry and Psychology, Mayo Clinic Depression Center, Mayo Clinic, Rochester, MN, Estados Unidos
27	Dra. Marcela de la Asunción Martínez González	Asociación Psiquiátrica Mexicana
28	Dr. Alejandro Molina López	Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud
29	Rodrigo Durán Gutiérrez	Instituto Jalisciense de Salud Mental

30	Dr. Raymundo Macías A.	Asociación Psiquiátrica Mexicana, Instituto de la Familia, A.C.
31	Dr. Sergio Viera Niño	Asociación Psiquiátrica Mexicana
32	Dr. Héctor Rodríguez Juárez	Asociación Psiquiátrica Mexicana
33	Mark A. Frye, M.D.	Department of Psychiatry and Psychology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA
34	Marisa Morales Cárdenas	Asociación Psiquiátrica Mexicana
35	Jaime Carmona Huerta	Asociación Psiquiátrica Mexicana
36	Thelma Beatriz González Castro	División Académica Multidisciplinaria de Jalpa de Méndez-UJAT
37	Magali García Moreno	División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco-UJAT
38	Elena Guadalupe Rodríguez Gutiérrez	Asociación Psiquiátrica Mexicana
39	Sherezada Pool García	Hospital General de Comalcalco
40	Dra. Flora López Alvarado	Asociación Psiquiátrica Mexicana
41	Dr. Jorge Prado García	APM Capítulo Morelos
42	Juan Pablo Sánchez de la Cruz	División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco-UJAT
43	Dr. Carlos Arnaud Gil	Tecnológico de Monterrey
44	Dr. Edgar Casillas Guzmán	APM Capítulo Morelos
45	Dra. Eva Alicia García Armendáriz	APM Capítulo Morelos
46	Dr. Federico Ramos	ITESM
47	Dra. Irma Patricia Espinosa Hernández	Asociación Psiquiátrica Mexicana
48	Jesús Alejandro Aldana López	Instituto Jalisciense de Salud Mental
49	Omar Medrano Espinosa	ROME Psiquiatría Integral
50	Dr. Francisco Javier Mesa Ríos	Saluta.Org
51	Dra. María Soledad Rodríguez Verdugo	Universidad de Sonora, Facultad de Medicina, posgrado en Psiquiatría. Servicios de Salud de Sonora, Dirección de Salud Mental y Adicciones. Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte
52	Argenis López Salinas	Asociación Psiquiátrica Mexicana
53	Ingrid Vargas Huicochea	DPSM Facultad de Medicina UNAM
54	Rodrigo Morales García	Asociación Psiquiátrica Mexicana
55	Maritza Leal Isida	Asociación Psiquiátrica Mexicana
56	Oscar Noé Casados Bazán	Instituto Mexicano del Seguro Social
57	José Miguel López León	Residente de primer año, SALME
58	Jessica Esmeralda Gómez Juárez	Residente de psiquiatría primer año SALME
59	Karina Aurora Ramírez Arreola	Asociación Psiquiátrica Mexicana
60	Karen Patricia Moreno Leyva	Residente de primer año SALME
61	Machado Núñez, Scarlett	SALME
62	Alma Daniela López Rea	SALME
63	Argenis López Salinas	Asociación Psiquiátrica Mexicana
64	Collazos Iriarte, Bruno Alfonso	Residente primer año SALME
65	Marissa Árlenme Gómez Badillo	Asociación Psiquiátrica Mexicana
66	Erika Paola Pérez López	Caisame Estancia Prolongada

Listado de autores

del 1^{er} Congreso Virtual APM

1	Oscar Fernando Chávez Ceja	Asociación Psiquiátrica Mexicana
2	Iván Saúl Herrera Jiménez	Hospital General de Durango
3	Margarita Reyes Zúñiga	Clínica de Sueño del INER
4	Josana Rodríguez Orozco	INCAN
5	Oswaldo Briseño González	Asociación Psiquiátrica Mexicana
6	Víctor Trejo Terreros	Asociación Psiquiátrica Mexicana
7	Bernardo Ng	Presidente APM
8	Humberto Nicolini Sánchez	Asociación Psiquiátrica Mexicana
9	Guillermo Nicolás Jemar	No socio
10	Diana Sheinbaum Lerner	No socio
11	Ezequiel N. Mercurio	No socio
12	María Gómez-Carrillo de Castro	No socio
13	Felipe Eduardo Páez Santibáñez	Hospital Psiquiátrico de Tampico
14	Cathy Liliana Salas Cruz	SEDENA
15	Víctor Octavio López Amaro	Sección Académica de Psiquiatría de Guerra, Trauma y Desastre. APM
16	Nallely Montes Esparza	Secretaría de Marina
17	Rogelio Ríos Morales	SEDENA Hospital Central Militar
18	Enrique Culebro Karam	Asociación De Internet Mx
19	Geoffrey M. Reed, Ph.D.	No socio
20	Mariana Mureddu Gilabert, Ph.D.	No socio
21	Dr. Jeremy Bernardo Cruz Islas	Asociación Psiquiátrica Mexicana
22	Dra. Deny Álvarez Icaza	Asociación Psiquiátrica Mexicana
23	Dr. Enrique Chávez- León	APM, Universidad Anáhuac México, APAL
24	Martha Patricia Ontiveros Uribe	Instituto Nacional de Psiquiatría
25	Omar Medrano Espinosa	ROME Psiquiatría Integral
26	Ariadne Hernández Sánchez	ROME Psiquiatría Integral
27	Dr. José Fernando García Mijares	Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña
28	Dra. Norma Elena Sugrañes Alfaro	Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña
29	Dra. Laura Elena Pérez Ramos	Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña
30	Dr. Claudio Edmundo Valdez Flores	Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña
31	Héctor Manuel Paredes Márquez	Centro Médico Excel
32	Graciela Jiménez Trejo	Hospital Salud Mental de Tijuana
33	Jesús Francisco Galván Molina	Universidad Autónoma de San Luis Potosí

34	Sarah Antonieta Navarro Sánchez	Universidad Autónoma de San Luis Potosí
35	Andrés Valderrama Pedroza	Universidad Autónoma de San Luis Potosí
36	Dra. Consuelo Cantú Reyna	Tecnológico de Monterrey
37	Dr. Zaid Antonio Gómez Quiroga	Tecnológico de Monterrey
38	Dr. Norman Tadeo Nava González	Tecnológico de Monterrey
39	Dr. Enrique Gerardo Garza Martínez	Tecnológico de Monterrey
40	Nidia Albelzy Martínez Rosiles	Tecnológico de Monterrey
41	Julio César Jiménez López	Tecnológico de Monterrey
42	David Eduardo Saucedo Martínez	Tecnológico de Monterrey
43	Consuelo Cantú Reyna	Tecnológico de Monterrey
44	Rogers Alcides Pezoa Patiño	Tecnológico de Monterrey
45	Christina González-Torres	Tecnológico de Monterrey
46	Dra. Consuelo Cantú Reyna	Tecnológico de Monterrey
47	Dr. Norman Tadeo Nava González	Tecnológico de Monterrey
48	Dr. Enrique Gerardo Garza Martínez	Tecnológico de Monterrey
49	Dra. Natalia Fernández Valdez	Asociación Psiquiátrica Mexicana
50	Enrique Camarena Robles	Expresidente
51	Catalina Alibeth Borges Ortiz	ninguna
52	Reyna Khabie Romano	ninguna
53	Miguel Alejandro Soto González	ninguna
54	Belinda Estela Milagros Núñez Bracho	Asociación Psiquiátrica Mexicana
55	Aram Nava Alemán	Instituto Mexicano del Seguro Social
56	Dra. Natalia Fernández Valdez	Asociación Psiquiátrica Mexicana
57	Katya Ruby Valencia Quiñones	Tecnológico de Monterrey
58	Griselda Galván Sánchez	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
59	Lorena Alejandra Meza González	Asociación Psiquiátrica Mexicana
60	Rogers Alcides Pezoa Patiño	Asociación Psiquiátrica Mexicana
61	Elí Elier González Sáenz	Asociación Psiquiátrica Mexicana
62	Almendra Trucíos Osorio	Asociación Psiquiátrica Mexicana
63	Francisco Shimasaki Martínez	Asociación Psiquiátrica Mexicana
64	Arturo Vargas Garza	APM Nuevo León
65	Sandra Valdés Nava	Instituto Mexicano del Seguro Social
66	Harumi Hirata	CATI
67	Julvio de Jesús Hernández Chavarría	Asociación Psiquiátrica Mexicana
68	Sylvana Stephano Zúñiga	Asociación Psiquiátrica Mexicana
69	Alicia Peláez	Asociación Psiquiátrica Mexicana
70	Lilia Albores Gallo	Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
71	Javier Amado Lerma	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
72	Alejandra Caballero Muñoz	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
73	Ana Berenice Casillas Arias	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

74	Manuel Alejandro Muñoz Suárez	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
75	Ángel de Jesús Landa Beltrán	Asociación Psiquiátrica Mexicana
76	Adolfo Lara Rodríguez	Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
77	Lilia Albores Gallo	Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
78	Dr. Jesús Antonio González-Hermosillo	No socio
79	Natasha Viviana Alcocer Castillejos	No afiliado
80	Mariajosé Romero González	Asociación Psiquiátrica Mexicana
81	Sofía Sánchez San Román	No afiliado
82	Jéssica Gutiérrez Chávez	Universidad Nacional Autónoma de México
83	Rodrigo Guiza-Zayas	INPRFM
84	Adolfo Montes	INPRFM
85	Dr. Manuel Gardea Reséndez	Department of Psychiatry and Psychology, Mayo Clinic Depression Center, Mayo Clinic, Rochester, MN, Estados Unidos
86	Dr. Paul E. Croarkin	Department of Psychiatry and Psychology, Mayo Clinic Depression Center, Mayo Clinic, Rochester, MN, Estados Unidos
87	Dr. Mark A. Frye	Department of Psychiatry and Psychology, Mayo Clinic Depression Center, Mayo Clinic, Rochester, MN, Estados Unidos
88	Dr. Marin Veldic	Department of Psychiatry and Psychology, Mayo Clinic Depression Center, Mayo Clinic, Rochester, MN, Estados Unidos
89	Dra. Alma García Alcaraz	Asociación Psiquiátrica Mexicana
90	Dra. María Regina Monroy Solís	Asociación Psiquiátrica Mexicana
91	Philippe Leff	Instituto Nacional de Perinatología IER
92	Ignacio Camacho Arroyo	Instituto Nacional de Perinatología IER
93	Paola Barriguete	Instituto Nacional de Perinatología IER
94	Dra. Mariana Zendejas Villalpando	Hospital General de México
95	Irving Maldonado Reyna	Instituto Jalisciense de Salud Mental
96	Erika Pérez López	Instituto Jalisciense de Salud Mental
97	Dr. Raymundo Macías A.	Asociación Psiquiátrica Mexicana
98	Dra. Sherezada Pool	Asociación Psiquiátrica Mexicana
99	Sergio Ortiz Sotelo	Asociación Psiquiátrica Mexicana
100	Esrom Jared Acosta Espinoza	Asociación Psiquiátrica Mexicana
101	Jesús García Ramírez	No afiliado
102	Jesús Omar Gil Juárez	No afiliado
103	Manuel Alejandro Jiménez Pérez	Asociación Psiquiátrica Mexicana
104	Dr. Antonio Ruiz Taviel de Andrade	Asociación Psiquiátrica Mexicana
105	Dra. Irma Patricia Espinoza Hernández	Asociación Psiquiátrica Mexicana
106	Dr. Oscar Fernando Chávez Ceja	Asociación Psiquiátrica Mexicana
107	Dr. Héctor Rodríguez Juárez	Asociación Psiquiátrica Mexicana
108	Dr. Mauricio Leija Esparza	No afiliado
109	Dra. Gabriela M. Cortés Meda	Asociación Psiquiátrica Mexicana

110	Martha Paola Corral Frías	Universidad Autónoma de Nuevo, Hospital Universitario “José Eleuterio González”
111	Nicole I. Leibman	Department of Psychiatry and Psychology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA
112	Julie A. Christensen, M.D.	Department of Psychiatry and Psychology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA
113	Jennifer L. Vande Voort, M.D.	Department of Psychiatry and Psychology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA
114	Marisa Morales Cárdenas	Asociación Psiquiátrica Mexicana
115	Elsa Victoria del Palacio Flores	IMSS
116	Salma Ávila Gómez	UACJ
117	Octavio Román Elías García	APM
118	Ana Victoria Chávez Sánchez	CAISAME EP
119	Jaime Carmona Huerta	Asociación Psiquiátrica Mexicana
120	Jesús Alejandro Aldana López	SALME
121	Miguel Ángel Ramos Méndez	División Académica de Ciencias de la Salud-UJAT
122	Mario Villar Soto	Hospital Regional de Alta de Especialidad de Salud Mental
123	Isela Esther Juárez Rojop	División Académica de Ciencias de la Salud-UJAT
124	Sherezada Pool García	Hospital General de Comalcalco
125	Rosa Isela de la Cruz López	División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco-UJAT
126	Ana Fresán Orellana	Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”
127	Carlos Alfonso Tovilla Zárata	División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco-UJAT
128	Dr. Edgardo Misael Vega Peña	No socio, no afiliado
129	Karina Aurora Ramírez Arreola	Asociación Psiquiátrica Mexicana
130	Pedro Gerardo Alvizo García	Asociación Psiquiátrica Mexicana
131	Lorena Alejandra Meza González	Asociación Psiquiátrica Mexicana
132	Carlos Alfonso Tovilla Zárata	División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco-UJAT
133	Ana Fresán Orellana	Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”
134	Thelma Beatriz González Castro	División Académica Multidisciplinaria de Jalpa de Méndez-UJAT
135	Juan Pablo Sánchez de la Cruz	División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco-UJAT
136	Dra. Flora López Alvarado	Asociación Psiquiátrica Mexicana
137	Dr. Edgar Casillas Guzmán	APM Capítulo Morelos
138	Dra. Eva Alicia García Armendáriz	APM Capítulo Morelos
139	Carlos Alfonso Tovilla Zárata	División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco-UJAT
140	Thelma Beatriz González Castro	División multidisciplinaria de Jalpa de Méndez-UJAT
141	Martha Patricia Velázquez Sánchez	Hospital General de Comalcalco
142	Dr. Emilio J. Compte	Invitado
143	Dra. Eva María Trujillo Chi Vacuan	Invitado
144	Dr. Rodolfo Pérez Garza	Invitado
145	Dra. Elena Guadalupe Rodríguez Gutiérrez	Asociación Psiquiátrica Mexicana

146	Lic. Ernesto Aguilar López	Invitado
147	Mtra. Karen Hutchinson Segura	Invitada
148	Mg. Adriana Granja Mesa	Invitada
149	Dra. Elena Guadalupe Rodríguez Gutiérrez	Asociación Psiquiátrica Mexicana
150	Dra Sarah Antonieta Navarro Sánchez	Hospital Everardo Neumann
151	Dra. Eva Alicia García Armendáriz	APM Capítulo Morelos
152	Dr. Edgar Casillas Guzmán	APM Capítulo Morelos
153	Luis Felipe Herrera Padilla	ITESM
154	Dr. Heriberto Isaac Pérez	ITESM
155	Irma Patricia Espinosa Hernández	Asociación Psiquiátrica Mexicana
156	Araceli Granados Díaz	Asociación Psiquiátrica Mexicana
157	Ana Victoria Chávez Sánchez	Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Prolongada
158	Sergio Armando Covarrubias Castillo	Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde
159	José Fernando Ojeda Palomera	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
160	Omar Medrano Espinosa	ROME Psiquiatría Integral
161	Cristina Rodríguez Hernández	ROME Psiquiatría Integral
162	Dr. Mauricio Bonilla Sánchez	Director General de Saluta.Org
163	Dra. Ximena Hernández Gómez	Directora Ejecutiva de Saluta.Org
164	Adalberto Campo-Arias	Universidad de Magdalena, Facultad de Ciencias de la Salud, Grupo de Investigación en Psicología de la Salud y Psiquiatría. Santa Marta, Colombia
165	Carlos Arturo Cassiani Miranda (autor principal y presentador del trabajo)	Universidad de Santander, Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Medicina, Grupo de Investigación en Neurociencias UDES, Bucaramanga, Colombia.
166	Adalberto Campo-Arias	Universidad de Magdalena, Facultad de Ciencias de la Salud, Grupo de Investigación en Psicología de la Salud y Psiquiatría. Santa Marta, Colombia
167	María Asunción Álvarez del Río	DPSM Facultad de Medicina UNAM
168	Ana Carolina Rodríguez Machain	DPSM Facultad de Medicina UNAM
169	Elsa Liliana Aguirre Benítez	DE Facultad de Medicina UNAM
170	Nora Kelsall	Harvard University
171	Steve Jobs	TI
172	Bill Gates	TI
173	Génesis Velázquez Blanco	Residente de Psiquiatría
174	Rodrigo Morales García	Asociación Psiquiátrica Mexicana
175	Muriel Padilla Leal	Asociación Psiquiátrica Mexicana
176	Argenis López Salinas	Asociación Psiquiátrica Mexicana
177	Pedro Gerardo Alvizo García	Asociación Psiquiátrica Mexicana
178	Carla Aurora Fernández Guerra	Instituto Mexicano del Seguro Social

179	Carlos Alberto Bay Chaparro	Instituto Mexicano del Seguro Social
180	Manuel Ángel Bermúdez Barrera	Instituto Mexicano del Seguro Social
181	Alan Ricardo Rubio Zúñiga	Médico adscrito de hospitalización SALME
182	Jaime Carmona Huerta	Jefe de Investigación SALME
183	Jesús Alejandro Aldana López	Subdirector de Desarrollo Institucional SALME
184	Dr. Gustavo Antonio Martínez Herrera	IMSS
185	Jesús Omar Gil Juárez	En proceso de registro como socio
186	Julio César Jiménez López	En proceso de registro como socio
187	Rodrigo Antuan Duran Gutiérrez	Jefe de consulta externa SALME
188	Jaime Carmona Huerta	Jefe de departamento de investigación SALME
189	Scarlett Machado Núñez	SALME
190	Alma Daniela López Rea	SALME
191	Ana Victoria Chávez Sánchez	SALME
192	Carlos Arnaud Gil	Asociación Psiquiátrica Mexicana
193	Bruno Alfonso Collazos Iriarte	Residente primer año SALME
194	Jorge Antonio Blanco Sierra	Jefe de consulta externa SALME, turno vespertino
195	Marissa Árlenme Gómez Badillo	Asociación Psiquiátrica Mexicana
196	Erika Paola Pérez López	Caisame Estancia Prolongada
197	Rafael Dávalos Medina	Caisame Estancia Prolongada
198	Elías Antonio Luis Félix	Residente de psiquiatría del Programa Multicéntrico de Residencias Médicas, Tecnológico de Monterrey. Secretaría de Salud Nuevo León



RESÚMENES DE PONENCIAS DEL 1^{ER} CONGRESO VIRTUAL APM

Esta sección presenta las sinopsis de las ponencias que formaron parte del 1^{er} Congreso Virtual de la APM. Si usted es socio, podrá consultar las presentaciones completas en el portal del congreso y en su versión impresa.



Resúmenes de ponencias del 1^{er} Congreso Virtual APM

El 2020 representó un año de retos y de incertidumbres. Después de mucha planeación y trabajo para el congreso de la Asociación, finalmente cambió de formato para convertirse en el 1^{er} Congreso Virtual APM 2020, «Innovando por una psiquiatría para todos». Esta sección ofrece los resúmenes de las ponencias presentadas en este encuentro.

Cambios epigenéticos inducidos por estabilizadores del estado de ánimo en esquizofrenia y trastornos afectivos. Resultados de una revisión sistemática

Coordinador: Dr. Manuel Gardea Reséndez
Autores: Dr. Manuel Gardea Reséndez, Dr. Paul E. Croarkin, Dr. Mark A. Frye, Dr. Marin Veldic

INTRODUCCIÓN

Las epimutaciones secundarias a las interacciones genes-ambiente desempeñan un rol clave en la fisiopatología de los trastornos psiquiátricos. Evidencia de estudios *in vivo* e *in vitro* sugiere que los estabilizadores del estado de ánimo clásicos (carbonato de litio, valproato, carbamazepina y lamotrigina) tienen el potencial de revertir desregulaciones epigenéticas específicas encontradas en pacientes con esquizofrenia o trastornos afectivos a través de mecanismos que no han sido comprendidos por completo. La actividad de estos fármacos en los procesos epigenéticos los han vuelto candidatos para el desarrollo de abordajes terapéuticos individualizados.

MÉTODOS

Realizamos una búsqueda de la literatura en PubMed y EMBASE sobre estudios que investigaran los cambios epigenéticos específicos inducidos por los estabilizadores del estado de ánimo antes mencionados en modelos animales, líneas celulares humanas y pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión mayor. Se extrajo de cada publicación el tipo de investigación, la especie y tejidos estudiados, tamaño de muestra, fármaco estudiado, genes estudiados, cambios epigenéticos identificados y patología psiquiátrica asociada. Todos los artículos fueron sometidos a un proceso de evaluación de calidad, incluyendo aquellos con un índice de calidad moderada o alta.

RESULTADOS

Se identificaron un total de 2,429 estudios, de los cuales, tras la eliminación de duplicados, 1,956 fueron sometidos a cribado de título, abstract y palabras clave. Se seleccionaron 129 artículos para análisis de texto completo, de los cuales 38 fueron sometidos en la síntesis cualitativa. Se identificaron al valproato y al litio como los agentes que inducen

mayores cambios epigenéticos, principalmente a través de desmetilación del ADN y la acetilación de histonas. La escasa literatura sobre los cambios epigenéticos secundarios a lamotrigina y carbamazepina limitó el tamaño de efecto atribuible a estos fármacos. Los hallazgos fueron congruentes a través de los distintos estudios.

CONCLUSIONES

Un mayor entendimiento de los cambios epigenéticos específicos inducidos por los estabilizadores del estado de ánimo en pacientes con trastornos psiquiátricos puede permitir el desarrollo de intervenciones farmacológicas individualizadas y de fármacos capaces de inducir la remodelación selectiva de cromatina y con actividad sobre genes específicos.

Psicoterapia psicoanalítica en línea: adaptaciones del espacio terapéutico y el sujeto ante la pantalla

Coordinadora: Dra. Marcela de la Asunción Martínez González

Autoras: Dra. Alma García Alcaraz, Dra. María Regina Monroy Solís

PSICOTERAPIA EN LÍNEA: LOS AJUSTES ANTE EL DESAJUSTE DE LA PANDEMIA

Aunque la psicoterapia ya había considerado a los medios de comunicación electrónicos como una vía para facilitar el ejercicio terapéutico y ya se había reflexionado sobre los cambios que se pueden experimentar durante el ejercicio de la misma —Suler en el año 2000 ya hablaba del aspecto pentadimensional de las ciberterapias— no fue sino hasta principios del año en curso que tanto pacientes como terapeutas se vieron orillados de

manera masiva a enfrentar un sinnúmero de ajustes técnicos, íntimos y legales. Diversas investigaciones han descrito las limitaciones y modificaciones pertinentes en las herramientas principales de la psicoterapia de tipo psicoanalítico —transferencia, contratransferencia, resistencias, interpretaciones— y que se ponen a prueba al mismo tiempo que el espacio interpersonal. Otro aspecto a señalar es la confidencialidad de la terapia en línea, que va más allá del contrato terapéutico, pues tiene implicaciones legales que pueden potencialmente salir de nuestras manos.

LA TRANSFERENCIA EN EL ESPACIO VIRTUAL

En la psicoterapia psicoanalítica a distancia se desarrolla un diálogo compuesto por elementos verbales y paraverbales. Dentro de este contexto, se desenvuelven cualidades que conforman la relación paciente-terapeuta que no difieren de las que participan en una psicoterapia presencial. Las cualidades fundamentales son la transferencia, la contratransferencia, la resistencia y el trabajo interpretativo. La psicoterapia psicoanalítica o el psicoanálisis en modalidad telemática incluye varios espacios:

1. El lugar físico.
2. La sesión de análisis como un lugar en un espacio de tiempo específico.
3. El espacio intraubicado en las mentes de los protagonistas. Es un espacio mental en común apropiado para el *holding* y el trabajo psicoanalítico.
4. El espacio transferencial: inter, que opera como campo de juego del intercambio ideoaectivo. En este espacio se experimenta la relación transferencial que tiene una cualidad de metamorfosis o virtual en el sentido en que lo explica Levy, como la metamorfosis del gusano en mariposa en el que hay un proceso transformador que Levy denomina virtualización.

EL SENTIMIENTO DE VACUIDAD EN CONTEXTO DE CRISIS

La irrupción de la pandemia genera vulnerabilidades que conllevan problemas graves de psicopatología por la existencia de estructuras psíquicas simbiotizantes expresadas en confinamiento. Restricciones de movilidad, miedo a morir, prueban la funcionalidad del *self falso* (descrito por Winnicott) que enmascara angustias primarias como terror sin nombre, falta de sentido, vacío existencial (descrito por V. Frankl). Escenarios desconocidos activan en el Yo defensas para evitar la parálisis psíquica. La situación simbiótica otorga seguridades simuladas por la falta de diferenciación del vínculo, puede fetichizar las realidades virtuales y pulsiones destructivas en círculo vicioso (como lo ha descrito Massimo Recalcati).

Telepsiquiatría en la pandemia SARS-Cov-2: opción para la atención en salud mental

Coordinador: Rogers Alcides Pezoa Patiño

Autores: Lorena Alejandra Meza González, Rogers Alcides Pezoa Patiño

La telepsiquiatría es una rama de la telemedicina y se refiere a la consulta de psiquiatría que se realiza a distancia mediante recursos tecnológicos que optimizan la atención para ahorrar tiempos y costos. La telepsiquiatría surge por primera vez en 1959 en el Instituto de Nebraska para proveer terapia de grupo, psicoterapia, consultas de psiquiatría y entrenamiento para estudiantes de medicina vía videoconferencias. Sin embargo, su uso no se popularizó hasta cuatro décadas después. Durante la pandemia de COVID-19 se nos indicó utilizar de forma más rutinaria la telepsiquiatría, aunque la mayoría de los psiquiatras que la utilizaron no tenían experiencia previa.

Existen dos modalidades, la sincrónica y asincrónica. Ambas se han popularizado durante la pandemia; inclusive el modo asincrónico, por medio de aplicaciones, se ha hecho más frecuente. Hace algunos años, la telepsiquiatría representaba sólo el 0.15% de todas las consultas. Ahora aumentaron drásticamente en un 850% de marzo a abril del 2020. Incluso, seguros médicos de Estados Unidos ahora dan el 90% de sus consultas de modo virtual. Hay varios motivos por los cuales se considera necesario el uso de telepsiquiatría: el casi nulo acceso a servicios especializados en áreas rurales, pocos psiquiatras disponibles, estigma social al acudir a una clínica psiquiátrica, altos costos y mucho tiempo utilizado en el traslado de los pacientes. Aunque se tienen creencias negativas por parte de psiquiatras y pacientes que no han utilizado esta vía anteriormente, por medio de varios estudios científicos se puede demostrar que si se logran controlar ciertos factores, se convierte en una herramienta muy útil.

Uno de los factores más importantes que debemos tener bajo control es asegurar la privacidad del paciente, esto mediante el uso de plataformas, redes y conexiones seguras y privadas. Es importante considerar además la seguridad del paciente, sobre todo en personas con riesgo de auto o heteroagresión. Se sugiere tener algún familiar o personal de salud cerca para poder detenerlo en caso de requerirse. No se recomienda utilizar telepsiquiatría de forma generalizada para todos los pacientes, por lo que se sugiere proporcionar atención personalizada donde ellos puedan escoger si prefieren tener consulta presencial, por videollamada o con modalidad mixta. Se sugiere también tener métodos de evaluación escalonados donde se inicia por módulos de autoayuda y, dependiendo del progreso, pudiera pasar a terapia virtual o terapia cara a cara. Los recursos tecnológicos son igual de importantes para poder realizar satisfactoriamente esta actividad, porque se necesita tener una velocidad de transmisión adecuada así como el ancho de banda

para poder detectar expresiones faciales. Por último, hay que tomar en cuenta que a nivel mundial, solamente el 56% de la población es usuaria de internet, siendo esta proporción inferior entre residentes de zonas rurales.

El papel de la epigenética en la génesis del trastorno límite de personalidad

Coordinador: Dr. Enrique Chávez-León

Autores: Dr. Enrique Chávez-León, Martha Patricia Ontiveros Uribe

INTRODUCCIÓN

Las características biológicas de la persona están determinadas por los genes. La crianza y los eventos de la vida activan y desactivan la expresión normal de los genes, ocasionando variaciones normales o la aparición de distintas enfermedades (efecto epigenético).

OBJETIVO

El objetivo de esta conferencia es describir la participación de la epigenética en el trastorno límite de personalidad.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda en la literatura en lengua inglesa de investigaciones realizadas del efecto de la crianza, los eventos traumáticos y la psicoterapia en la metilación del ADN en pacientes con trastorno límite.

RESULTADOS

Experiencias tempranas como el estrés o la depresión de la madre durante la gestación, la falla en

el maternaje y los eventos negativos y traumáticos en la niñez están presentes en el 30 a 90% de los casos. Estos eventos dan lugar al 45% de las manifestaciones del trastorno límite en las dimensiones interpersonal (esfuerzos frenéticos para evitar el abandono y las relaciones inestables) y de inestabilidad afectiva (reactividad emocional intensa, sentimiento crónico de vacío y dificultades para controlar el enojo).

La metilación de la citosina del ADN y la metilación de las histonas son los mecanismos que se han estudiado. El abuso sexual, el descuido en la crianza y la repetición del abuso ocasiona mayor metilación de las áreas de expresión de los genes para los receptores de cortisol, disminuyendo su número en los hipocampos y dando lugar a una respuesta más intensa ante el estrés, efecto que perdura durante toda la vida y se trasmite a la siguiente generación. El abuso físico también produce metilación de los genes expresores de receptores de serotonina y de las enzimas MAO y COMT. La metilación de la región promotora del receptor a cortisol correlaciona con el número de criterios diagnóstico del trastorno, las autolesiones y las hospitalizaciones.

Por otro lado, la metilación de las histonas, por falta de cuidado materno, disminuye la expresión del Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (BDNF, por sus siglas en inglés).

De las principales formas de psicoterapia para el paciente con este trastorno, la terapia conductual dialéctica:

- 1) corrige la metilación del área promotora de la expresión del BDNF (niveles bajos en plasma) debida a los eventos traumáticos y maltrato en la niñez, mejorando la depresión, la desesperanza y la impulsividad;
- 2) disminuye la metilación de los genes promotores de la proteína 5 FK506 que regula la actividad

del receptor de cortisol, dando lugar a mejoría clínica.

CONCLUSIONES

Aunque la heredabilidad del factor *borderline* corresponde al 55% de las manifestaciones, el resto se debe a la experiencia de ambientes negativos. Los cambios epigenéticos no modifican la secuencia de los genes, pero si su expresión normal. La terapia conductual dialéctica tiene un efecto corrector de esos cambios epigenéticos producto de experiencias desafortunadas en etapas tempranas de la vida.

Alexitimia, síntomas psicológicos y dolor como factores de riesgo de somatización en una población mexicana

Coordinadora: Magali García Moreno

Autores: Rosa Isela de la Cruz López, Sherezada Pool García, Ana Fresán Orellana, Carlos Alfonso Tovilla Zárate

INTRODUCCIÓN

Los pacientes que acuden por síntomas físicos persistentes sin explicación clínica son muy frecuentes en atención primaria. La alexitimia es la incapacidad para identificar y describir los propios sentimientos y ha sido descrita en los pacientes con síntomas somáticos. Al mismo tiempo, los síntomas psicológicos y el dolor crónico se han descrito en pacientes con estos síntomas. El origen de estos síntomas aún no está claro, la aparición del síntoma somatomorfo proviene de varios elementos aislados o asociados. La somatización es multifacética, puede estar relacionada con desencadenantes somáticos, mentales, sociales, el estado de ansiedad en sí y la personalidad.

OBJETIVO

Comparar síntomas psicológicos, alexitimia y variables relacionadas con el dolor entre pacientes con y sin somatización en una población mexicana.

MÉTODO

Se realizó un estudio transversal y correlacional. Se obtuvo información sociodemográfica y clínica en el Hospital General de Comalcalco, Tabasco. La participación en el estudio no afectó la asistencia de los pacientes al servicio médico del hospital y los participantes no recibieron una compensación económica. Se incluyó a todos los pacientes que tenían 18 años o más, que sabían leer y escribir o estaban acompañados de alguien que pudiera apoyarlos a contestar los instrumentos. Se excluyó del estudio a los pacientes que presentaban un deterioro cognitivo evidente para responder los instrumentos o que informaron de alguna condición de salud mental diagnosticada. Se aplicó la escala visual analógica para la evaluación del dolor (VAS-P), la Escala de Alexitimia de Toronto 20 (TAS-20), la lista de Verificación de Síntomas 90 (SCL-90) para evaluar síntomas psicológicos y el cuestionario de salud del paciente -15 (PHQ-15) para evaluar la somatización.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 135 pacientes. La puntuación total del PHQ-15 fue de 9 (DE 5,7). La intensidad media del dolor evaluada con la VAS-P fue de 4,1 (DE3,1), equivalente a un dolor persistente e incómodo. Las puntuaciones medias para las dimensiones TAS-20 fueron similares en los participantes con y sin somatización en la dificultad para describir la dimensión de los sentimientos y la dimensión del pensamiento orientado externamente. Sin embargo, se encontraron

puntuaciones más altas en el grupo de somatización en la dimensión de dificultad para identificar sentimientos. El modelo de regresión final incluyó a) tener una enfermedad cardiovascular, b) una severidad del dolor más intensa y c) síntomas depresivos más severos; este último contribuyó a una mayor somatización.

CONCLUSIONES

Los pacientes con síntomas somáticos y psicológicos presentan niveles altos de alexitimia. El dolor crónico y la depresión aumentan la severidad de alexitimia al mismo tiempo, estos síntomas están relacionados a mayores síntomas somáticos.

Palabras claves: alexitimia, depresión, ansiedad, dolor crónico, somatización.

Uso de ketamina en depresión resistente

Coordinadora: Marisa Morales Cárdenas

Autoras: Marisa Morales Cárdenas, Elsa Victoria del Palacio Flores, Salma Ávila Gómez

INTRODUCCIÓN

El trastorno depresivo mayor afecta al 4% de la población mundial. Su curso puede variar dependiendo del paciente; no obstante, este padecimiento se puede cronificar y hacerse resistente a los tratamientos habituales. Un esquema de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina es la primera línea para el tratamiento del trastorno depresivo mayor; sin embargo, sólo el 40% de los pacientes tendrán una respuesta satisfactoria, el resto no tendrá un resultado exitoso, por lo que hay que tomar otras medidas de tratamiento. Estas pueden incluir desde el cambio de medicamentos por otra familia farmacológica, hasta la estimulación mag-

nética transcraneal repetitiva (EMTr) y la terapia electroconvulsiva (TEC). Es así como se están investigando nuevos esquemas farmacológicos como la ketamina, un potente inhibidor NMDA, la cual ha mostrado resultados satisfactorios en varios estudios piloto. En las instituciones de salud públicas, la TEC o la EMTr, son de difícil acceso, así como alto costo, lo que disminuye su uso.

OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio son: describir el efecto antidepresivo de la ketamina en pacientes con depresión resistente al tratamiento antidepresivo convencional, medir mediante clinimetría el efecto antidepresivo de la ketamina, proveer a las instituciones públicas de salud innovadoras opciones farmacológicas pero eficaces, de bajo costo y fácil accesibilidad para el tratamiento de la depresión resistente.

METODOLOGÍA

Paciente que ingresa con la definición operacional de depresión resistente según el DSM-5, tratada con un esquema de 75 mg de amitriptilina, 300 mg de venlafaxina y 2 mg de alprazolam. La infusión se realiza en área quirúrgica gris, a cargo del departamento de anestesiología. Se realizó clinimetría basal posterior a cada infusión y a los siete días después de la última infusión con: Escala de Hamilton para depresión (HAM-D), Escala Montgomery-Asberg para Depresión (MADRS) y Escala de calidad de vida para la depresión (QDLS). La infusión de ketamina se ministró a 0.5 mg/kg en 100 ml de solución fisiológica durante 40 minutos, de manera semanal. Se aplicaron también la escala de acatisia de Simpson-Angus, el cuestionario de Pfeiffer, la escala de experiencias disociativas de Bernstein y Putnam, escala de Ramsay y escala de Aldrete para evaluar los efectos secundarios de la ministración de ketamina.

RESULTADOS

Se encontró una disminución en el puntaje de HAM-D de 30 puntos, que va de depresión grave a no depresión; del MDRS de 46 puntos, que va de depresión grave a no depresión, y del QDLS de 25 puntos, con una mejoría notoria en la calidad de vida.

CONCLUSIÓN

La ketamina es una opción viable para los pacientes que padecen trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento, de bajo costo, de fácil accesibilidad en las instituciones públicas de salud al encontrarse en el cuadro básico, contra tratamientos costosos como EMTr, así como evitar el uso de TEC.

Consenso del grupo académico de directores de hospitales psiquiátricos del país durante la pandemia por COVID-19

Coordinador: Dr. Carlos Arnaud Gil

Autora: Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez

La pandemia por COVID-19 ha generado la necesidad de realizar modificaciones a los protocolos de hospitalización, tratamiento y manejo de los usuarios en los hospitales psiquiátricos, así como una nueva forma de realizar protocolos en la consulta de urgencias y consulta externa. Durante los últimos cuatro meses, directores de diversos hospitales psiquiátricos del país se han reunido en sesiones académicas a fin de discutir y homologar los protocolos de atención en los hospitales psiquiátricos, así como buscar mejores estrategias de afrontamiento ante esta pandemia en dichos hospitales. En esta sesión, se expondrán los consensos y recomendaciones realizadas por los directores de los hospitales psiquiátricos durante esta pandemia.

Envejecimiento y soledad. Un acercamiento a la espiritualidad

Coordinadora: Florencia Nohui Ocampo Peralta

Autora: Alicia Peláez

El envejecimiento es un proceso biopsicosocial en la cual se suele creer que existe un gran declive de funciones físicas, psicológicas, económicas y sociales, por lo cual las personas son vistas con prejuicio y se les aísla de sus propias actividades. De hecho, todo esto se puede categorizar dentro del fenómeno del *viejismo* ya ampliamente conocido. Sin embargo, también existe la creencia de que el adulto mayor tiende a aislarse y permanecer solo como parte de este fenómeno de deterioro global en sus funciones; esto es falso, pues no se identifica que el mismo entorno familiar promueve el aislamiento y por ende que el anciano se sienta o se perciba solo.

México ha experimentado diversos cambios poblacionales que han debilitado la estructura y la dinámica de las redes familiares y de amigos, por lo que los ancianos son susceptibles a sufrir aislamiento social. La soledad es un fenómeno estudiado tanto en las áreas psicológicas como filosóficas y sociológicas. María Montero Lena es una psicóloga que ha estudiado desde 2005 dicho fenómeno, y ha creado una escala precisa y simple para medir la percepción de la experiencia solitaria en esta particular población, destacando que depende de la historia de vida de cada individuo así como de sus rasgos de personalidad y sus vínculos sociales la forma en que va a ser percibida, y que no es necesariamente negativa y generadora de riesgo de cuadros depresivos. Asimismo, también es posible integrar que el adulto mayor, dado su acercamiento al final de su vida, suele tener una mayor religiosidad, por lo que nuevamente es estigmatizado y confundido con el aspecto espiritual. Estos elementos son totalmente distintos: la religiosidad es un elemento social, mientras que el aspecto espiritual es un constructo

que toca temas como la propia existencia y su relación con lo divino. Por lo tanto, es preciso integrar estos temas para poder acercarnos más a la vivencia del adulto mayor con respecto al cierre de su ciclo vital y generar con ello una mayor calidad de vida y tratar de fomentar un mejor envejecimiento, orientando al personal de salud mental.

Mi vida digna hasta el fin. Autonomía y voluntad anticipada

Coordinadora: Florencia Nohui Ocampo Peralta

Autor: Elí Elier González Sáenz

La vivencia de la ancianidad de cada persona suele ser diferente en varios aspectos. La autonomía resulta problemática desde diversas perspectivas a partir de la etapa tardía de la vida, más cuando a las limitaciones propias del paso de los años se les añaden los impactos de las enfermedades crónicas, y cuando a ello se suman relaciones y contextos sociales discriminatorios y marginadores, motivo por el cual resulta muy relevante conocer las leyes, políticas públicas y sensibilidades sociales, así como comportamientos específicos de quienes, en contextos diversos, cuidan a las personas ancianas con autonomías fragilizadas y vulnerables, ya que estos aspectos, en su interrelación, son fundamentales para que la dificultad de la autonomía de este grupo etario se viva de la forma más positiva posible.

Con el fin de mejorar la atención y calidad de vida hasta el final, es importante conocer la voluntad anticipada, que se define como la decisión que toma una persona de ser sometida o no a tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de forma natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona. El énfasis está en el acompañamiento del paciente durante esta etapa, respetando el momento natural de la muerte.

Programa de Salud Mental y Adicciones en Hospitales Generales: proyecciones, retos y avances

Coordinador: Dr. Alejandro Molina López

Autora: Dra. Mariana Zendejas Villalpando

La atención en salud mental está polarizada en tercer nivel de atención (hospitales psiquiátricos), y la recomendación internacional dice que debe ofrecerse prioritariamente en primero y segundo nivel de atención. Aunque se cuenta desde 2008 con el programa mhGAP, el cual está diseñado y estandarizado para estructurar los conocimientos básicos de salud mental en el primer nivel de atención, puede resultar insuficiente para el modelo de Hospital General dada su complejidad en infraestructura y tipo de atención brindada.

En México no había un programa específico para implementar salud mental y adicciones que contemplara la atención proyectada en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización de los hospitales generales. Por ello, se diseñó el Programa de Salud Mental y Adicciones en Hospitales Generales, el cual es una colaboración entre los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) y el Hospital General de México «Eduardo Liceaga» (HGME) desde agosto de 2019.

El proyecto consta de tres diferentes modelos (Básico, Intermedio y Avanzado) y cuatro fases de implementación (Gestión, Capacitación, Implementación de Procedimientos e Implementación de Infraestructura). En este simposio se expondrán el modelo general del proyecto, los retos y los avances alcanzados a la fecha.

Espiritualidad , miedo a la muerte y salud mental en tiempos de la COVID-19

Coordinadora: Dra. Irma Patricia Espinosa Hernández

Autoras: Irma Patricia Espinosa Hernández, Araceli Granados Díaz

Dice Edgar Morin (1974): «[...] la especie humana es la única para la que la muerte está presente durante toda su vida [...]», y a esta contundente afirmación tendríamos que agregar que no sólo es consciente de que morirá algún día, sino también de que cada momento se enfrenta a diversos peligros que atentan contra su supervivencia y que, sin importar los avances de la ciencia médica, tenemos que asumir, en numerosas oportunidades, que existen batallas que nos sobrepasan y cuyo desenlace no podemos siquiera predecir. Así, frente a lo inevitable y al mismo tiempo incierto, el ser humano ha desarrollado mecanismos y estrategias cuya finalidad tiene que ver con enfrentar, de manera integral, con cuerpo, mente y espíritu, a la «gran igualadora», llamada así por los antiguos egipcios para hacer referencia al hecho de que sin consideración de edad, sexo, poder o riqueza, todos tendríamos en algún momento dado una cita con ella. Son precisamente algunos fenómenos psicosociales derivados de esta pandemia, particularmente el confinamiento y el riesgo de muerte, los que han provocado una diversidad de respuestas en las distintas poblaciones; desde que inició en marzo pasado hemos sido interpelados en lo más oscuro y luminoso, lo más primitivo y lo más evolucionado de nuestra persona, al recordarnos la finitud que nos caracteriza y la importancia esencial que frente a algunos sucesos nos impide actuar con libertad.

Hay todo un abanico de respuestas, desde quienes suponen que lo que ocurre en la actualidad proviene de un complot internacional hasta los que

creen saber que se trata de un castigo divino por no haber hecho lo correcto, pasando por aquellos que ven esta situación como una manera en la cual la naturaleza se equilibra. Huguélet y Koenig, desde los años noventa, pudieron detectar y confirmar que los pacientes con enfermedades crónicas graves tenían una mejor evolución farmacológica y psicoterapéutica, así como un mejor pronóstico general, en quienes desarrollaron un estilo de vida donde la parte espiritual juega un papel primordial. Hoy, la pandemia que estamos viendo nos muestra una nueva cara de un factor muy poderoso para la vida espiritual. He aquí la razón de fondo de este simposio, la de reflexionar sobre las implicaciones psicoespirituales y psicoafectivas para quienes temen contraer y morir por esta enfermedad que ha afectado a casi toda la humanidad.

Violencia de género durante la pandemia por COVID-19. Análisis del fenómeno y propuestas para su prevención

Coordinador: Dr. Roger Alcides Pezoa Patiño

Autores: Rogers Alcides Pezoa Patiño, Christina González-Torres

La pandemia por COVID-19 ha modificado la manera en que se viven las relaciones interpersonales en todos los ámbitos. Esto se debe en gran parte a la adopción de medidas de distanciamiento social dirigidas a evitar la propagación del virus en la población. Si bien se ha demostrado la eficacia de todas estas medidas en la prevención de contagios, el aislamiento que se deriva de ellas ha tenido profundas consecuencias en las dinámicas familiares. Uno de los fenómenos sociales más alarmantes que se ha observado desde la declaración de la contingencia es el incremento en los reportes de violencia doméstica a nivel global.

La violencia doméstica se ejerce casi siempre por parte de un hombre hacia una mujer, y se sustenta en estructuras sociales y culturales que la toleran. Por eso, se considera que al hablar de violencia doméstica es indispensable hablar de violencia de género. Una importante parte estructural de la violencia de género es la falsa creencia de que toda la labor de cuidado del hogar debe recaer en las mujeres de la familia, a expensas de sus deseos y necesidades. Esta idea se aprende en casa y de ahí se proyecta a la esfera pública, donde es evidente que las profesiones que giran en torno al cuidado y el aseo tienen una sobrerrepresentación por parte del sexo femenino. En el contexto de la pandemia, esto significa que quienes más expuestas se encuentran a la posibilidad de contagiarse, son las mujeres.

Como es de esperarse, el resguardo en casa representa el peor escenario para las mujeres que viven con un agresor, ya que se torna más difícil huir de él, reportar la violencia o pedir ayuda. Además de las barreras que la pandemia ha colocado para el acceso a servicios de atención a víctimas de violencia, hay numerosos factores que perpetúan e incrementan el riesgo de victimización; entre ellas se encuentran la presencia de enfermedad mental en el agresor o en la víctima, el abuso de alcohol y otras sustancias, las dificultades económicas derivadas de la limitación de actividades laborales, el estrés psicológico causado por el miedo a enfermar y la vulnerabilidad social, producto de cambios demográficos que la pandemia puede propiciar.

En muchos lugares del mundo ya se están tomando medidas para atender el problema emergente de violencia de género detonado por la pandemia, sin embargo, hace falta desarrollar acciones más contundentes y a largo plazo. Asimismo, deben buscarse estrategias dirigidas a la prevención y no sólo a la atención de secuelas derivadas de la violencia.

Como profesionales de la salud mental, nuestro papel es indispensable para la identificación de personas en riesgo y la atención a personas que viven los estragos de la victimización, así como para el desarrollo de acciones preventivas que mitiguen el impacto de la violencia de género en nuestra sociedad.

Salud mental en las residencias médicas

Coordinador: Jesús Alejandro Aldana López
Autores: Ana Victoria Chávez Sánchez, Sergio Armando Covarrubias Castillo, José Fernando Ojeda Palomera

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental dentro de la profesión médica han sido ampliamente estudiados, evidenciándose tasas de depresión en 10-25% de estudiantes de medicina, incluso desde las etapas tempranas de su formación, tendiendo a exacerbarse, conforme avanza el proceso de formación médica, tanto síntomas depresivos, como Síndrome de Burnout (SBO) y el consumo de sustancias. Los estudios de especialidad en las residencias médicas corresponden a un nivel de posgrado donde se funge como estudiante y trabajador a la vez, con alta carga horaria, de trabajo y responsabilidad en la atención de pacientes, y se caracterizan también por sus turnos rotatorios, la privación de sueño y el clima laboral desfavorable; además, se estima que hasta el 25% de las y los residentes experimentó acoso laboral con frecuencia u ocasionalmente, principalmente por médicos de base, personal de enfermería o residentes de mayor jerarquía. Asimismo, se ha identificado al suicidio como la primera causa de muerte en hombres residentes y la segunda en mujeres en los primeros años de formación. La depresión afecta la vida laboral de las

personas y condiciona una disminución en su efectividad del trabajo, asociándose en el servicio sanitario a un elevado número de accidentes o iatrogenias, y deficiencias en la calidad y calidez de la atención a los enfermos, repercutiendo en el proceso de curación. A pesar del tamaño del problema, los estudiantes presentan diferentes barreras en la búsqueda de ayuda, tiempos prolongados para recibir atención, preocupaciones sobre empleos futuros y licencias de trabajo, estigma y falta de tiempo.

DESARROLLO

En el 2019 se condujeron dos estudios dirigidos a población estudiantil en residencia médica. El primero de ellos exploró la asociación entre el SBO con el entrenamiento médico por especialidad en residentes de primer ingreso en el Hospital Civil de Guadalajara «Fray Antonio Alcalde», reportando que un mayor número de horas laboradas y la mayor carga de horas de guardia/semana fueron asociadas a mayor SBO. Por otro lado, el Instituto Jalisciense de Salud Mental promovió la realización de una encuesta de salud mental en residentes de distintos años, especialidad y sedes de la Zona Metropolitana de Guadalajara, la cual encontró depresión grave en 9.2% y alto riesgo de presentar SBO en el 72.5%, asociados a una mayor cantidad de horas trabajadas por semana y un mayor consumo de alcohol que los residentes sin depresión. Las normatividades en nuestro contexto son la NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, y el PROY-NOM-001-SSA3-2018, Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica, de las cuales se requiere hacer una evaluación crítica para saber si éstas responden adecuadamente.

Impacto en la salud mental de niños y adolescentes ante una pandemia. Riesgo de trastornos de ansiedad, depresión y estrés postraumático

Coordinador: Dr. Héctor Rodríguez Juárez

Autores: Dr. Héctor Rodríguez Juárez, Dr.

Mauricio Leija Esparza, Dra. Gabriela M. Cortés Meda

La pandemia y el confinamiento pueden tener múltiples consecuencias en la vida de los niños y los adolescentes (quienes además atraviesan una época difícil de transición); tal como ocurre en desastres, hay mayor riesgo de estrés agudo y crónico, duelos inesperados, trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión y trastornos de ansiedad. Los niños y adolescentes han estado expuestos a la ruptura repentina de la rutina escolar, preocupación por el futuro económico de su familia; el mayor tiempo en casa condiciona mayor tiempo de acceso a internet, redes sociales y medios de comunicación. Durante el brote de COVID-19, un estudio realizado a 8,079 estudiantes chinos de entre 12 y 18 años, reportó una alta prevalencia de síntomas de depresión (43%), ansiedad (37%) y depresión y ansiedad combinadas (31%). Tener un familiar o conocido infectado con COVID-19 fue un factor de riesgo de ansiedad.

RESILIENCIA Y FAMILIA

La familia, en tiempos de crisis, tiene un papel importante en las consecuencias, ya sea positivas o negativas, en los niños y adolescentes; influye en su salud mental, el afrontamiento de los padres y las prácticas de crianza. Las medidas de salud pública para mitigar la propagación del virus alteraron los sistemas ecológicos en los que se desarrollan los niños y adolescentes: acceso limitado a espacios de juego, interrupción de las conexiones familiares y comunitarias, etc.; han limitado

o disminuido los sistemas de apoyo para algunas familias. Es imperativo implementar estrategias que favorezcan el desarrollo de resiliencia en las familias, reducir las fuentes de estrés, proporcionar atención psicosocial extensa y fomentar estrategias de afrontamiento.

RETOS Y OPORTUNIDADES

La pandemia se cruza con problemas crecientes de salud mental en la infancia y la adolescencia. En China se ha reportado que la mitad de la población general calificó el impacto psicológico de la pandemia como moderado o severo. Las intervenciones digitales son cruciales, no sólo por las medidas de aislamiento social, sino también porque permiten la conectividad, brindar información, intervenciones terapéuticas combinadas y automatizadas.

Hay una necesidad urgente de descubrir, evaluar y refinar las intervenciones para abordar los aspectos psicológicos, sociales y neurocientíficos durante la pandemia.

Cortisol, DHEAS e índice Cortisol/DHEAS en mujeres embarazadas con altos niveles de ansiedad

Coordinadora: Mónica Flores Ramos

Autores: Mónica Flores Ramos, Philippe Leff, Ignacio Camacho Arroyo, Paola Barriguete

Una compleja interacción entre el cortisol y la forma sulfatada de la dehidroepiandrosterona (DHEA-S) es crucial para la regulación del sistema del estrés. Una serie de estudios han reportado un incremento en los niveles de cortisol durante estrés crónico y la contrarregulación por parte de DHEA-S en diferentes poblaciones; sin embargo, no existe información de este sistema durante el embarazo.

Obtener información al respecto cobra importancia desde la perspectiva de que tanto el cortisol como la DHEA-S juegan un papel importante en el inicio y curso del trabajo de parto.

OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo fue determinar los niveles de cortisol y DHEA-S, así como el índice Cortisol/DHEA-S, durante el último trimestre del embarazo en pacientes con ansiedad severa.

MÉTODOS

Se incluyeron mujeres embarazadas durante el tercer trimestre de gestación que acudieron a control prenatal. Se les realizó una evaluación clínica y se les aplicó la escala de ansiedad de Hamilton (HARS).

De acuerdo con las puntuaciones obtenidas las pacientes fueron divididas en dos grupos: pacientes con puntuaciones >15 fueron consideradas con ansiedad severa (ANX) y mujeres con puntuaciones menores a 5 se consideraron dentro del grupo control. A todas las participantes se les midió cortisol matutino, DHEA-S y se estableció el índice Cortisol/DHEA-S. Se realizaron comparaciones entre los grupos con prueba t para muestras independientes y se realizaron correlaciones entre las variables.

RESULTADOS

Los niveles de cortisol fueron significativamente mayores en el grupo de ansiedad severa ($p < 0.01$) en comparación con el grupo control. De igual manera, se observó un índice Cortisol/DHEA-S significativamente mayor en las pacientes que presentaban ansiedad severa. Se documentó una asociación significativa entre los niveles de cortisol y las puntuaciones en la escala HARS ($p < 0.03$).

CONCLUSIONES

Nuestros datos soportan que el índice cortisol/DHEA-S está incrementado en mujeres embarazadas que sufren ansiedad en relación con mujeres sanas. Este hallazgo podría explicar, al menos en parte, la mayor frecuencia de parto pretérmino en mujeres con ansiedad.

Factores psicosociales de riesgo laboral. La dificultad para su evaluación en el marco jurídico actual

Coordinador: Francisco Paredes Cruz
Autores: Arturo Vargas Garza, Sandra Valdés Nava

Esta ponencia se propone dar a conocer los factores de riesgo psicosocial de riesgo laboral para el desarrollo de trastornos mentales de origen laboral (p.e. *burnout*, *mobbing*, acoso laboral, depresión laboral, etc.). Asimismo, mencionar el proceso de evaluación de estos factores en las empresas mediante la NOM-035-STPS-2018, las dificultades actuales para la implementación de esta norma, y la importancia de la formación del residente de psiquiatría en el tema de psiquiatría laboral.

Trastornos de la conducta alimentaria y vulnerabilidad. Visiones desde el trauma, espectro autista y la desregulación emocional

Coordinadora: Dra. Elena Guadalupe Rodríguez Gutiérrez
Autores: Lic. Ernesto Aguilar López, Mtra. Karen Hutchinson Segura, Mg. Adriana Granja Mesa, Dra. Elena Guadalupe Rodríguez Gutiérrez

En esta ponencia se abordará cómo las manifestaciones clínicas de un trastorno de la conducta alimentaria se exacerban cuando existe comorbilidad asociada a una vulnerabilidad como el trastorno por estrés postraumático, los trastornos del espectro autista o los trastornos afectivos y de personalidad, que se manifiestan con desregulación emocional. Se abordará el cómo las adaptaciones de diferentes corrientes de psicoterapia han resultado de especial utilidad en la estabilización de síntomas alimentarios y de regulación emocional.

Psiquiatras en hospital COVID: experiencias y desafíos de la actualidad

Coordinador: Víctor Octavio López Amaro
Autores: Nallely Montes Esparza, Rogelio Ríos Morales

A finales del año 2019, apareció en una comunidad de China un virus capaz de generar una pandemia, afectando a miles de personas de todas las etnias, grupos sociales y de cada continente del mundo. Ante la adversidad, cada nación implementó su plan de contingencia.

En México, tomando el ejemplo de otras naciones previamente afectadas, se multiplicó el número de servicios médicos, centros de evaluación inicial, de contención, manejo crítico, unidades de referencia, unidades de apoyo, y también de destino final de los gravemente afectados.

La historia señalará dos grandes grupos. El primero formado por las personas que debían quedarse en sus casas, evitando la propagación de la enfermedad. Y el segundo, formado por los integrantes de los servicios de salud.

En cada centro de atención, se reunió al mayor número de médicos para frenar los efectos de la pandemia, ocasionando que diversos especialistas cambiaran sus rutinas clásicas para hacer frente a esta nueva enfermedad.

El presente trabajo analiza la labor del psiquiatra en hospitales de atención de COVID-19, en su dualidad de especialista en salud mental y también como colaborador en su papel de médico de primer contacto. Un punto histórico, donde el médico especialista se transforma en un individuo vulnerable y expuesto, que debe tener la calma para tranquilizar a los pacientes (propios de su práctica y los de primer contacto), y familiares afectados por la enfermedad, que miran la muerte como una posibilidad cercana; al grupo de trabajadores de la salud mermados por el trabajo y su propia seguridad, y además tener el temple de protegerse a sí mismo, mental y físicamente, formando parte de un eslabón importante en la atención médica. Dejar de ser simple espectador del evento traumático para transformarse en parte integral del equipo de trabajo.

Psiquiatría, espiritualidad y COVID-19

Coordinador: Dr. Raymundo Macías A.

Autores: Dr. Raymundo Macías A., Dra. Sherezada Pool

El ser humano es una unidad integral: biológica, psicológica, social y espiritual. En lo biológico nace, se desarrolla, se reproduce, declina y muere; en lo psicológico es un ser pensante, con emociones y conductas complejas, en relación con sus semejantes y entorno, a través del lenguaje y ritos sociales. Lo espiritual, con hondo significado en busca de la trascendencia, no era reconocido por el cientificismo positivista, en el que sólo lo concreto y mensura-

ble era válido, amén del antropocentrismo narcisista de sentirse el hombre centro del universo. Es en la psiquiatría, ante la angustia, depresión y duelo por pérdidas significativas o la amenaza de ellas, como de la salud, la libertad, la vida o la de seres queridos, donde adquiere otra vez relevancia. Esto estamos viviendo ante la pandemia por COVID-19 que nos azota, declarada por la OMS en marzo del 2020.

En todo del mundo, los gobiernos tomaron decisiones complejas, de grave repercusión para la vida, lo social, lo económico y lo psicológico. El riesgo de morir surge y genera temores. Enfrentar la crisis exige gran esfuerzo. En todas las esferas hay necesidades que requieren ser satisfechas, lo que no ocurre armónicamente, pues el bienestar afectivo o el espiritual no se da igual que en otras áreas, porque antes no se había respondido bien a ellas, tal vez, en lo afectivo por rechazo, abandono, maltrato o patrones relacionales familiares inadecuados, y en lo espiritual por no aceptar nuestra condición de criaturas, limitadas y dependientes. Buscando llenar este vacío con los bienes materiales o el poder, en vez de servir para mejorar nuestro mundo y entorno relacional, nos ponemos a su servicio, dominados por ellos, sin desarrollo adecuado, sin vínculos profundos con los otros significativos, ni con lo trascendente, raquíticos espiritualmente, lo que ocasiona ansiedad, desesperanza, depresión, vacío e insatisfacción.

El obligado confinamiento, el miedo a enfermar y el riesgo de morir, tienen gran impacto en nuestra estabilidad emocional. Sumado a esto, la información mediática, desmedida, confusa y alarmista, y el desequilibrio económico-social, han destapado las carencias en salud mental de la población que impiden enfrentar mejor la crisis. Se han enfatizado estrategias de autocuidado físico y algunas de tipo espiritual (promoviendo la resiliencia), que aporten recursos internos: fortaleza, reciprocidad, esperanza y un sentido de

vida más trascendente, que ayuden a manejar mejor la situación.

Nuestra vulnerabilidad es evidente y difícil admitirla, pero existe la oportunidad de aceptarla y superarla. Hay más tiempo para nuestra vida interior, para cultivar la espiritualidad, por la reflexión que permita reconocernos espíritus encarnados, desarrollando una actitud de solidaridad y servicio, de cuidado propio y de los demás, resignificando nuestra existencia, para que los vínculos positivos, el respeto, la fraternidad y el amor surjan como lo mejor de nosotros.

Eficacia de un modelo ambulatorio, integral e intensivo en adicciones

Coordinadora: Laura Elena Jiménez Aquino
Autores: Catalina Alibeth Borges Ortiz, Reyna Khabie Romano, Miguel Alejandro Soto González

Se ha demostrado que los trastornos por consumo de sustancias se deben tratar como una enfermedad crónica, esto es debido a que los índices de recaída de los pacientes se pueden comparar con los de aquellos tratados por enfermedades crónicas como hipertensión o asma, lo cual se reporta a nivel mundial entre el 40 y el 60%. La mayoría de los modelos actuales de intervención intensiva se caracterizan por ser por medio de internamiento, sin en que esto logre un menor índice de recaída de los pacientes al término del mismo.

El modelo ambulatorio presentado a continuación, tiene la característica de ser integral, multidisciplinario e intensivo; de un total de 72 pacientes que iniciaron el tratamiento lo concluyeron 58, tomando en cuenta a aquellos que recayeron o abandonaron el tratamiento el índice de recaída es de 66.6%. Sin embargo, se eleva a 82.7% en

aquellos que tuvieron un apego a tratamiento. Esto demuestra que un tratamiento ambulatorio es posible y que presenta mejores resultados, permitiendo al paciente continuar con sus actividades y obligaciones diarias, y fomentando también un mayor apego a tratamiento.

Aspectos neuropsiquiátricos de la obesidad

Coordinadora: Lizette Quiroz Casian
Autores: Julvio de Jesús Hernández Chavarría, Sylvana Stephano Zúñiga

De acuerdo con cifras de ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) del 2018, en México, el porcentaje de adultos de 20 años y más con sobrepeso y obesidad es de 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad) La obesidad es una enfermedad compleja y multifactorial que se construye a base de interacciones metabólicas e inmunológicas entre órganos y sistemas, respuestas al estrés y activación de mecanismos de adaptación. Para lograr una pérdida y mantenimiento de peso se deben considerar los factores biopsicosociales.

Las personas que tienen sobrepeso u obesidad viven en un estado inflamatorio de bajo grado basal, esto por sí mismo predispone al paciente a psicopatología. La relación es bidireccional, como se encontró en un metaanálisis que incluyó 15 estudios (seguimiento de uno a 10 años). Los autores reportaron una OR acumulada entre obesidad basal y depresión en el seguimiento longitudinal de 1.55 con IC95% de 1.22-1.98, $P < 0.001$. En el sentido bidireccional de depresión basal como predictor de desarrollo de obesidad la OR fue de 1.58 (IC 95%: 1.33-1.87 $P < 0.001$).

También existe alteraciones en los mecanismos de recompensa, Nora Volkow y cols. han reportado en

estudios con PET-CT menores niveles dopaminérgicos en el estriado, disminución de receptores dosis-dependiente que se asocian con menores niveles de metabolismo de glucosa en la corteza orbitofrontal y áreas de corteza prefrontal, lo que facilita las conductas compulsivas.

El término *food addiction* se refiere al fenómeno de ingesta alimentaria compulsiva hacia ciertos tipos de alimentos y que implica una disregulación específica en el sistema nervioso central (SNC). Este fenómeno se ha reportado más prevalente en individuos con obesidad y en individuos con mayores niveles de depresión, mayor impulsividad y mayor prevalencia de trastorno de estrés post-traumático. También se ha reportado en aquellos con alteraciones en circuitos cerebrales similares a la adicción a sustancias: mayor activación de los sistemas de recompensa ante señales de comida y menor activación de los sistemas inhibitorios ante la ingesta.

Por otro lado, estudios transversales han encontrado una asociación significativa entre la corta duración del sueño y una mayor prevalencia del aumento de peso en niños y adultos. Concluyen que una duración del sueño menor a seis horas se asocia con un aumento del 45 % de padecer obesidad en comparación con las horas habituales de sueño. Para la comunidad clínica se debe tener conocimiento sobre los daños ocasionados por la obesidad en un individuo de riesgo o que tiene una enfermedad mental. Las alteraciones metabólicas al cerebro nos introducen a una serie de medidas preventivas y oportunidades costo efectivas y con una relevancia clínica y aceptada para la mayoría de los pacientes (Ej: sueño, cambios en la alimentación, ejercicio).

Estrés, trauma y resiliencia infantil en el contexto del confinamiento

Coordinador: Dr. Rogers Alcides Pezoa Patiño

Autora: Katya Ruby Valencia Quiñones

En respuesta a la pandemia por SARS-CoV-2, el confinamiento es la intervención implementada a nivel comunitario para tratar de evitar la propagación de la enfermedad e implica permanecer refugiado la mayor parte del tiempo y bajo normas socialmente restrictivas. Para la mayoría de los niños, el confinamiento representa quedarse en casa seguros y protegidos; sin embargo, existe un porcentaje considerable de niños que se están viendo afectados negativamente y se prevé que este impacto, principalmente psicológico, tendrá implicaciones de por vida en algunos de ellos.

Algunos estresores alteran el neurodesarrollo en distinta intensidad y forma, según la edad a la que se presenten. Generalmente aquellos patrones de estrés predecibles, controlados y moderados resultan en un desarrollo sano; lo contrario ocurre ante la experiencia de estresores con patrones impredecibles, incontrolables y extremos, pues resultan en una alteración del sistema de respuesta al estrés y del funcionamiento de otras redes neuronales involucradas en los procesos de recompensa, regulación de la conducta y afiliación social, debido a la neuroplasticidad cerebral.

La ONU estima que entre 42 a 66 millones de niños podrían sumarse a los 386 millones de niños que ya se encuentran en pobreza extrema. Las consecuencias directas e indirectas, a corto y largo plazo, representan una fuente de estrés en los niños: recorte de gastos esenciales en salud y alimentación, desnutrición, inseguridad, rezago escolar. También existe mayor riesgo de exponerse a situaciones traumáticas como la muerte inesperada de algún cuidador o familiar cercano a causa de la infección

por SARS-CoV-2, ser víctima o testigo de violencia intrafamiliar, sobre todo en aquellos que ya se encontraban en condiciones vulnerables de hacinamiento y situaciones conflictivas.

Con el mayor uso de dispositivos electrónicos, para fines académicos, se presenta un aumento en el riesgo de mayor exposición a contenido inapropiado a través del internet o incluso de acoso a través del mismo medio.

La habilidad para la autorregulación, en formas culturalmente aceptadas, es fundamental para un desarrollo sano a lo largo de la vida, permitiendo al individuo alcanzar sus objetivos. Los cuidadores primarios funcionan como reguladores externos del estrés en un niño en desarrollo. Un cuidado atento, consistente y en sintonía con sus necesidades promueve respuestas moderadas, predecibles y controladas que favorecen su resiliencia. Lo contrario ocurre cuando los cuidados son ocasionales y no predecibles, generalmente por un cuidador saturado, ansioso, estresado, deprimido o desregulado, situación que se ha desencadenado en contexto del confinamiento. La prevalencia de trastorno por estrés postraumático en un contexto de confinamiento en la población infantil se encuentra en estudio.

Salud mental en tiempos de Coronavirus: impacto de la actual pandemia

Coordinador: Víctor Octavio López Amaro

Autores: Felipe Eduardo Páez Santibáñez, Cathy Liliana Salas Cruz, Víctor Octavio López Amaro

La enfermedad causada por el nuevo coronavirus, llamada COVID-19, ha generado un gran impacto en la sociedad. Ha surgido la necesidad de cambiar estilos de vida, crear nuevos estilos de economía y de socializar, y de generarnos autocuidados.

En los diferentes grupos sociales, se han creado necesidades y también formas de atender sus efectos.

El presente trabajo analiza el impacto generado por la nueva enfermedad, así como los esfuerzos por minimizar los daños y atender las necesidades básicas. Además, busca la generación de nuevas ideas y nuevos conceptos del papel del psiquiatra en la salud global.

Evaluación de recursos multimedia en un curso de lectura crítica de literatura médica

Coordinadora: Dra. Flora López A.

Autor: Dr. Edgardo Misael Vega Peña

En el área de la educación médica, la lectura crítica de artículos, resúmenes médicos, tanto en diagnóstico, tratamiento o avances en la medicina, es de suma importancia; la lectura crítica se requiere ya que con base en estas lecturas se pueden tomar decisiones en cuanto al manejo del paciente. Por ello, es fundamental crear métodos de búsqueda efectivos en la literatura médica, como hicimos en este trabajo, así como basarnos en el uso de las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación) al momento de crear una página web diseñada específicamente para presentar material didáctico multimedia sobre fundamentos de búsqueda eficaz en la literatura médica. Luego se crearon las condiciones de un ambiente docente adecuado al permitir la adquisición de las habilidades necesarias para la lectura crítica de artículos, literatura médica sobre terapia y otras entidades afines. Esto también es gracias a las tecnologías innovadoras, que nos permitieron diseñar este sitio web bastante dinámico y completo, lo que augura una aceptación por parte de los usuarios.

La terapia familiar centrada en las emociones para trastornos de la conducta alimentaria

Coordinadora: Lizette Quiroz Casian

Autora: Griselda Galván Sánchez

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades de salud mental complejas, multideterminadas, que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes. Los TCA representan la tercera enfermedad crónica más común entre las jóvenes y llegan a una incidencia del 5%. Si bien es un trastorno cuya aparición es más común entre las mujeres, los varones también se ven afectados. La participación de la familia en el tratamiento es un apoyo para la recuperación, especialmente en lo que respecta a intervenciones para recuperar peso. Existe un consenso clínico más amplio de que las familias juegan un papel importante en los procesos de evaluación y tratamiento en general, para gente más joven. El apoyo va dirigido a manejar la carga en las familias; influenciado por la teoría y la ciencia de la neurobiología interpersonal, la esencia de la terapia familiar centrada en la emoción (TFCE) consiste en ayudar a los cuidadores a aumentar su papel en la recuperación de sus seres queridos de los problemas de salud mental. De hecho, el clínico de TFCE cree que es terapéuticamente más valioso capacitar a los padres para ayudar a sus hijos, independientemente de su edad, dado que están «conectados» entre sí. Por lo tanto, su principal responsabilidad es ayudar a los padres a convertirse en un agente activo de recuperación. Lo hacen apoyando a los padres y cuidadores alternos para aumentar su participación en: 1) interrumpir los síntomas y apoyar comportamientos centrados en la salud; 2) ayudar a su hijo a procesar emociones manifiestas y subyacentes que pueden estar alimentando pensamientos y síntomas problemáticos; 3) liderando la reparación de la relación si corresponde. La TFCE involucra entrenamiento en manejo conductual,

coaching emocional y reparación de relaciones para familiares, con el clínico fortaleciendo la relación entre cuidadores y pacientes.

Trastornos de la conducta alimentaria y diversidad: consideraciones transculturales en hombres y comunidad LGBT

Coordinadora: Dra. Elena Guadalupe Rodríguez Gutiérrez

Autores: Dr. Emilio J. Compte, Dra. Eva María Trujillo Chi Vacuan, Dr. Rodolfo Pérez Garza, Dra. Elena Guadalupe Rodríguez Gutiérrez

En los últimos años se ha visibilizado el que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) pueden manifestarse en cualquier género y orientación sexual, lo que ha permitido desarrollar investigaciones y conocer cómo son las manifestaciones clínicas y consideraciones especiales en poblaciones masculinas y LGBT. A través de esta ponencia, los autores darán una actualización en la investigación existente en este tema, las consideraciones clínicas a tomar en cuenta y las adaptaciones necesarias en el tratamiento de los TCA en estas poblaciones. Además, se abordará cómo la parte transcultural impacta en la población latina.

Desafíos de la atención psiquiátrica hospitalaria en tiempos de COVID

Coordinadora: Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez

Autores: Dr. José Fernando García Mijares, Dra. Norma Elena Sugrañes Alfaro, Dra. Laura Elena Pérez Ramos, Dr. Claudio Edmundo Valdez Flores

La pandemia ocasionada por el virus SARS-Cov-2 que produce la enfermedad de COVID ha puesto

a prueba la capacidad adaptativa de los hospitales psiquiátricos en cuanto a la atención ambulatoria y de hospitalización de pacientes, los protocolos de ingreso, visita, actividades ocupacionales, manejo de casos sospechosos y confirmados, así como mecanismos y métodos de enseñanza con el retiro de becarios de diferentes disciplinas y la migración a modelos digitales para los programas de residencias y posgrados; aunado a esto, se presenta un etapa de transición y evaluación del modelo Miguel Hidalgo, la fusión de CONADIC y CONSAME, y la emisión relativamente desfasada de lineamientos de mitigación para hospitales psiquiátricos, lo que llevó a que los de provincia tuvieran que diseñar y buscar protocolos de actuación. Dentro de este trabajo se pretende compartir la experiencia con medidas adoptadas y los resultados obtenidos al momento en algunos rubros, tales como: la enseñanza a distancia, la telepsiquiatría como servicio formativo de los médicos residentes en formación, los protocolos de acción en caso de usuarios con probable infección por SARS-CoV-2, las medidas de protección a grupos vulnerables en el ámbito hospitalario y la evaluación de los modelos de atención psiquiátrica en nuestro entorno.

¿Hay un tratamiento ideal para el trastorno límite de la personalidad?

Coordinador: Rogelio Gallegos

Autor: Enrique Camarena Robles

El trastorno límite de la personalidad (TLP) llegó a ser reconocido en forma oficial entre la comunidad médica psiquiátrica en la década de los ochenta, cuando en el DSM-IV es incluido como una categoría diagnóstica. Sin embargo, la entidad nosológica fue descrita desde los años treinta del siglo XX por Adolf Stern en Inglaterra, quien acuñó el nombre de «Borderline» para definir la difusa frontera del pa-

decimiento de las manifestaciones clínicas entre la neurosis y la psicosis. Los primeros abordajes fueron a través de la terapia psicoanalítica, y el principal representante fue el Dr. Otto Kenberg. En la década de los sesenta comienza el tratamiento farmacológico y se empiezan hacer diversos ensayos.

Hoy en día, a pesar de tener más de 30 años de experiencia con los psicofármacos, no hay un acuerdo global sobre cuál es el tratamiento ideal. La *Nice Clinical Guideline Borderline Personality Disorder and Management* no aconseja el uso de la polifarmacía, y al contrario de esta postura, la guía de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) es más laxa en el uso de varios psicofármacos. En lo que sí están de acuerdo la mayoría de los estudios es que los antipsicóticos atípicos, los antidepresivos y los estabilizadores del estado de ánimo son los psicofármacos más recomendados para el tratamiento de este trastorno. En cuanto a la psicoterapia, hay un avance sobre cuál es más efectiva, y según los estudios realizados, esta sería la Terapia Dialéctica Conductual. En todos los casos, tanto el uso de los psicofármacos ideales, así como el tipo de psicoterapia ideal, es necesario hacer más estudios para concluir cuál es la mejor alternativa.

Modelo cognitivo del trastorno obsesivo compulsivo

Coordinador: Gerardo Díaz Sánchez

Autora: Belinda Estela Milagros Núñez Bracho

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se clasifica en el DSM 5 como un trastorno manifestado con obsesiones, compulsiones o ambas, que causan, en muchos de los casos, perturbación significativa en el área social, personal y laboral. En el mundo hay 190 millones de personas afectadas por este trastorno, y en México afecta al 2.5% de la población, lo que equivale a más de 3 millones de mexi-

canos, suficiente para llenar 30 estadios Azteca; en otras palabras, uno de cada 38 es afectado por TOC. Para ser un poco más nemotécnico, podemos decir que los afectados por TOC en México es casi la misma cantidad de habitantes de Uruguay; una de las cosas más relevantes y delicadas es que el 70% de la gente que lo padece desconoce esta condición.

Es importante señalar que 450,000 millones de personas sufren de algún trastorno mental en el planeta, 15 millones en México (adultos jóvenes en edad productiva) y la gran mayoría no lo sabe.

En referencia a nuestro país, hay registrados 4,600 psiquiatras, concentrados en Ciudad de México, Estado de México, Jalisco y Nuevo León; en Benito Juárez hay un promedio de 1,000 psiquiatras para atender y asistir a la población en general con tales afectaciones.

Debemos resaltar que las estadísticas en México dicen que el 14% de la población presenta trastorno de ansiedad, un equivalente de 18.3 millones de mexicanos, cifras realmente alarmantes. En cuanto a TOC, éste produce gran gasto económico al Estado, debido a que interfiere marcadamente en las relaciones laborales del individuo, deteriora sus vínculos interpersonales, lo aísla de la sociedad y genera deserción a nivel académico, laboral, etc.

Dentro de la comorbilidad del TOC se encuentra la depresión mayor (DM), la cual es la segunda enfermedad con más discapacidad en el 2020, considerando que el 30% de las personas (40 millones) la ha sufrido (una de cada tres), lo que significa que el 3.3% de la población mexicana a lo largo de su vida ha presentado depresión mayor, con una proporción de 2:1 afectando más a las mujeres, siendo notorio que a los 24 años de edad la mitad de las personas que padecerán DM a lo largo de su vida ya tuvieron su primer episodio.

El principal tratamiento para los afectados con TOC es la Terapia Cognitiva-Conductual (TCC). Lo ideal es trabajar con un terapeuta calificado para el TOC usando la estrategia Exposición y Prevención de la Respuesta (EPR), aunque al principio muchos pacientes no se sienten listos para probarlo. Es importante encontrar un terapeuta de TCC que tenga experiencia en TOC, y que pueda gradualmente prepararlos para la EPR. Cuando el afectado entiende cómo funciona la exposición y habituación, puede estar más dispuesto a tolerar la ansiedad inicial durante la EPR.

Personalidad digital del psiquiatra

Coordinador: Edilberto Peña de León

Autor: Enrique Culebro Karam

En el cambio digital, la psiquiatría no puede quedarse fuera y se ha tenido que adaptar a funcionar de una forma distinta. Es obligatorio contar, como médico y como psiquiatra, con una personalidad dentro del mundo digital que abarque el conocimiento de un perfil en diferentes redes sociales y laborales, el desarrollo de un sitio web de su práctica y los medios de difusión correctos para la psicoeducación de una población en general ávida de contenidos de calidad. Asimismo, los eventos derivados de la pandemia por COVID-19 aceleraron cambios en el acto médico psiquiátrico que requieren ser formalizados. Esta transformación conlleva unas reglas que conviene ser explicadas para facilitar todo este proceso.

Conductas sexuales de riesgo

Coordinador: Jeremy Bernardo Cruz Islas

Autores: Jeremy Bernardo Cruz Islas, Harumi Hirata

Conductas sexuales de riesgo en HSH con VIH en fase de infección aguda en una clínica especializada en la Ciudad de México. La fase de infección aguda o reciente en VIH es un momento crucial de la infección para la propagación del virus. De la semana 2 a 3 después de la infección se presenta un crecimiento exponencial de la carga viral y descenso de los CD4. Se reporta en la literatura que las conductas sexuales de riesgo implican sexo traumático, sexo anal receptivo, enfermedad ulcerativa activa, trabajo sexual, uso regular de drogas y múltiples parejas sexuales. En los hombres, los factores de riesgo se han asociado a que no estén circuncidados.

Alteraciones del sueño durante la pandemia de Covid-19

Coordinador: Andrés Barrera Medina

Autores: Iván Saúl Herrera Jiménez, Margarita Reyes Zúñiga, Josana Rodríguez Orozco

La cuarentena es la restricción del movimiento de las personas con la finalidad de reducir el riesgo de una enfermedad infecciosa; fue empleada como respuesta a la peste negra y recientemente al COVID-19. Es una experiencia poco placentera para todos; la limitación de nuestra libertad, el miedo o la preocupación acerca de la enfermedad, el confinamiento, los cambios en la rutina, en la alimentación, la menor exposición a la luz social, el aislamiento y los problemas económicos afectan a la salud mental y en especial al sueño.

En este simposio se presentarán los resultados preliminares de la calidad de sueño, la presencia de insomnio y su relación con ansiedad así como de depresión en la población general y en el personal de la salud.

Aspectos psiquiátricos en el paciente con diabetes mellitus tipo 2

Coordinadora: María de los Ángeles Vargas Martínez

Autores: Osvaldo Briseño González, Víctor Trejo Terreros

La diabetes mellitus (DM) es un problema de salud pública. En el 2014, la OMS (Organización Mundial de la Salud) reportó una prevalencia de DM de 8.5% a nivel mundial (422 millones), donde la DM2 es la condición más frecuente. El cuidado de la DM en general y de la DM2 en particular, demanda cambios biopsicosociales para el paciente y su familia, lo que representa una importante carga emocional que incrementa el riesgo de trastornos mentales en estos pacientes. La comorbilidad de DM2 y trastornos mentales incluyen un incremento en el riesgo de una menor adherencia al tratamiento, pobre control glicémico, mayor número y severidad de complicaciones y en general un impacto negativo en el funcionamiento de los sujetos afectados. Desafortunadamente, más de la mitad de los sujetos que presentan la comorbilidad de DM2 y trastornos mentales no reciben atención para estos últimos.

La literatura científica es consistente al hablar de depresión como un importante factor de riesgo para DM2 y viceversa, y de cómo su prevalencia es mayor en sujetos con esta enfermedad. Mientras tanto, la prevalencia de trastornos de ansiedad en adultos con DM es 20% mayor que en la población general, y resulta determinante para el incremento en los costos de atención, independientemente de una mala adherencia al tratamiento. El trastorno por atracón en DM2 se ha asociado a mayor ingesta de calorías e IMC pero no con un peor control glicémico, y el patrón de comer emocional a la ingesta de alimentos poco saludables y, en general, a mala adherencia al plan de alimentación en presencia de estrés.

Reconocer el problema que representan los trastornos mentales en sujetos con DM2 permite recalcar y defender la importancia de la integración del médico psiquiatra en el desarrollo de planes y estrategias de manejo de los sujetos que presentan esta comorbilidad, tal como lo sugiere la propia Asociación Americana de Diabetes.

Miedo, paranoia y violencia en la era de la COVID-19

Coordinadores: Sergio Viera, Irma Patricia Espinosa Hernández

Autores: Irma Patricia Espinosa Hernández, Sergio Viera Niño, Oscar Fernando Chávez Ceja

El impacto psicológico individual y grupal que ha podido observarse durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19 nos lleva a reflexionar acerca de la diversidad de reacciones que pueden presentarse frente a un fenómeno como el que estamos viviendo. Sin embargo, el común denominador de las reacciones negativas que se han visto en un gran número de personas —e incluso han ameritado la intervención no sólo profesional sino de las autoridades civiles con la finalidad de evitar escalamientos peligrosos—, son el miedo, la paranoia y la violencia.

Si bien es cierto que en la naturaleza humana confluyen estos tres atributos, conviene analizarlos desde una perspectiva filosófica que nos permita entender por qué, como han dicho pensadores de nuestro tiempo como Arendt, Lévinas o Zoja, la muerte del prójimo y la paranoia resultante de ello, han sentado sus reales en este momento de la historia moderna de la humanidad.

Tamizaje poblacional de salud mental utilizando teléfonos inteligentes

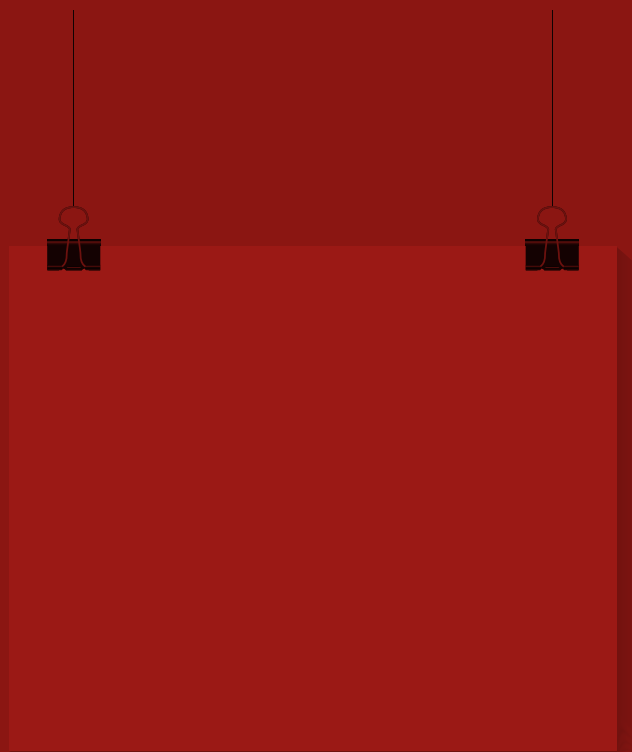
Enrique Baca-García, Fuensanta Aroca Bisquert, Pavel E. Arenas-Castañeda, Cristian Antonio Molina-Pizarro, Arsenio Rosado Francisco

Los trastornos mentales representan la segunda causa de años vividos con discapacidad en todo el mundo. La mortalidad por suicidio ha sido considerada como una preocupación clave de salud pública por la OMS. La tecnología de los teléfonos inteligentes ofrece un enorme potencial para desarrollar entrevistas masivas rápidamente. Dada la gran diversidad cultural de México y su abrupta orografía, los recursos basados en los teléfonos inteligentes son inestimables para gestionar adecuadamente los recursos, servicios y medidas preventivas de la población.

La estimación salud mental de la población, a través de los teléfonos inteligentes, proporciona un enfoque novedoso para las campañas de detección y vigilancia de la salud pública. Por otro lado, abre la posibilidad a intervenciones de prevención secundaria de una forma más accesible que eviten sobrecarga del sistema sanitario.

Se presentarán resultados de tres estudios piloto realizados en México en población urbana y rural.

La principal limitación de este abordaje es el acceso de las personas que no poseen un teléfono inteligente. Se discutirán alternativas, formas de evitar sesgos y de mejorar accesibilidad para estas personas.



RESÚMENES DE CARTELES DEL 1^{ER} CONGRESO VIRTUAL APM

Esta sección presenta las sinopsis de todos los trabajos académicos expuestos en la modalidad carteles, durante el 1^{er} Congreso Virtual de la APM. Si es usted socio activo al corriente, podrá acceder a las presentaciones completas en el portal del congreso (<https://bit.ly/34Mzr9Z>).



Resúmenes de carteles del 1^{er} Congreso Virtual

de la Asociación Psiquiátrica Mexicana

Los proyectos de investigación son la materia prima de la Psiquiatría. En el 1^{er} Congreso Virtual se presentaron los avances y resultados de varios de ellos, entre otros, sobre la salud mental en personal médico durante la pandemia de COVID-19 y diversos tratamientos para trastornos psiquiátricos, cuyos métodos, objetivos y conclusiones van sumando respuestas que ayudan a nuestra práctica médica.

El jardín escultórico de Xilitla, creatividad y narcisismo

Coordinador: Jesús Francisco Galván Molina
Autores: Jesús Francisco Galván Molina, Sarah Antonieta Navarro Sánchez, Andrés Valderrama Pedroza

Se describen sucesos importantes en la vida de Edward Frank Willis James y se analizan algunas de sus obras, detectando la asociación fundamental de creatividad y narcisismo.

Factores relacionados a la respuesta a tratamiento antidepressivo

Coordinadora: Mónica Flores Ramos
Autores: Javier Amado Lerma, Alejandra Caballero Muñoz, Ana Berenice Casillas Arias, Manuel Alejandro Muñoz Suárez

INTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad considerada por la OMS como la cuarta causa de discapacidad. Pocas personas acceden a un tratamiento adecuado y un alto porcentaje de ellas no responde al tratamiento. Como lo demuestra el estudio STAR-D, en un primer ensayo farmacológico la respuesta al tratamiento se da en un 47%. El objetivo del presente trabajo fue evaluar los factores que se relacionan con la respuesta a tratamiento antidepressivo.

MÉTODOS

Se incluyeron a pacientes que acudieron al INPRFM cumpliendo los criterios diagnósticos del DSM-5 para un trastorno depresivo mayor (TDM) y una puntuación en la escala de Hamilton de depresión (HAM-D) mayor a 13 puntos. A los participantes se les realizó historia clínica completa y se les aplicó el

cuestionario de personalidad NEO-PI-R; además, se les tomó glucosa sérica, perfil lipídico, perfil hormonal (testosterona, DHEA) y cortisol. Posteriormente, se inició tratamiento farmacológico con ISRS. Los pacientes se evaluaron a las cuatro y ocho semanas de tratamiento, aplicando nuevamente la HAM-D.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 40 pacientes: 29 mujeres y 11 hombres. Se observó una media en el HAM-D inicial de 22.13 puntos, a las cuatro semanas 13.31 y a las ocho semanas 10.68. Los factores que se relacionaron con la respuesta al tratamiento antidepresivo fueron las puntuaciones de responsabilidad en el NEO PI R y el índice cortisol/DHEA. Altas puntuaciones de responsabilidad llevaron a una pobre respuesta antidepresiva, mientras que un índice cortisol/DHEA elevado también se relacionó con una pobre respuesta a tratamiento.

CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio sugieren que altos niveles de estrés (reflejados en un índice cortisol/DHEA elevado) podrían ser consecuencia de altos niveles de responsabilidad y a su vez interferir con la respuesta al tratamiento antidepresivo.

Evaluación de la alexitimia en individuos con dolor crónico en una población mexicana

Coordinadora: Sherezada Pool García

Autores: Carlos Alfonso Tovilla Zárate, Ana Fresán Orellana, Thelma Beatriz González Castro, Juan Pablo Sánchez de la Cruz

INTRODUCCIÓN

La alexitimia es una desregulación de las emociones en individuos con poca capacidad para comu-

nicar sus sentimientos. Sus principales características son la dificultad para identificar y describir sentimientos. Su etiología no está bien determinada. Algunas propuestas incluyen factores genéticos como disfunción en los sistemas serotoninérgico o dopaminérgico, factores anatómicos y psicosociales.

La alexitimia se ha estudiado ampliamente en afecciones crónicas que incluyen fibromialgia, lupus eritematoso sistémico y artritis reumatoide; además, se ha asociado con el dolor crónico en adolescentes. Un alto porcentaje de individuos con dolor crónico tiene al menos una comorbilidad relacionada con el dolor, y los trastornos de ansiedad y depresivos son los más frecuentes. Por tanto, es posible suponer que el dolor crónico puede estar relacionado con la alexitimia como expresión de una comorbilidad psiquiátrica.

OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio fueron determinar la presencia de alexitimia en una muestra de mexicanos que acudieron a consulta externa en segundo nivel.

MÉTODOS

Se evaluaron las características demográficas y clínicas de 250 pacientes ambulatorios mexicanos del Hospital General de Comalcalco, Tabasco. El dolor se evaluó mediante la Escala Visual Analógica para la Evaluación del Dolor (VAS-P) y la alexitimia se evaluó mediante la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20).

RESULTADOS

El 38.8% de la muestra se identificó con alexitimia probable/definitiva y hasta el 61.2% de los individuos describieron que en ese momento experimen-

taban dolor. Los individuos con dolor exhibieron puntajes más altos en las dimensiones TAS-20: dificultad para describir sentimientos ($p = 0.02$), dificultad para identificar sentimientos ($p < 0.001$) y puntaje total TAS-20 más alto ($p < 0.001$). Además, la alexitimia probable/definitiva se informó con más frecuencia en personas con dolor (49% frente a 21.6%, $p < 0.001$).

CONCLUSIONES

Nuestros resultados muestran que una gran proporción de personas que acuden a los servicios de salud pública en una población mexicana presentan dolor. También identificamos que el dolor podría estar asociado con la alexitimia, en particular con la dificultad para describir e identificar los sentimientos. La identificación y el tratamiento tempranos de la alexitimia podrían ayudar a reducir la carga clínica del dolor crónico en los pacientes ambulatorios mexicanos.

Palabras clave: alexitimia, dolor, población mexicana.

Nuevos paradigmas en salud mental. ¿Qué es la psiquiatría positiva?

Coordinador: Dr. Jorge Prado García
Autores: Dr. Edgar Casillas Guzmán, Dra. Eva Alicia García Armendáriz

La psiquiatría se ha centrado tradicionalmente en el estudio de la psicopatología y el tratamiento de enfermedades mentales para aliviar los síntomas y prevenir las recaídas. La psiquiatría positiva busca expandir el alcance de la psiquiatría a aspectos más amplios de la salud mental y el bienestar entre las personas con o sin enfermedades mentales. Los factores psicosociales positivos como el bienestar, la resiliencia, el optimismo, la sabiduría y el

apoyo social son fundamentales para la psiquiatría positiva.

Salud mental en personal del TecSalud durante la pandemia del COVID-19

Coordinador: Dr. Carlos Arnaud
Autores: Dr. Carlos Arnaud, Dr. Argenis López Salinas

El estudio de investigación «Salud mental en personal del TecSalud durante la pandemia del COVID-19» tuvo como objetivo medir a través de escalas autoaplicadas al personal de salud que atiende pacientes con COVID-19, en un hospital COVID durante los meses de julio y agosto. Se describirán las principales variables sociodemográficas relacionadas con una mayor prevalencia de síntomas de salud mental en personal de salud. Se mostrarán los resultados de la investigación y se compararán con lo publicado en otros países. A la fecha, se cuenta con una cantidad de personal encuestado de 160 trabajadores entre el personal de salud, incluyendo médicos residentes, adscritos, personal de enfermería, técnicos, administrativos, todos ellos dentro del Hospital San José Tec de Monterrey, hospital COVID del estado de Nuevo León.

Mindfulness en el tratamiento del TDAH, un gran aliado

Coordinadora: Dra. Eva Alicia García Armendáriz
Autores: Dra. Eva Alicia García Armendáriz, Dr. Edgar Casillas Guzmán

Mindfulness puede definirse como la capacidad para prestar atención a la experiencia del momento presente de manera intencional. Recientemente, sus técnicas se han incorporado como apoyos en el tratamiento de diversos trastornos mentales, ya que se han obtenido resultados positivos en el me-

joramiento de la capacidad de atención, reducción del estrés, mayor equilibrio emocional así como disminución de los síntomas de ansiedad y depresión, que suelen ser comórbidos con el TDAH.

Estimulación Magnética Transcraneal en la consulta psiquiátrica

Coordinador: Omar Medrano Espinosa

Autores: Omar Medrano Espinosa, Cristina Rodríguez Hernández

La Estimulación Magnética Transcraneal (EMT) es una técnica de neuromodulación y neuroestimulación cerebral segura, indolora y no invasiva, que consiste en crear campos magnéticos variables a través de una bobina por la que se encuentra circulando corriente eléctrica. Este campo magnético traspasa fácilmente piel, cráneo y meninges, e induce de manera secundaria una corriente eléctrica en el tejido cerebral (neuronas); estas zonas que se estimulan comienzan a mejorar la comunicación entre ellas, debido a la energía eléctrica que están recibiendo. Existen varios tipos de EMT: unas que utilizan energía elevada, pero con poca frecuencia, o aquellas que utilizan potencia baja a alta frecuencia, regulando el funcionamiento cerebral.

La EMT consiste en aplicar un campo magnético tan intenso como el que se produce en los equipos de resonancia magnética: la diferencia es que éste será mucho más específico y dirigido a zonas pequeñas de la corteza cerebral. La zona estimulada es de aproximadamente 3 cm² y 2 cm de profundidad. Dependiendo del equipo que se esté utilizando, estos estímulos suelen ser cada tres o más segundos, o bien varios impulsos por segundo con equipos de EMT repetitiva (EMTr). Se ha observado a través de estudios que la EMTr lleva a cambios en los sistemas de neurotransmisión, sobre todo en los sistemas de serotonina, dopamina, receptores NMDA, taurina,

aspartato y serina, además de regular la activación de algunos genes como c-fos y c-jun, los cuales juegan un papel importante en la plasticidad sináptica. Con todos estos cambios que se producen con la EMT, el efecto de bienestar se perpetúa dejando este buen funcionamiento, situación muy benéfica ya que el resultado no solamente se verá mientras se aplica la EMT, sino que continuará posterior a ésta.

De manera general, se puede decir que la EMT es una técnica de neuromodulación muy segura y que, en la gran mayoría de los casos, carece de efectos colaterales. En nuestra clínica de atención de salud mental (ROME Psiquiatría Integral) hemos utilizado la técnica desde hace aproximadamente un año, teniendo resultados favorables a lo largo del tratamiento y durante un seguimiento aproximado de seis meses con los pacientes a quienes hemos atendido. En este primer corte que hacemos, tenemos un total de 25 pacientes, los cuales en su mayoría cuentan con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, sin una respuesta favorable con tratamientos psicofarmacológicos, por lo que se recomendó iniciar tratamiento con EMT. Es importante hacer notar que tuvimos una disminución significativa de la sintomatología, medida a través de la escala de Hamilton para depresión, y que esta mejoría se mantuvo a lo largo del tiempo, realizando este primer corte a seis meses de seguimiento.

Brigada de salud mental para personal de salud ante contingencia COVID-19. Experiencia en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Coordinadora: María de los Ángeles Vargas Martínez

Autores: Natasha Viviana Alcocer Castillejos, Mariajosé Romero González, Sofía Sánchez San Román

Atender o cuidar a otras personas es una fuente de satisfacción personal; sin embargo, en ocasiones puede afectar la salud y el bienestar. Entre los problemas de salud mental, el desgaste profesional se caracteriza por cansancio emocional, despersonalización y baja autoestima. La rápida propagación de la enfermedad de COVID-19 y la severidad de los síntomas que pueden presentarse en un grupo de individuos infectados, ha puesto a prueba los límites de los sistemas de salud, por lo que es una prioridad mantener una fuerza laboral adecuada para atender a un gran volumen de pacientes por un tiempo prolongado.

El personal de salud está expuesto no sólo a los cambios sociales y emocionales que enfrenta la población en general, sino que además enfrentan mayor riesgo de exposición, cargas de trabajo extremas, dilemas morales, así como un entorno laboral diferente y dinámico. Debemos considerar que antes de que se puedan desarrollar enfoques efectivos para apoyar a los profesionales de la salud, es fundamental entender sus fuentes de ansiedad, de las cuales se han identificado ocho: 1) tener acceso a equipo de protección personal apropiado; 2) estar expuestos en el trabajo a COVID-19 y llevar la infección a su familia; 3) ser asintomático y propagar la infección; 4) incertidumbre respecto al apoyo que su organización le proporcionará en caso de enfermar él y su familia; 5) acceso a cuidado infantil durante el aumento de las horas de trabajo y cierre de escuelas; 6) apoyo para otras necesidades personales y familiares (alimentos, alojamiento y transporte); 7) ser capaz de proporcionar atención competente y 8) falta de acceso a información y comunicación actualizadas.

Con el objetivo de apoyar al personal de salud en primera línea de atención de COVID-19, en los diferentes hospitales reconvertidos se conformaron brigadas de atención de salud mental para personal de salud. En el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, la brigada de

salud mental ha ofrecido atención tanto individual como grupal. En esta presentación se describirán las características de la atención grupal al personal de salud, algunos síntomas comunes encontrados y las posibles conclusiones que pudimos obtener con esta práctica. Se impartieron 22 grupos entre el 20 de marzo y el 11 de junio del 2020, con un total de 286 participantes. Respecto a la estrategia, es útil ofrecer intervenciones que enseñen resiliencia y autocontrol. En relación con esto, en los últimos años se han llevado a cabo numerosas investigaciones y programas cuyo elemento común es la atención plena (*mindfulness*). El *mindfulness* es la presencia atenta y reflexiva a lo que sucede en el momento actual. Pretende que la persona se centre en el momento presente de un modo activo, procurando no juzgar o criticar lo que se siente o se percibe en cada momento. La atención plena es un tratamiento efectivo y preventivo de problemas psicológicos.

Documental «La libertad del Diablo»

Coordinadora: Dra. Alexiz Bojorge Estrada

Autores: Dr. Bernardo Ng, Dr. Jeremy Bernardo Cruz Islas, Dra. Deny Álvarez Icaza

SINOPSIS

Documental psicológico que explora, a partir de testimonios de víctimas y victimarios, cómo el fenómeno de la violencia en México se ha insertado en nuestro inconsciente colectivo.

SEMBLANZA

Everardo González (Estados Unidos, 1971) es un director de cine documental cuya obra se considera una de las más sólidas en América Latina. Su trabajo se caracteriza por la inquietud de plasmar problemáticas sociales y situaciones cotidianas, todo dentro de un mismo plano. Sus filmes se han

exhibido en festivales como el Festival Internacional de Cine Documental de Ámsterdam (IDFA, por sus siglas en inglés), el Festival Internacional de Cine de Locarno, el Buenos Aires Festival Internacional de Cine Independiente (BAFICI), el Festival Internacional de Cine de Guadalajara (FICG) y el Festival Internacional de Cine de Morelia (FICM).

Farmacoterapia y enfermedades médicas no psiquiátricas en pacientes con trastorno neurocognitivo en consulta psiquiátrica de Hospital General

Coordinador: Aram Nava Alemán

Autor: Aram Nava Alemán

INTRODUCCIÓN

La edad es el principal factor de riesgo para los trastornos neurocognitivos. En población geriátrica las condiciones crónicas más comunes son hipertensión arterial sistémica (HAS), dislipidemia, artritis, cardiopatía isquémica y diabetes mellitus 2 (DM2), entre otras. Varios de estos diagnósticos son también factores de riesgo para los trastornos neurocognitivos; los tratamientos de estas comorbilidades repercuten en la calidad de vida del paciente e incluso en su sobrevivencia, lo cual hace importante cuantificar estos aspectos en nuestro contexto y población.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño observacional, transversal, descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron a 45 pacientes con diagnóstico principal de trastorno neurocognitivo según los criterios del DSM-5 que consultaron en el periodo comprendido de octubre de 2018 a finales de enero de 2019 en el Hospital General de Zona IMSS 35 (HGZ 35) en Cosamaloapan, Veracruz,

México. Los datos se obtuvieron a través de notas de evolución e historia clínica.

RESULTADOS

Se diagnosticaron con trastorno neurocognitivo leve ocho pacientes y con trastorno neurocognitivo mayor, 37 pacientes. Las consultas por trastornos neurocognitivos representaron un 7.78% de las citas en consulta externa de psiquiatría. Un 77.7% de los pacientes contaba con diagnóstico de HAS; 42.18% DM 2; 24.42% gastritis; 11.1% dislipidemia; 8.88% estreñimiento, colitis o hiperplasia prostática; 6.66% fractura, enfermedad de Parkinson, insuficiencia renal crónica, cardiopatía isquémica, EPOC, hipoacusia u osteoartritis; 4.44% insuficiencia cardíaca, rinitis alérgica, anemia, obesidad, aterosclerosis, neuropatía diabética, SAOS o glaucoma, con mediana de comorbilidades por usuario de 2 (0-7). Según el Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química de fármacos, el 82.14% de los pacientes tomaba medicamentos para el sistema circulatorio; 55.55% para aspectos endocrinos, nutricionales o metabólicos; 42.18% para el aparato digestivo; 31.08% para el sistema nervioso; 11.1% para el ojo y sus anexos; 66.66% para aspectos osteomusculares y del tejido conectivo, para el aparato genitourinario y para el sistema respiratorio, y un 2.22% antiinfecciosos de uso sistémico, con mediana de fármacos no psiquiátricos por usuario de 3 (0-12).

CONCLUSIONES

Las comorbilidades somáticas corresponden en gran parte con lo reportado por la literatura. La polifarmacia es altamente frecuente entre la población estudiada de la tercera edad y con trastornos neurocognitivos, por lo que son necesarias estrategias para optimizar el manejo farmacológico en nuestra población.

Trastorno bipolar y neurofibromatosis. Reporte de caso

Coordinador: Rodrigo Morales García

Autores: Génesis Velázquez Blanco, Rodrigo Morales García

El trastorno bipolar es una enfermedad multifactorial, con una heredabilidad del 79-93%. Se han reportado genes de susceptibilidad para el mismo en varios cromosomas. Uno de ellos es el gen SLC6A4, que ha sido clonado y mapeado en una región que abarca 37.8 kb en el cromosoma 17q.11.2. Los polimorfismos en este loci actúan como elementos de regulación transcripcional de SLC6A4. En la neurofibromatosis tipo 1 la mutación está dada de igual manera en la región 17q.11.2, en el gen NF1 que secreta una proteína conocida como neurofibromina, la cual tiene como función inhibir el crecimiento celular anormal. Las características de los neurofibromas y la gravedad dependen de si la mutación se presenta en uno o dos alelos. También hay afección de las células de Schwann.

En esta ocasión presentamos un caso clínico inusual de un paciente masculino de la cuarta década de la vida con diagnóstico de estas dos entidades; el único paciente reportado previamente fue en Cuba en febrero del 2014. Se muestra una comorbilidad de trastorno bipolar con neurofibromatosis, y coincide genéticamente en el brazo largo del cromosoma 17, banda q11.2, donde se presentan polimorfismos en promotores de diferentes genes. Se plantea la posibilidad de que este paciente presente una mutación de novo, ya que no cuenta con familiares afectados; sin embargo, muestra formas severas de ambas patologías.

Revisión síndrome serotoninérgico vs. síndrome neuroléptico maligno: serie de casos

Coordinadora: Karina Aurora Ramírez Arreola

Autores: Jesús Omar Gil Juárez, Julio César Jiménez López, Zaid Antonio Gómez Quiroga

Los antipsicóticos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los anticonvulsivos se utilizan con frecuencia en el manejo de los trastornos psiquiátricos. El uso de uno o ambos cuando el paciente está siendo tratado puede ocasionar interacciones, desencadenando en ocasiones síndromes de diversa gravedad, llegando incluso a poner en riesgo la vida. Uno de estos síndromes es el serotoninérgico (SS). Se trata de una condición grave y potencialmente mortal, secundario a un exceso de serotonina en el SNC. Los síntomas iniciales pueden limitarse al sistema gastrointestinal, sin embargo, progresa hasta generar alteración en el estado de conciencia, rigidez, hipertermia, alteraciones autonómicas, coma o muerte; hasta la fecha no se tiene una incidencia específica y su presentación es muy variable.

Por otro lado, de manera similar al anterior en diversas cuestiones clínicas, se encuentra el síndrome neuroléptico maligno (SNM), el cual es un efecto secundario potencialmente mortal de los antagonistas dopaminérgicos o de interacciones farmacológicas, que presenta una mortalidad del 5 al 20%. Sus síntomas clásicos son: hipertermia, rigidez muscular, inestabilidad cardiovascular, CPK elevada, leucocitosis y alteraciones del estado de conciencia con una incidencia del 0.02 al 3% en cualquier momento del tratamiento.

Al revisar la información previa, es evidente que ambos síndromes presentan síntomas parecidos en su presentación, lo que hace complicada su pronta diferenciación. Por lo tanto, de encontrarse

tales datos en alguno de nuestros pacientes, será necesario considerar la posibilidad de identificar uno u otro, puesto que de no tratarse se corre el riesgo de un desenlace fatal. En este trabajo se expondrán dos casos clínicos, con los cuales se realizó una revisión literaria, condensando la evidencia que existe hasta ahora para la adecuada identificación de alguno de estos síndromes, haciendo énfasis en los datos clave de cada cuadro. Asimismo, se expondrá un flujograma en español para realizar esta diferenciación, esperando así mejorar la eficacia en la atención clínica de nuestros pacientes.

Revisión sistemática de trastornos de la conducta alimentaria durante la pandemia por COVID-19

Coordinadora: Elena Guadalupe Rodríguez Gutiérrez

Autores: Aurora Ramírez Arreola, Pedro Gerardo Alvizo García, Lorena Alejandra Meza González

La pandemia por COVID-19 ha generado una crisis multimodal inédita: sanitaria, laboral, económica y social, por lo que es considerada como un hecho histórico equiparable a la Segunda Guerra Mundial. Fue en diciembre del 2019 cuando la OMS la declaró como una emergencia sanitaria global, situación que obligó a la comunidad internacional a tomar medidas preventivas para evitar la propagación del virus. Algunas de estas medidas fueron el aislamiento y el distanciamiento social, precauciones ambientales que han afectado la disponibilidad de alimentos y el acceso a mecanismos de afrontamiento saludables. El propósito de este estudio es la revisión sistemática de artículos que describen el efecto de esta pandemia en pacientes con diagnóstico previo de trastorno de la conducta alimentaria, así como en población general, enfocándonos en la incidencia, exacerbación de síntomas, recaída y casos nuevos.

MÉTODO

Se hizo una búsqueda de artículos en PubMed, EBSCO y Google Scholar, usando los términos Eating disorders AND COVID-19. Se incluyeron estudios publicados en inglés de tipo observacional, que se han llevado a cabo en personas con diagnóstico de algún TCA según criterios del DSM-IV o del DSM-5, que refiriera sintomatología de un TCA. Se incluyeron estudios que describieron incidencia, prevalencia de diagnósticos y exacerbación de sintomatología. Se usó la metodología PRISMA 2009 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para la selección y evaluación de los artículos encontrados.

Protocolo de asociación de las características clínicas de los pacientes psiquiátricos hospitalizados bajo sospecha de COVID-19

Coordinadora: Thelma Beatriz González Castro

Autores: Miguel Ángel Ramos Méndez, Mario Villar Soto, Isela Esther Juárez Rojo, Sherezada Pool García

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Desde el inicio del brote de la enfermedad conocida como COVID-19 provocada por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2), no hay evidencia significativa de información sobre el manejo de pacientes psiquiátricos hospitalizados en los que se sospecha la infección. Incluso hay menos evidencia disponible sobre las posibles repercusiones que pueda traer a este tipo de pacientes en particular. Por esta razón, proponemos un estudio protocolo de investigación exhaustiva de las características clínicas de pacientes hospitalizados con sospecha de COVID-19 en la ciudad de Villahermosa, Tabasco, México.

MÉTODOS

Se analizarán a los 32 pacientes hospitalizados con sospecha de COVID-19 en las salas de aislamiento A y B del Hospital Regional de Salud Mental en Villahermosa, Tabasco, México. Se evaluarán retrospectivamente las características sociodemográficas, clínicas y hallazgos de laboratorio de los pacientes hospitalizados. De igual forma, se compararán los síntomas emocionales y mentales entre los pacientes psiquiátricos de dicho hospital. Dos médicos realizarán y verificarán los síntomas emocionales y mentales de los pacientes bajo sospecha de COVID-19, mediante el uso de varias escalas (Escala de Estrés Percibido, Escala de Ansiedad de Hamilton, Escala de Depresión de Hamilton y Escala de Calidad del Sueño de Pittsburgh). Por último, se analizará el perfil farmacológico de cada uno de los pacientes para observar su relación con los síntomas presentes de la enfermedad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Debido al impacto global que ha tenido esta nueva pandemia alrededor del mundo y a la escasa información relacionada con el comportamiento de la enfermedad de COVID-19 en pacientes con trastornos mentales recluidos en hospitales psiquiátricos, los resultados del presente protocolo ayudarán a observar el comportamiento de la enfermedad en pacientes farmacodependientes con trastornos mentales y justificar la creación de una sala de aislamiento independiente para pacientes psiquiátricos hospitalizados con síntomas sospechosos de COVID-19, ayudando de esta manera a controlar la propagación de la pandemia provocada por el SARS-CoV-2. Por otro lado, la información analizada podría ayudar en el mejoramiento y avance de las posibles terapias farmacológicas ante la enfermedad. Con base en la evidencia previa reportada, se tiene como hipótesis que

los pacientes psiquiátricos bajo sospecha de tener COVID-19 mostrarán un aumento del estrés y alteraciones del estado de ánimo y del sueño, que deben tratarse adecuadamente. Asimismo, se sospecha que el tratamiento farmacológico de los pacientes hospitalizados puede verse alterado debido a la carga viral de COVID-19, lo cual es un dato que debe tenerse en cuenta para la correcta asignación y aplicación del tratamiento de estos pacientes.

Síndrome orbitofrontal secundario a lesión traumática cerebral: reporte de caso

Coordinador: José Miguel López León

Autores: Alan Ricardo Rubio Zúñiga, Jaime Carmona Huerta, Jesús Alejandro

INTRODUCCIÓN

Los lóbulos frontales son de importancia para el control de funciones cognitivas, motoras, afectivas y conductuales, ya que permiten organizar y jerarquizar la información recibida para el control de las acciones del individuo. La interrupción de las estructuras del lóbulo frontal por lesiones focales, traumáticas, neurodegenerativas o de otro origen pueden reflejarse en un cambio de personalidad, lo que pone en riesgo el control de impulsos y la regulación del comportamiento social e incrementa el riesgo de morbilidad psiquiátrica y de trastornos del comportamiento. La lesión traumática cerebral es la primera causa de discapacidad y mortalidad en hombres de entre 1 y 45 años de edad.

REPORTE DE CASO

El señor S es un hombre de 47 años de edad con antecedente de TCE severo por impacto de bala en la región frontal izquierda hace 22 años, al que

sobrevive sin aparentes secuelas motoras ni sensitivas. Posterior a su egreso, la familia nota de inmediato cambios en el comportamiento y las conductas de S, quien solía ser un hombre casado (no es una característica de personalidad), trabajador, tranquilo y serio, cambiando su personalidad a la de una persona agresiva e impulsiva y desarrollando un trastorno por consumo de alcohol y cristal. Es abandonado por su familia al poco tiempo y su madre lo interna en múltiples ocasiones en centros de rehabilitación. En abril de 2020 es nuevamente ingresado en un centro de rehabilitación en donde desarrolla tics buco-linguales, lo notan inquieto, desinhibido e impulsivo, merodea desnudo por las áreas y roba las pertenencias de sus compañeros, motivo por el cual es llevado a consulta en nuestra unidad. Se le prescribe sertralina 100 mg para control de sus tics y olanzapina 10 mg para disminuir las conductas asociadas a su impulsividad, agregados al valproato de magnesio 800 mg que ya tomaba desde su accidente. En sus citas de seguimiento reporta desaparición gradual de sus tics y mejoría en su comportamiento en general.

CONCLUSIONES

Las lesiones traumáticas cerebrales han sido relacionadas con cambios neurodegenerativos prematuros en pacientes jóvenes, en este caso las manifestaciones neuropsiquiátricas y conductuales del sujeto se explican por lesión difusa a nivel orbito-frontal.

En la actualidad, no existe tratamiento específico para los cambios producidos por estas lesiones, y sólo se tratan las complicaciones secundarias que se presenten. El tratamiento de elección en estos casos se basa en un acercamiento integral organizado por psiquiatría, neurología y psicología, enfocado en la rehabilitación y rápida identificación de probables complicaciones.

Trastorno dismórfico corporal y consumo de metanfetaminas de tipo cristal: reporte de caso

Coordinadora: Alma Daniela López Rea

Autores: Alma Daniela López Rea, Ana Victoria Chávez Sánchez, Jaime Carmona Huerta, Jesús Alejandro Aldana López

INTRODUCCIÓN

El trastorno dismórfico corporal es un trastorno común que ocurre en 0.7 a 2.4% de la población general.

REPORTE DE CASO

M. comenzó a los 12 años de edad con cambios en sus hábitos alimentarios desencadenados por una imagen distorsionada de su complexión, encontrándose a sí misma con exceso de peso y grasa corporal; presentaba atracones y conductas compensatorias. Un año después su madre la llevó a atención donde se le diagnosticó bulimia nervosa; recibió tratamiento farmacológico no especificado por seis meses para posteriormente abandonarlo. A los 14 años comienza a consumir metanfetaminas y otras sustancias de forma recreativa. A la edad de 20 años las utiliza para disminuir el hambre, sin embargo, las ideas distorsionadas sobre su figura persistían, comparándose constantemente con otras mujeres e invirtiendo gran parte del día en mejorar su aspecto. Desarrolló un patrón de consumo nocivo de metanfetaminas; por ello presentó dos episodios psicóticos secundarios y requirió ser hospitalizada en una ocasión a los 19 años, con mal apego al tratamiento a su egreso. En abril del 2020 es traída a nuestra unidad con un cuadro de manía secundaria al consumo de metanfetaminas. Durante el abordaje se evidencian los síntomas de un trastorno dismórfico corporal. A su llegada se encontraba con agitación psicomotriz, expresando ideas delirantes sobre su cuerpo: «es que ella me trajo porque no entiende que me salgo al

patio porque estoy muy blanca, sin color, fea, ya le dije que no estoy chiquita para que ande decidiendo cuánto maquillaje me pongo y la ropa que utilizo». Su madre la describió en la última semana con aumento de la actividad dirigida en torno a su imagen, maquillándose de forma aún más exagerada y durante el día vistiendo poca ropa para tomar baños de sol durante más de cuatro horas, además de presentar de 2-3 atracones por semana. Por las noches se teñía el cabello, tomaba más de dos duchas, se aplicaba tratamientos para la piel. Se realizó su manejo con risperidona 3 mg/día y clonazepam 2 mg/día. Durante su hospitalización expresaba la preocupación excesiva por su color de piel, de cabello, sus senos y su silueta, comparándose con el personal que la atendía. M dice que estas preocupaciones las ha presentado desde la secundaria y con el tiempo han tomado mayor presencia. También han impedido que entable una relación e incluso han hecho que termine con otras, causándole problemas de forma constante con sus vecinos por ideas sobrevaloradas de referencia.

CONCLUSIONES

Muy poco se ha reportado de la relevancia clínica del trastorno dismórfico corporal dentro del contexto del consumo de sustancias. La literatura describe que hasta un 41.4% tienen tres o más comorbilidades asociadas descritas, las cuales incluyen depresión, fobias sociales y trastorno por uso de sustancias. La comorbilidad con abuso de sustancias varía de 30 a 47%. Las sustancias más utilizadas son cannabis (30%), cocaína (9%), ansiolíticos (8%) y estimulantes (6%).

Cambio de personalidad secundario a TCE en paciente con trastorno de personalidad premórbido

Coordinador: Bruno Alfonso Collazos Iriarte

Autores: Bruno Alfonso Collazos Iriarte, Jorge

Antonio Blanco Sierra, Jaime Carmona Huerta,
Jesús Alejandro Aldana López

INTRODUCCIÓN

Los cambios de personalidad por enfermedad médica pueden ser fácilmente perceptibles si tenemos un paciente que muestran un claro contraste a su conducta previa, como es el famoso caso de Phineas Gage, obrero ferroviario estadounidense que, tras un accidente laboral en el cual sufrió trauma craneoencefálico (TCE), pasó de ser «un sujeto de agrado de todos» a ser calificado como alguien «irregular, irreverente, blasfemo e impaciente». Sin embargo, los cambios de personalidad son más difíciles de identificar si el paciente padece de un trastorno de personalidad premórbido, para lo cual requerimos de herramientas más sensibles para identificar el caso correctamente.

REPORTE DE CASO

PEAM es un hombre de 19 años, soltero, con antecedente de patrón persistente desadaptativo y estable de mentiras repetidas para obtener provecho personal, frecuentes peleas callejeras con arma blanca, claro desinterés por la seguridad propia y de terceros, consumo crónico de alcohol y marihuana y pobre tolerancia a la frustración, lo cual desencadena en varias ocasiones problemas con la ley y un intento de suicidio. Hace nueve meses sufre un accidente automovilístico resultando en un TCE severo, tras el cual familiares notan una acentuación de conducta antisocial, mayor facilidad a irritarse y con respuesta más agresiva a estas situaciones; además, se añaden suspicacia, gran dificultad de conciliar el sueño, aumento de su impulsividad, un patrón de conducta manipuladora hacia familiares, con amenazas de suicidio constantes, alegando un sentimiento de tristeza y minusvalía continuo, lo cual lo lleva a realizar otro intento de suicidio.

Para identificar los cambios de conducta en un paciente que premórbidamente cuenta con un diagnóstico de personalidad antisocial, optamos por usar la Iowa Rating Scale for Personality Change, con la cual encontramos una clara diferencia de patrones de conducta compatible con un cambio de personalidad por traumatismo craneoencefálico. Se le prescriben 20 mg de fluoxetina para tratar sintomatología emocional y 2 mg de clonazepam para conciliar el sueño, además de psicoterapia con el objetivo de mejorar introspección y control de impulsos.

CONCLUSIONES

No es secreto que en psiquiatría contamos con un gran número de herramientas que nos permiten cualificar los compromisos de diferentes características de personalidad; sin embargo, estos muchas veces resultan ser muy generales como para poder diferenciar cambios de personalidad en pacientes como este. La Iowa Scale for Personality Change proporciona una evaluación estandarizada de 26 características que pueden cambiar como resultado de una condición neurológica, como el funcionamiento emocional, el comportamiento social e interpersonal, la toma de decisiones, el comportamiento orientado a metas e introspección, las cuales nos ayudan a encontrar cambios que fácilmente pudiéramos pasar por alto.

Eficacia de la Clínica de Tratamiento Continuo con Antipsicótico Inyectable de Acción Prolongada (AIAP) del Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Prolongada

Coordinador: Rodrigo Durán Gutiérrez

Autores: Irving Maldonado Reyna, Erika Pérez López

INTRODUCCIÓN

En el año 2020 se evaluó la eficacia del tratamiento con AIAP para prevenir hospitalizaciones en personas con enfermedad mental severa y persistente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal analítico. N372. Muestreo probabilístico. Error muestral 3%. Intervalo de confianza 95%. N271. Significancia estadística $p < 0.05$. Indicadores de eficacia: - Meses sin internamiento - Índice de recaída (IR) < 1 : Disminución en hospitalizaciones después de iniciar AIAP. 1 : Sin diferencia en hospitalizaciones después de iniciar AIAP. > 1 : Aumento en hospitalizaciones después de iniciar AIAP.

RESULTADOS

El grupo de decanoato de haloperidol permaneció sin internarse más tiempo (48.51 meses) que el grupo de Risperidona de Depósito (13.02 meses), $p < 0.01$. Del 87 al 94% de las personas en tratamiento con AIAP tuvieron un IR 0.17 para decanoato de haloperidol y un IR 0.14 para risperidona de depósito.

CONCLUSIÓN

La CAIAP es eficaz para disminuir las hospitalizaciones en personas con enfermedad mental severa y persistente.

Protocolos para el manejo de casos COVID en instituciones psiquiátricas en México: reporte de un brote manejado con éxito

Coordinadora: Erika Paola Pérez López

Autores: Erika Paola Pérez López, Rafael Dávalos Medina

INTRODUCCIÓN

El SARS-CoV-2 es un nuevo tipo de coronavirus que se detectó en diciembre de 2019 en Wuhan, China. Este virus produce la enfermedad infecciosa denominada COVID-19. Los modelos de vulnerabilidad indican que existen sujetos que presentan más riesgo de padecer una afectación al margen de la situación actual; cabe esperar que las personas en situación de vulnerabilidad serán aquellas que presentan una desventaja por edad, sexo, estructura familiar, situación o condición física o mental, que requieran de un esfuerzo adicional para incorporarse al desarrollo y convivencia. La población psiquiátrica institucionalizada en países en vías de desarrollo como México representan un reto particular para afrontar una contingencia epidemiológica como esta.

METODOLOGÍA

En abril del 2020 se realizaron tres protocolos para establecer lineamientos para la detección, traslado y atención de pacientes sospechosos de COVID-19 hospitalizados para la atención de trastornos mentales crónicos en el Instituto Jalisciense de Salud Mental; el 70% de la población se encuentra asilada y con numerosos factores de riesgo. Se adaptaron dos áreas para el manejo de estos casos, una para los considerados sospechosos y otra para casos confirmados. Se capacitó al personal en el manejo, uso correcto de uniformes y de insumos de protección para ingresar en zonas reconvertidas, así como instalación de filtros sanitarios, suspensión de visitas familiares, reducción del número de familiares acompañantes en consulta, uso obligatorio de cubrebocas y adaptación de áreas de espera, garantizando así la distancia segura en cada uno de los procedimientos, tanto administrativos como de atención.

RESULTADOS

El día 1 de julio del 2020 se detecta en paciente asilada de 44 años con diagnóstico de discapacidad intelectual profunda, la presencia de un cuadro febril agudo y síntomas respiratorios sospechosos de COVID-19, por lo que se activan los protocolos de traslado y atención, procediendo a su aislamiento en área reconvertida. Se confirma mediante PCR diagnóstico de COVID-19 en exudado nasofaríngeo. Posteriormente, se identifican tres casos sospechosos, dos de ellos del área del caso confirmado; se realiza seguimiento riguroso de los casos, se procede al aislamiento en área de sospechosos, se realizan PCR obteniéndose resultados negativos, así como aplicación de 50 pruebas al personal involucrado en áreas de casos sospechosos, identificando dos casos asintomáticos. Tras tres semanas en aislamiento, la paciente confirmada presenta evolución clínica favorable, se negativizan sus pruebas y regresa a su área habitual. No se presentan más casos confirmados en la unidad.

CONCLUSIONES

Es fundamental la elaboración de protocolos específicos que permitan que los riesgos de brotes sean mínimos, mediante aplicación de medidas adecuadas para disminuir el riesgo de contagio y atención médica oportuna. Con ello se espera disminuir el impacto de morbilidad en pacientes hospitalizados en instituciones psiquiátricas.

Escala de Valoración del Espectro Autista en Niños Mexicanos (VEANME) diferencias sexuales en las puntuaciones

Coordinador: Ángel de Jesús Landa Beltrán

Autores: Ángel de Jesús Landa Beltrán, Adolfo Lara Rodríguez, Lilia Albores Gallo

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del espectro autista (TEA) presentan una prevalencia mayor en el sexo masculino comparado con el femenino (4-5:1). Estudios recientes indican que la población femenina presenta un fenotipo clínico distinto que pasa desapercibido por instrumentos de tamizaje y diagnósticos. La validación de la Valoración del Espectro Autista en Niños Mexicanos (VEANME) no estableció puntos de corte por género. Sería útil saber si las niñas y adolescentes requieren un punto de corte especial para la detección oportuna de los TEA.

MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra consistió de niños, niñas y adolescentes conformando dos grupos por sexo y diagnóstico: 1) Varones (N32) con diagnóstico de TEA, 2) Sexo femenino con diagnóstico de TEA (N36) y con diagnóstico de TDAH (N6). A través de una curva ROC se determinó el punto de corte para discriminación diagnóstica en niñas y adolescentes. Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para comparar los puntajes por género femenino y masculino con TEA.

RESULTADOS

El punto de corte con mejor sensibilidad (97.2%) y especificidad (33.3%) fue un puntaje total en el VEANME de 15, con un área bajo la curva de .965 (IC 95% .910-1.00). Por género, los puntajes del sexo femenino con TEA (Mdn21.00) fueron significativamente más altos que el grupo TDAH (Mdn13.50) (p.0001). Los puntajes de los varones con TEA (Mdn28.00) fueron significativamente más altos que en las niñas (Mdn21.00) (p.012).

CONCLUSIONES

El mejor punto de corte de la escala VEANME para la población femenina es inferior al reportado en varones, demostrando una adecuada validez de criterio y discriminante.

Fenotipo femenino en autismo a partir del instrumento diagnóstico CRIDI-TEA

Coordinador: Ángel de Jesús Landa Beltrán

Autora: Lilia Albores Gallo

INTRODUCCIÓN

1. La proporción del trastorno del espectro autista suele ser mayor en varones que en mujeres, con características clínicas variadas, aunque en los últimos años es cada vez más frecuente que se diagnostiquen casos en niñas a nivel mundial. 2. En México, las limitaciones culturales, económicas y sociales dificultan el diagnóstico de este trastorno, por lo que utilizar una prueba validada en esta población es preponderante para establecer diferencias entre ambos sexos.

***Población:** N77, 39 pacientes femeninos, 38 pacientes masculinos. Rango de edad: 2 a 17 años.*

Análisis estadístico: estadística descriptiva para variables demográficas utilizando medias y desviaciones estándar. T de Student entre pacientes masculinos y femeninos en cada ítem de las dimensiones diagnósticas del DSM-5 entre el fenotipo femenino y el masculino. Curvas ROC para determinar el mejor punto de corte para distinguir entre el fenotipo femenino del masculino.

RESULTADOS

De los 39 femeninos, 79.4% fueron diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista (TEA); 20.5%

contaban con diagnóstico sólo de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). De los 38 masculinos, 78.9% tuvieron diagnóstico de TEA, 21.05% correspondientes a TDAH. El mejor punto de corte para la dimensión Total AB en las niñas y adolescentes fue de 7, con una sensibilidad 0.96 y especificidad del 100% (en comparación a seis de los varones).

DISCUSIÓN

Al utilizar una muestra homogénea y comparar niñas versus niños, nuestro estudio demostró las diferencias y similitudes en los puntos de corte para las diferentes dimensiones diagnósticas del DSM-5.

CONCLUSIONES

Los dominios A (comunicación social) y B (conductas repetitivas e intereses restringidos) mantuvieron puntos de corte similares. Las niñas y adolescentes necesitan un punto de corte ligeramente más elevado en la dimensión total de la Entrevista Semiestructurada CRIDI-TEA que los varones para aumentar la especificidad.

Trastorno por catatonia asociado a esquizofrenia y su respuesta a lorazepam

Coordinador: Jaime Carmona Huerta

Autores: Octavio Román Elías García, Ana Victoria Chávez Sánchez, Jaime Carmona Huerta, Jesús Alejandro Aldana López

INTRODUCCIÓN

La catatonia es un síndrome del comportamiento caracterizado por la incapacidad para moverse normalmente, con presentación heterogénea y resultado de múltiples etiologías. Fue inicialmente

conceptualizado como un subtipo de esquizofrenia, pero con el paso del tiempo se demostró que no sólo ocurre dentro del contexto de trastornos psiquiátricos y que de hecho es más común en situaciones médicas no psiquiátricas, por lo que requiere un abordaje integral. Existen múltiples signos motores que indican catatonia, pero la presencia de dos de los considerados prominentes por más de 24 horas es suficiente para realizar el diagnóstico.

REPORTE DE CASO

Hombre de 26 años de edad, ingresó a nuestra unidad en abril del 2020, con un cuadro de catatonia con una puntuación en la Escala de Bush y Francis de 33. Tenía antecedentes de presentar en su primera infancia retraso del desarrollo psicomotor y durante su crecimiento mostró pocas habilidades sociales, para después y de forma gradual, evitar la interacción con sus compañeros de clase, trabajo y posteriormente con su familia. Una dosis de 9 mg por día de lorazepam por tres días consecutivos mostró una reducción de más del 90% de los síntomas catatónicos. Se realizaron paraclínicos descartando causas metabólicas y resonancia magnética de cráneo donde no se reportaron anomalías evidentes. Una vez con mejoría de la catatonia se inició antipsicótico; se egresó al día 10 de mayo de 2020 tras 30 días de estancia hospitalaria, con una puntuación en la Escala de Bush y Francis de 0.

CONCLUSIONES

Al ser un síndrome neuropsiquiátrico complejo y difícil de diagnosticar, la catatonia requiere siempre un abordaje para descartar alteraciones metabólicas, infecciosas, neurológicas y psiquiátricas. Dentro de las psiquiátricas, las causas más frecuentes son los trastornos afectivos y esquizofrenia. La terapia electroconvulsiva y

benzodiazepinas han mostrado utilidad en su tratamiento. El uso de lorazepam ha mostrado ser eficaz en hasta el 80% de estudios y se suele administrar en dosis que varían desde 2 hasta 16 mg por día. La importancia de un diagnóstico y tratamiento oportuno será vital para el pronóstico de los pacientes.

Estrategias para la reducción del estigma por COVID-19

Coordinadora: Dra. María Soledad Rodríguez Verdugo

Autor: Adalberto Campo-Arias

OBJETIVO

Describir y analizar las estrategias utilizadas para la reducción del estigma por COVID-19 en México, Colombia y Argentina.

MATERIAL Y MÉTODO

De mayo a agosto del 2020, se realizó un estudio observacional y transversal, con una muestra por conveniencia en México y Colombia, utilizando los siguientes instrumentos: Escala de Temor hacia la enfermedad COVID-19, la escala de estigma-discriminación relacionada con COVID-19 y el Cuestionario de Conocimientos y percepciones sobre COVID-19; a partir de los resultados, se estableció una alianza internacional entre diferentes universidades de España, Alemania, Argentina, Colombia y México, con el fin de aplicar las estrategias para la reducción del estigma mediante el contacto con líderes comunitarios y medios de comunicación y entre la población general.

RESULTADOS

2,533 personas respondieron a la encuesta, los cuales informaron un alto nivel de estigma, por

lo que se consolidó la formación del Grupo Internacional para la Reducción del Estigma (GIREs), el cual trabajaría en estrategias de Educación, Contacto y Protesta. La investigación fortaleció la actividad investigadora de los docentes universitarios y las publicaciones en medios de difusión mexicanas y colombianas, así como en redes sociales.

CONCLUSIÓN

Se consideraron las siguientes estrategias para llevar a cabo este trabajo: Investigación, Vinculación, Desarrollo de Materiales, Educación, Contacto, Protesta y Evaluación del impacto. Sin embargo, aún sigue en proceso la estrategia y la evaluación del trabajo.

Síndrome confusional agudo y COVID-19. Reporte de un caso

Coordinadora: Dra. Natalia Fernández Valdez

Autora: Dra. Natalia Fernández Valdez

El 31 de diciembre de 2019 se comunicaron en China varios casos de neumonía de etiología desconocida. Identificado al poco el agente causal, se trata de un nuevo coronavirus llamado SARS-CoV-2, el cual causa diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19, que incluye tanto cuadros respiratorios como otras manifestaciones, y a lo largo de la pandemia se ha descrito capacidad de producir sintomatología neurológica; sin embargo, en la literatura se señala encefalitis por grupo de coronavirus desde hace años.

OBJETIVO

Realizar una reflexión de la sintomatología neurológica asociada a COVID-19 que pudiera asemejar cuadros psiquiátricos por medio de revisión de literatura y presentación de caso.

CASO CLÍNICO

Masculino de 68 años de edad; talla: 1.70; peso: 80 kg; IMC: 27.68 (sobrepeso grado I) con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 de 20 años de evolución, en tratamiento con enalapril 20 mg/día, insulina NPH 26-0-13 U día, con antecedente de tratamiento desde hace tres meses por psiquiatría por cuadro de ansiedad generalizado, en tratamiento con sertralina 50 mg/día; ingresa al servicio de urgencias por cefalea tipo punzante en hemisferio derecho, desorientación en las tres esferas, alteración en la memoria, labilidad emocional, insomnio, hipercinesia, pensamiento desorganizado, agresivo, poca cooperación con personal médico requiriendo sujeción y sedación desde ingreso. El paciente no presenta cuadro respiratorio. Se solicita interconsulta al servicio de psiquiatría al considerarse por médico de urgencias en una afección psiquiátrica; debido a sedación se realiza interrogatorio indirecto a familiares, comprobando que el cuadro clínico del paciente es súbito y hay un importante deterioro funcional y, aunque no presenta la sintomatología clásica en triage de COVID-19, basándose en alarma epidemiológica, se sugiere toma de RT-PCR siendo positivo. El paciente es ingresado en área COVID donde presenta tres crisis convulsivas así como desaturación de oxígeno de forma importante, requiriendo soporte de ventilación; a los diez días de su ingreso a terapia intensiva fallece por falla multiorgánica. Posteriormente, servicio social descubre probable contagio de COVID-19 por una vecina que viajó a Italia; se pone a contactos del paciente en cuarentena según normativa del hospital.

CONCLUSIÓN

La enfermedad COVID-19 puede debutar con insuficiencia orgánica que puede manifestarse con un síndrome confusional agudo, el cual es una entidad aún infradiagnosticada en nuestros hospitales, po-

siblemente infravalorada (y por ende no estudiada a profundidad) y, con frecuencia, incorrectamente tratada. Un mejor conocimiento del síndrome confusional ha de conducir a una detección precoz y a relacionarlo con COVID-19.

Manifestaciones neuropsiquiátricas en un paciente con quiste aracnoideo intraselar: reporte de caso

Coordinadora: Jessica Esmeralda Gómez Juárez
Autores: Rodrigo Antuan Durán, Jaime Carmona Huerta, Jesús Alejandro Aldana López

INTRODUCCIÓN

El quiste aracnoideo intraselar es una herniación del espacio subaracnoideo dentro de la silla turca que ejerce presión sobre hipófisis, generando un aspecto de silla turca vacía y el cual, se ha reportado, puede manifestar sintomatología psiquiátrica inespecífica. Se describe el caso de un paciente con un primer episodio psicótico de presentación atípica y aparición tardía.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Hombre de 65 años con diagnóstico de quiste aracnoideo en región selar actualmente Grado IV, diagnosticado hace 30 años. Inicia su padecimiento en octubre de 2018, momento en el que presenta ideas delirantes estructuradas de contenido místico religioso, persecutorio, de grandeza y daño, con alucinaciones auditivas de comando; dicha sintomatología generó múltiples conflictos con los habitantes de su comunidad. En enero de 2020 presenta exacerbación de la sintomatología delirante y sensorio-perceptual, así como irritabilidad y actitud suspicaz hacia el entorno, intenta huir del domicilio en múltiples ocasiones e inicia con privación del consumo de alimentos manifestando estar siendo envenenado. Empieza con

descuido de su higiene personal, así como consumo abundante de agua bajo comandos alucinatorios; posteriormente se le observa entablando soliloquios de manera recurrente. En marzo de 2020 se inicia risperidona 1 mg/día VO y clonazepam 2.5 mg/10 ml dos gotas/día VO, presentando mal apego a tratamiento a consecuencia de la resistencia a su toma por parte del paciente. Inicia progresivamente con agresividad verbal y física dirigida a familiares, se agregan errores graves de juicio y conducta disruptiva dentro del domicilio, dirigiendo amenazas de muerte hacia familiares con objetos punzocortantes, por lo que es necesario el apoyo policial para su contención. En junio de 2020 comienza tratamiento con haloperidol 5 mg/día VO, y presenta una remisión parcial de los síntomas psicóticos, disminución de las conductas agresivas, aunque continúa con cefalea crónica. RM (10/06/20): Aracnoidocele selar gigante que remodela estructuras óseas y oblitera el seno esfenoidal. Se aprecia aplanamiento de hipófisis y desplazamiento hacia porción ventrolateral izquierda. Aumento de amplitud de los surcos y cisuras. Laboratoriales (16/07/20): Na 136 meq/L, K 4.4 meq/L.

CONCLUSIONES

Las manifestaciones neuropsiquiátricas atípicas pueden constituir la forma única de presentación de una tumoración cerebral. En la evaluación de un paciente con estas características clínicas, se debe descartar la presencia de una anomalía estructural cerebral subyacente como parte del abordaje diagnóstico, siendo el estudio de neuroimagen la herramienta que confirmará el diagnóstico clínico.

Percepción de la enfermedad y búsqueda de atención en estudiantes universitarios con problemas de salud mental

Coordinadora: Ingrid Vargas Huicochea

Autoras: María Asunción Álvarez del Río, Ana

Carolina Rodríguez Machain, Elsa Liliana Aguirre Benítez, Nora Kelsall

INTRODUCCIÓN

En la población de estudiantes universitarios, la prevalencia de trastornos mentales va en aumento. Un aspecto preocupante es el impacto derivado de la presencia de psicopatología no identificada ni tratada, pues puede haber consecuencias como deterioro académico y desarrollo de conductas de riesgo, incluidas las adicciones y el suicidio. Desafortunadamente, comparado con la población general, este grupo busca menos atención en salud mental.

OBJETIVO

Analizar cómo se relacionan los componentes del modelo de creencia en salud en el comportamiento de búsqueda especializada de atención en estudiantes universitarios con problemas de salud mental.

MÉTODOS

Estudio cualitativo en el que se realizaron entrevistas a 24 estudiantes universitarios.

RESULTADOS

Las percepciones sobre enfermedad mental fueron importantes en la toma de decisiones en salud. Los conocimientos teóricos no fueron suficientes para la búsqueda de atención.

CONCLUSIONES

Sumado a los conocimientos, es necesario que éste se contextualice y personalice para buscar y mantener un tratamiento especializado.

Adaptación y evaluación psicométrica de la escala de miedo a COVID-19 en la población general colombiana

Coordinadora: Dra. María Soledad Rodríguez Verdugo

Autores: Carlos Arturo Cassiani Miranda, Adalberto Campo-Arias

El objetivo de este estudio fue realizar la adaptación y explorar la evaluación psicométrica de la escala de temor a COVID-19 (FCV-19S, por sus siglas en inglés) en la población colombiana.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta en línea en una muestra a conveniencia de 1,687 adultos (M36.3, SD12.5), 59% de los cuales fueron mujeres. La escala original de temor a COVID-19 es un instrumento autoadministrado de siete ítems que fue sometido a un proceso de adaptación translingüística y cultural, validez de apariencia, de contenido y de constructo. Adicionalmente, se realizó un análisis tipo Rasch en una muestra piloto de 30 personas antes de la aplicación de la muestra completa. Se realizó un análisis factorial exploratorio y confirmatorio a las versiones de cinco y seis ítems, buscando la estructura factorial más parsimoniosa. Para establecer la consistencia interna, se calculó el alfa de Cronbach y omega de McDonald así como la comparación de los puntajes entre hombres y mujeres.

RESULTADOS

El análisis tipo Rasch en la prueba piloto mostró una dependencia local significativa para dos ítems de la escala original. El análisis factorial confirmatorio mostró indicadores bajos de bondad de ajuste para la escala de seis ítems (Fear COVID-6),

mientras que la versión de cinco ítems (Fear COVID-5) presentó mejores indicadores de bondad de ajuste. Se identificó invarianza por género para la Fear COVID-5. Además, la escala mostró una adecuada validez nomológica evaluada por las diferencias de sexo en los puntajes que fueron significativas.

CONCLUSIÓN

La escala Fear COVID-5 tiene un desempeño psicométrico aceptable y puede por lo tanto ser usada para evaluar el miedo a COVID-19 durante la epidemia en la población general colombiana.

Palabras clave: COVID-19, miedo, análisis factorial confirmatorio, estudios de validación.

Análisis descriptivo de la evolución hacia un formato online de un programa de rehabilitación psicosocial en Monterrey durante la pandemia COVID-19

Coordinador: Dr. Federico Ramos

Autores: Luis Felipe Herrera Padilla, Dr. Heriberto Isaac Pérez

El programa de rehabilitación AEQUS ABP se fundó en el 2010 en la ciudad de Monterrey adaptando el modelo español de Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo a nuestra comunidad. Este programa se enfoca en complementar el tratamiento de personas que padecen de trastornos psicóticos (principalmente esquizofrenia y trastornos del afecto), entre ellos la depresión y la bipolaridad. El abordaje se da mediante un formato de clases asistenciales de distintas índoles, enfocadas en el desarrollo y rehabilitación de habilidades sociales, cognitivas, emocionales, laborales y de la vida diaria. La cuarentena por el COVID-19 ha sido un

gran reto para la asociación. Numerosos estudios han analizado los efectos de las cuarentenas en la salud mental, y se ha encontrado que se incrementan emociones de aislamiento, frustración, preocupación, aburrimiento, miedo, además de que se han asociado como predictores del desarrollo de estrés postraumático y depresión. En el caso específico de la COVID-19, varios estudios en diferentes países han encontrado un decremento en la actividad física, horas de sueño, e incremento en los valores de estrés, ansiedad y depresión posterior al inicio de esta pandemia y la cuarentena.

Para intentar mitigar los efectos deletéreos de esta situación y mantener la continuidad del cuidado, en AEQUS se decidió migrar a un sistema digital para continuar con las clases de manera remota y así seguir ofreciendo los servicios requeridos por sus participantes. Nuestra metodología se basa en la recopilación de datos de asistencia y entrevistas semiestructuradas a directivos, terapeutas y participantes del programa de rehabilitación para analizar los pasos y elementos o herramientas que se utilizaron para migrar al formato *online* y apreciación subjetiva de los resultados. Durante estos meses, en AEQUS se ha podido mantener una clara relación entre nuestros participantes, facilitadores y voluntarios mediante el sistema de teleconferencias Zoom. En AEQUS se ha vivido de manera relativamente exitosa la transición, pero al igual ha habido dificultades alrededor de esta migración digital, siendo la principal el sentimiento de incomodidad que estos ambientes en línea pueden generar, más que la incapacidad de poder participar en ellos debido a falta de recursos tecnológicos por parte de nuestros participantes. En el principio de la contingencia vimos múltiples bajas por esta razón, sin embargo, con el paso del tiempo los participantes que se mantuvieron activos pudieron migrar completamente a este sistema de manera exitosa, e incluso la asociación pudo incluir a dos nuevos participantes al

programa durante el mes de agosto. Existe todavía incertidumbre respecto al regreso a un sistema de clases asistenciales físicas, pero aun así la asociación sigue trabajando, usando las alternativas digitales disponibles, para y con sus participantes, con la misión de asistirlos en estos momentos tan difíciles y promover su rehabilitación.

Justificación del uso de pruebas farmacogenómicas en adolescentes con depresión mayor. Resultados preliminares de una revisión sistemática

Coordinador: Mark A. Frye, M.D.

Autoras: Martha Paola Corral Frías, Nicole I. Leibman, Julie A. Christensen, M.D., Jennifer L. Vande Voort, M.D.

Actualmente, la tasa de suicidio consumado está aumentando en todo el mundo, quizás de manera más significativa en la población pediátrica. Las pruebas farmacogenómicas se han utilizado en las últimas décadas para identificar una población selecta con riesgo de no responder de forma adecuada al tratamiento convencional. El objetivo general de esta revisión sistemática es evaluar la evidencia para justificar el uso de pruebas farmacogenómicas en niños y adolescentes con depresión. Con el objetivo de identificar a la población que pudiera ser candidata a esta prueba, se analizará el efecto de la *black box warning* emitido por la FDA en 2004 sobre el uso de antidepresivos en esta población. Esta advertencia se emitió como resultado del aumento de las tendencias suicidas durante los ensayos clínicos de medicamentos. Se realizó una búsqueda sistemática para identificar artículos que detallaran los efectos adversos del uso de antidepresivos en la población pediátrica, la *black box warning* de la FDA, las tendencias y los patrones en el diagnóstico del trastorno depresivo mayor y en la prescripción de antidepresivos para

pacientes pediátricos. Lo anterior con la meta de justificar la realización de las pruebas farmacogenómicas en esta población. Se han identificado un total de 28 artículos científicos y se han realizado las pruebas de calidad en ellos.

Experiencia de grupos Balint en residentes de TecSalud del Tecnológico de Monterrey

Coordinadora: Marytza Leal Isida

Autores: Muriel Padilla Leal, Argenis López Salinas, Pedro Gerardo Alvizo García

INTRODUCCIÓN

Psiquiatras y psicólogos dedicados de todo el mundo se han tenido que enfrentar al cambio en modalidad de sus sesiones. Cambios de modalidad presencial a plataformas digitales implicaron adecuaciones en la relación médico-paciente, alianza terapéutica, manejo de expediente y apego al tratamiento. A nivel mundial, se ha reportado aumento en el nivel de estrés en el personal de salud de primera línea atendiendo COVID. Se han identificado factores de riesgo asociados y aumento en síntomas de ansiedad y depresión. Sin embargo, los datos varían de acuerdo con el país y al periodo de evolución de la pandemia que éste curse. Existen datos de algunos países en los que el personal médico muestra estrés menor en comparación con la población general. Durante el periodo de la pandemia COVID-19 se han ido implementando estrategias para colaborar con estudiantes y residentes de los hospitales que se encuentran destinados para la atención de pacientes con coronavirus. Una de las estrategias son los grupos Balint. Estos grupos, fundados en 1950 por Michael y Enid Balint, han ido evolucionando en su aplicación clínica hasta llegar a mostrar efectos benéficos en el agotamiento clínico, las prácticas de derivación y la mentalidad psicológica.

DEFINICIÓN

El grupo Balint es un grupo homogéneo de médicos que opera como un instrumento de investigación, enseñanza y aprendizaje de la relación médico-paciente. El Tecnológico de Monterrey, por medio de TecSalud, instauró dos grupos Balint para el apoyo de residentes que se encuentran atendiendo pacientes en hospitales COVID.

METODOLOGÍA

Se hará un estudio observacional, transversal y descriptivo. Se realizará de forma confidencial una encuesta vía *online* a residentes que se encuentran asistiendo a los grupos Balint instituidos por el Tecnológico de Monterrey. La primera parte de la evaluación se refiere a aspectos sociodemográficos y la segunda parte es acerca de las percepciones de los residentes hacia grupos Balint.

Acciones de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, Capítulo Nuevo León, durante la pandemia COVID-19 en México

Coordinador: Dr. Carlos Alberto Arnaud Gil

Autor: Dr. Carlos Alberto Arnaud Gil

La Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C. cuenta con capítulos en cada uno de los estados del país. A su vez, representa un gran reto durante la pandemia poder continuar con las actividades académicas, gremiales y sociales. En la Coordinación del Capítulo Nuevo León se han emprendido acciones de esta índole durante la pandemia. Describiremos las acciones emprendidas durante este año, así como el impacto que ha tenido en nuestro estado y en nuestro país. La colaboración, en conjunto con la Secretaría de Salud del Esta-

do de Nuevo León, la Asociación de Beneficencia Pública Ingenium, Tec de Monterrey, medios de comunicación y organizaciones no gubernamentales han sido sólo algunas de las instancias con las cuales el Capítulo Nuevo León ha trabajado a fin de aportar elementos de salud mental en nuestro estado.

Presencia de deterioro cognitivo secundario a quimioterapia en pacientes con cáncer de mama

Coordinadora: Cristina Rodríguez Hernández
Autores: Omar Medrano Espinosa, Ariadne Hernández Sánchez

ANTECEDENTES

El cáncer de mama es una patología altamente prevalente en nuestro país. Actualmente, con los tratamientos existentes se logra la sobrevivencia; sin embargo, éstos pueden dejar una secuela importante que afecta la calidad de vida de las pacientes, entre otras, de las más importantes y comunes es el deterioro cognitivo secundario a quimioterapia.

OBJETIVOS

Determinar si existe deterioro cognitivo secundario a quimioterapia en pacientes con cáncer de mama que acuden al CMN 20 de Noviembre ISSSTE.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal. La muestra consistió en pacientes con cáncer de mama que acudieron al servicio de oncología del CMN 20 de Noviembre a recibir tratamiento con quimioterapia neoadyuvante de octubre del 2019 a enero del 2020, a quienes se les realizó entrevista psiquiátrica y aplicación de instrumentos MOCA, EORT QLQ C-30. El análisis estadístico se realizó con medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas y frecuencias para variables cualitativas. En el análisis bivariado se utilizó la prueba Chi2. El nivel Alpha usado fue de 0.05. Se utilizó el programa estadístico SPSS 21.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 35 pacientes, edad media de 50 años (9.275) años, con nueve años de escolaridad o menos en el 62.9% de las pacientes. El 82.9% de las pacientes presentó deterioro cognitivo con una media de 22.37 (3.598) en la escala MOCA, siendo las áreas más afectadas la atención, memoria a largo plazo y fluidez verbal. La media para la escala EORTC fue de 51.8 (15.818).

CONCLUSIONES

Se pudo observar que el deterioro cognitivo secundario a quimioterapia es altamente prevalente en población mexicana y que tiene un impacto importante en la calidad de vida de las pacientes.

RESÚMENES DE
CARTELES GANADORES
DEL CONGRESO APM,
MONTERREY, 2019



Polimorfismo MAOA-uVNTR y perfiles de expresión génica en tejido cerebral post-mortem de sujetos suicidas

Daniel Ramos-Rosales*, Norma Urtiz-Estrada*, Gerardo Anguiano-Vega*, Alma Salas-Leal**, Marcelo Barraza-Salas*

*Facultad de Ciencias Químicas, Universidad Juárez del Estado de Durango, Av. Veterinarias S/N, Circuito Universitario, 34120 Durango, Durango, México.

**Instituto de Investigación Científica, Universidad Juárez del Estado de Durango, Universidad y Fanny Anitua S/N, Zona Centro, 34000 Durango, Durango, México.

INTRODUCCIÓN

La enzima Monoamino Oxidasa A (MAOA) está involucrada en la vía de degradación de monoaminas. Anormalidades en las vías de neurotransmisión monoaminérgicas se han vinculado con trastorno depresivo y suicidio (Menon & Kattimani, 2015; Ryding, Lindstrom & Traskman-Bendz, 2008; Pandey & Dwivedi, 2007). Se ha reportado una alta actividad de la MAOA en hipotálamo en víctimas suicidas (Sherif, Marcusson & Oreland, 1991). Además, se ha observado que el polimorfismo MAOA-uVNTR afecta el perfil transcripcional *in vitro*, donde los alelos de 3.5 y 4 repeticiones confieren una alta actividad enzimática (Sabol, Hu & Hamer, 1998). La regulación de MAOA *in situ* es un mecanismo molecular de interés.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de casos y controles pareados conformado por 15 sujetos por grupo. Se extrajo RNA de CPF e hipotálamo y se realizó la síntesis de cDNA, la expresión de los genes se evaluó a través de qPCR. Para la genotipificación, se extrajo DNA genómico y se amplificó mediante PCR; estos productos se evaluaron mediante electroforesis en gel de agarosa al 5%. El análisis estadístico se realizó considerando un valor $p < 0.05$.

RESULTADOS

La expresión del gen MAOA fue superior en el hipotálamo de sujetos suicidas ($p = 0.044$), sin embargo, en CPF no presentó una diferencia ($p = 0.608$). Los alelos de alta actividad (3.5R y 4R) tienden a



una relación con un aumento de la expresión *in situ* ($p=0.087$), si se considera el genotipo 4.5R como de «baja actividad», esta relación se vuelve significativa ($p=0.016$).

CONCLUSIONES

Existe una expresión diferencial del gen MAOA en hipotálamo de sujetos suicidas. Los genotipos 3.5R y 4R se relacionan con la expresión en hipotálamo, este hallazgo se vuelve significativo si la variante 4.5R se considera como de baja actividad.

FUENTES

Menon V & Kattimani S. (2015). Suicide and Serotonin: Making Sense of Evidence. *Indian Journal of Psychological Medicine* 37:377-378.

Pandey GN & Dwivedi Y. (2007). Noradrenergic function in suicide. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research* 11:235-246.

Ryding E, Lindstrom M & Traskman-Bendz L. (2008). The role of dopamine and serotonin in suicidal behaviour and aggression. *Progress in Brain Research* 172:307-315.

Sabol SZ, Hu S & Hamer D. (1998). A functional polymorphism in the monoamine oxidase A gene promoter. *Human Genetics* 103:273-279.

Sherif F, Marcusson J & Oreland L. (1991). Brain gamma-aminobutyrate transaminase and monoamine oxidase activities in suicide victims. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 241:139-144.

Depresión psicótica asociada a trauma complejo: un reporte de caso

Tamahara González Campos*, Manuel Andrés Gardea Reséndez***, Mónica Ruth Cid Ortega**, Erasmo Saucedo Uribe* y Omar Kawas Valle*

*Profesor adjunto Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario «Dr. José E. González», Universidad Autónoma de Nuevo León.

**Residente Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario «Dr. José E. González», Universidad Autónoma de Nuevo León.

***Mood Fellow, Department of Psychiatry & Psychology, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota.

INTRODUCCIÓN

La cronicidad y severidad de la violencia íntima de pareja aumenta el riesgo de desarrollar Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y condiciones psiquiátricas comórbidas (Yehuda, McFarlane *et al.*, 2015). La asociación entre TEPT y depresión ha sido ya descrita, no así el impacto de la victimización en el desarrollo de eventos traumáticos vitales (ETV).

REPORTE DE CASO

Femenina de 65 años; antecedente de hipotiroidismo, depresión; víctima de violencia física, psicológi-

ca y sexual por parte de expareja hasta cuatro años previos a evolución. Durante tres meses desarrolla anhedonia, apatía, abulia, insomnio, pérdida de 15 kg, tristeza, aislamiento, alucinaciones auditivas, mutismo selectivo, descuido de higiene, soliloquios y episodios de agitación. Los síntomas inician tras presenciar agresión sexual de expareja a su hija con discapacidad intelectual. Se decide abordaje intrahospitalario con venlafaxina 150 mg y risperidona 1 mg, presentando mejoría a su egreso.

DISCUSIÓN

La prevalencia de TEPT diagnosticado con un desorden psicótico es de 30% (Gibson, Alloy &

Ellman, 2016), mostrando una fuerte asociación con depresión (Yehuda, McFarlane *et al.*, 2015). Se han destacado tres rutas: el trauma puede conducir a la psicosis; la psicosis y las experiencias relacionadas pueden dar lugar a TEPT; la psicosis y el TEPT pueden encontrarse en un espectro de reacciones compartidas al trauma (Hardy A., 2017).

La relación entre los ETV y la psicosis persiste independientemente del tipo de trauma, siendo uno de los factores de riesgo ambientales para desarrollar psicosis (Gibson, Alloy & Ellman, 2016). El caso ilustra la necesidad de investigación para comprender esta interrelación e identificar los factores que aumentan la vulnerabilidad para la psicosis de ciertos individuos con historia de trauma.

FUENTES

Gibson LE, Alloy LB & Ellman LM. (2016). Trauma and the psychosis spectrum: A review of symptom specificity and explanatory mechanisms. *Clinical Psychology Review* 49:92-105.

Hardy A. (2017). Pathways from trauma to psychotic experiences: A theoretically informed model of posttraumatic stress in psychosis. *Front Psychol.* 8 (MAY):1-20.

Yehuda R, McFarlane A *et al.* (2015). Post-traumatic stress disorder – Primer. *Nature* 1:1-22.



Salud mental en migrantes centroamericanos que atraviesan el territorio mexicano

María Fernanda Balboa Béjar*, Ricardo García Rodríguez*, Paula Alejandra Velásquez Peñuela*, Jesús Santos Guzmán*, Phillipe Stoesslé**, Francisco González-Salazar*

*Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey, Campus Monterrey (ITESM).

**Ciencias de la Salud, Universidad de Monterrey (UEM).

INTRODUCCIÓN

La migración coloca al individuo en un estado vulnerable, por lo que es relevante discutir sobre las repercusiones psicológicas que tiene el movimiento migratorio.

MÉTODO

Se entrevistó a un grupo 131 migrantes centroamericanos que acudieron a la casa de migrantes «Casanicolás» en el municipio de Guadalupe, Nuevo León. Se realizó una entrevista cualitativa mediante un cuestionario de 50 preguntas, compuesto por reactivos abiertos y de opción múltiple, aplicado por un entrevistador; no se requirió consentimiento informado, ya que los adultos entrevistados aceptaron contestar el cuestionario de manera voluntaria y anónima.

RESULTADOS

Se preguntó a los encuestados si habían sufrido de algún tipo de maltrato durante su viaje. La respuesta del 52% fue afirmativa e indicaron que este maltrato fue perpetrado principalmente por autoridades mexicanas. Se encontró que el 21% de las mujeres fueron abusadas sexualmente durante su viaje, frente al 3% de los hombres. Los encuestados se mostraban conscientes de los peligros que las personas migrantes pueden sufrir durante su viaje; el 69% de los entrevistados dieron una respuesta afirmativa a la pregunta «¿este viaje ha puesto en peligro su vida?».

CONCLUSIONES

Se encontró mayor vulnerabilidad para la salud mental de estos individuos por factores como la



exposición a violencia, incertidumbre de satisfacer sus necesidades básicas, la sensación de peligrosidad en su trayecto, entre otras.

Es de suma importancia que en este país, y en los países por los que transitan los migrantes, se ponga en alto estándar su dignidad humana, independientemente de su estado migratorio, y se establezcan medidas que garanticen una atención de salud completa.

FUENTES

Castles S. (2010). Migración irregular: causas, tipos y dimensiones regionales. *Migración y desarrollo*, 8(15), 49-80.

Infante-Xibille C. *et al.* (Mayo 2015). Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados

en tránsito por la frontera sur de México. *Salud Pública de México*, [S.l.], v. 57, n. 3, 227-233.

Roca C. & Balanzó X. de. (2006). Enfermedades importadas en inmigrantes: mito y realidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(Supl. 1), 139-144.

Stoesslé P., González-Salazar F. *et al.* (Aug 6, 2015). Risk Factors and Current Health-Seeking Patterns of Migrants in Northeastern Mexico: Healthcare Needs for a Socially Vulnerable Population. *Front Public Health* 3:191.

Vilar Peyrí E. & Eibenschutz Hartman C. (2007). Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 6(13), 11-32. Se agradece la colaboración de Casanicolás, Guadalupe Nuevo León.

Anorexia Nerviosa y déficit de cognición social: revisión 2019

Christina González-Torres, Pedro Gerardo Alvizo García,
María Fernanda Flores Mejía

Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica SSNL.
Especialidad de Psiquiatría en el Programa Multicéntrico de
Especialidades Médicas, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud,
Instituto Tecnológico de Monterrey.

INTRODUCCIÓN

En el estudio de las alteraciones cognitivas en pacientes con Anorexia Nerviosa (AN), se ha propuesto que los déficits en la cognición social podrían tener un papel relevante en la clínica. Esta revisión pretende esclarecer la evidencia acerca del déficit en la cognición social en AN.

METODOLOGÍA

Se incluyeron estudios observacionales y experimentales acerca de cognición social en pacientes con AN y controles sanos (CS). Se encontraron 32 artículos en PubMed y EBSCOhost y uno en GoogleScholar. Se incluyeron 11 en la revisión. Se usó la metodología PRISMA 2009 para su evaluación.

RESULTADOS

Cuatro estudios reportaron que, en comparación con CS, aquellos con AN actual o pasada mostraron déficits en aspectos de la cognición social. Un estudio mostró puntajes bajos para el reconocimiento de gestos corporales y prosodia vocal en pacientes recuperados de AN, de manera similar a otro estudio que mostró pobre cognición social en pacientes ya recuperados.

Otro estudio identificó dificultad para la interpretación de intenciones ajenas en pacientes con AN. También se identificó pobre funcionamiento social en pacientes con AN activa, además de dificultades para establecer relaciones íntimas. Sólo un estudio mostró déficits en Teoría de la Mente (TdM) cognitiva y afectiva en pacientes con AN.

CONCLUSIONES

Algunas áreas del funcionamiento social, mentalización y procesamiento emocional se ven afectadas en pacientes con historia de AN. Esto sugiere que los déficits en la cognición social podrían ser un rasgo que se activa por la AN. Es necesario estandarizar herramientas para evaluarlos y para entender sus implicaciones clínicas.

FUENTES

Adolphs R. (2001). The neurobiology of social cognition. *11*(2), 231–239. <https://bit.ly/3lmAtPl>

Franko D., Keshaviah A. *et al.* (2013). A longitudinal investigation of mortality in anorexia

nervosa and bulimia nervosa. *170*(8), 917–925. <https://bit.ly/2JIHt1v>

Kasperek-Zimowska B., Zimowski J. *et al.* (2016). Impaired social cognition processes in Asperger Syndrome and Anorexia Nervosa. In search for endophenotypes of social cognition. *50*(3), 533–543. <https://bit.ly/39tfvY>

Seim F. (2019). Set-shifting, central coherence and decision-making in individuals recovered from anorexia nervosa: A systematic review. *7*(22), 1–14. <https://bit.ly/2KROgkl>

Tapajóz F., Soneira S. *et al.* (2019). Impaired theory of mind in unaffected first-degree relatives of patients with anorexia nervosa. <https://bit.ly/3obQ5Hh>



Estigma y Arte: Carrie Fisher

Dra. Yolanda Pica Ruiz

Médico Psiquiatra
Psicoterapeuta
Hospital Ángeles del Pedregal en la Ciudad de México

NOMBRE: Carrie Frances Fisher
FECHA DE NACIMIENTO: 21 de octubre de 1956
LUGAR DE NACIMIENTO: Burbank, California,
Estados Unidos
FECHA DE FALLECIMIENTO: 27 de diciembre
de 2016

ANTECEDENTES

Carrie Fisher fue una actriz y escritora famosa por interpretar el papel de la princesa Leia en la trilogía original de *La guerra de las galaxias*; algunos de sus libros fueron autobiográficos. Escribió acerca de su patología dual: trastorno bipolar y adicción a drogas. Con el tiempo, fue una defensora de los derechos de los pacientes que sufren enfermedades mentales, luchó contra el estigma, fue conferencista y activista ante el senado de su país donde logró que se aumentara el presupuesto para este grupo de enfermedades. Su madre, conmovida por el dolor de su hija, creó un fondo donde colectaron 30 millones de dólares para el mismo fin.

INFANCIA

Fisher era hija del cantante Eddie Fisher y la actriz Debbie Reynolds, quienes protagonizaron un escándalo con su divorcio, pues Eddie abandonó a Debbie y a sus dos hijos para irse con su amiga Elizabeth Taylor; la pequeña Carrie tenía dos años y su hermano Todd dos meses. Su infancia estuvo marcada por vivir en medio del ambiente glamoroso de Hollywood, sumado a una gran inestabilidad emocional. Su padre, adicto a drogas y diagnosticado como portador de trastorno bipolar, la visitaba ocasionalmente (cada dos o tres años), lo cual ella resintió con tristeza, mientras su madre, adicta al trabajo, pronto se casó otra vez y los niños crecieron cuidados por las nanas.

Es probable que Carrie iniciara con síntomas psiquiátricos desde la infancia: en sus libros autobiográficos ha comentado que la consideraban «muy intensa», sufría insomnio y su madre, cuando llegaba de trabajar, se sentía tan abrumada por la niña que le daba píldoras para dormir. Además, describe que su mente iba tan rápido que a veces incluía imágenes que no existían (alucinaciones). No recibió tratamiento, pero es probable que se tratara de un trastorno bipolar en la infancia, que más tarde desarrollaría con toda la sintomatología.

Por otro lado, fue estimulada en sus talentos artísticos: estudió piano, canto y actuación. Desde los 10 años se sentía insegura pensando que no sería hermosa y talentosa como Debbie, por lo que se dedicó a ser simpática e ingeniosa.

ADOLESCENCIA

Su madre la incluyó en sus shows desde los 12 años; la niña tenía una voz privilegiada que heredó de su padre, y trabajaba todos los veranos.

Cuando Carrie tenía 14 años, Debbie cayó en bancarrota por un fraude que le hizo su segundo esposo; al divorciarse, tuvo una etapa de alcoholismo y le pidió a su hija que la cuidara, forjando una relación complicada donde Carrie fue «empujada» a la adultez; dejó de ir a la escuela para trabajar y ayudar a su madre en su fragilidad personal y colaborar con los gastos de la familia.

A los 15 años, Carrie le suplicó a su mamá que la llevara a una terapia psicológica porque «quería dejar de llorar tan fuerte». Desarrolló el hábito de escribir un diario personal, lo cual le daba un poco de paz; lo continuaría toda su vida.

En las giras que hacían la joven tenía pánico escénico, a veces se ponía a llorar pues no quería ser can-

tante, ni participar en el show; Debbie «la calmaba» y técnicamente la obligaba a trabajar.

A los 17 años trabajó en la película *Shampoo* con Warren Beatty, y en una breve intervención demostró su talento.

En búsqueda de su identidad, tratando de hacer algo diferente a ser cantante de club nocturno como sus padres, decidió que quería ser actriz; a los 18 años empezó su educación en la escuela Central en Londres. Disfrutó de ser anónima, no se sentía «observada» y estudiaba con gente de su edad. Iba a la mitad de sus estudios cuando le ofrecieron audicionar para *La guerra de las galaxias*. Fue elegida para el papel de la Princesa Leia, y desde entonces su vida cambió. Sin embargo, le pidieron que perdiera peso, y lo logró, pero durante la filmación sentía que en algún momento le dirían que no cumplía los requisitos de belleza y esbeltez para su actuación.

ADULTEZ

A los 19 años Carrie era un ícono mundial, representaba para las mujeres y las niñas una heroína feminista activa.

Durante los tres meses del rodaje, en Londres, consumió alcohol y fumó marihuana junto a su aventura de ese momento, el actor Harrison Ford, quien estaba casado y era 14 años mayor que ella. Los efectos de la droga en su cuerpo eran de intensa paranoia, por lo que no se aficionó.

A los 21 años decidió establecerse en Nueva York, donde empezó una intensa vida social; por esa época describe sus pensamientos de la siguiente forma:

«[...] no tengo una moral personal a la que recurrir. Si tuviera principios ahora los violaría todos. Estar dentro de mi cabeza no tiene nada de

atractivo. Es un lugar agradable de visitar, pero no quiero vivir ahí dentro. Está muy concurrido, hay demasiadas trampas y escollos. Estoy harta de ello».

Un amigo de esa época le recomendó una medicina llamada percodan, una combinación de oxicodona y aspirina; pronto se volvió adicta porque le ayudaba a controlar sus pensamientos y llegó a consumir hasta 20 tabletas por día. Luego agregó el uso de ácido lisérgico y cocaína.

A los 22 años conoció a Paul Simon, talentoso compositor; iniciaron una relación de pareja que culminó en un breve matrimonio, aunque en total estuvieron 13 años juntos con altas y bajas. A sus inseguridades de belleza se agregó la intelectual, pues con su escolaridad trunca se sentía rechazada por Simon y su grupo; para «compensar» invitaba a sus amigas a hacer competencias de comprar rápido, les regalaba dinero para ir a las tiendas; ella podía adquirir 30 prendas en una salida. Es probable que cada vez se agregaran más síntomas de manía.

A los 24 años tuvo su primera sobredosis, fue hospitalizada, le diagnosticaron trastorno bipolar tipo II y le prescribieron litio; al respecto escribió: «yo pensé que me habían dicho que era maniaco-depresivo para hacerme sentir mejor acerca de ser una adicta a drogas». Otra razón para no aceptar el diagnóstico era que disfrutaba mucho de los sentimientos de extrema alegría y llevar el estigma de una enfermedad mental era difícil.

Carrie decidió dejar las drogas sin ayuda médica, pero no le fue posible y agregó diazepam para su ansiedad e insomnio.

A los 27 años, casada con Simon, quien no toleraba sus adicciones, sufrió un embarazo ectópico y se sintió poco apoyada por su esposo, así que se divorció. En el episodio depresivo que siguió

a esta etapa incrementó su uso de cocaína, participaba en películas bajo el efecto de drogas, de pronto se desmayaba, convulsionaba o la encontraban inconsciente; su madre desde lejos siempre se las arreglaba para mandar a alguien a que la salvara y apoyara, hasta que lograron hospitalizarla y ponerla en manos de un psiquiatra adictólogo, quien confirmó el diagnóstico de patología dual con trastorno bipolar tipo II. Lograron una abstinencia de 11 meses y le indicaron estabilizadores del afecto, que se negó a tomar porque le gustaba disfrutar la hipomanía. Reinició el uso de drogas cuando su padre la vino a visitar y usaron juntos cocaína.

Sin embargo, la sobredosis, la experiencia en un hospital psiquiátrico y su terapia, la llevaron a considerar escribir su historia; su primer libro, *Postales desde el filo* (1981), tuvo mucho éxito y fue adaptado al cine con la película *Recuerdos de Hollywood* (1990). Aborda temas centrales de su vida: la relación con su madre, sus adicciones, sus problemas profesionales por su incumplimiento y sus deseos de recuperarse.

Inestable en su apego al tratamiento, por ese tiempo afirmaba que tomar sus medicamentos disminuía su creatividad.

A los 34 años conoció a Bryan Lourd, agente de talentos, que representaba lo que ella deseaba en una pareja: un hombre sólido, que quisiera formar una familia y que le diera una buena infancia a los hijos que ella planeaba tener. Al respecto escribió: «[...] nunca había estado con alguien como Bryan, tan atento, el primer hombre que me cuida». Era capaz de comprender la vulnerabilidad de Carrie y la quería rescatar. Para julio de 1992 nació su hija Billie, se establecieron, ella disfrutó mucho esa etapa. A finales de 1993 Bryan le dijo que era homosexual, que sería un buen padre para Billie, pero que se iba con un hombre.

Este evento fue la mayor catástrofe para Carrie; no presentó ideación suicida, pero cayó en cama. Después escribió en uno de sus libros: «[...] me sentí humillada y traicionada, como si yo lo hubiera hecho homosexual, fallé y es lo que realmente cuenta, se repite la historia de mi madre, me dejan por alguien más».

Sin embargo, ser madre la llevó a luchar por su sobriedad y su salud mental, tuvo una larga etapa en la que tomó su tratamiento en serio, asistía a grupos de Alcohólicos Anónimos (AA), tomaba sus medicamentos.

Por lo que escribió en su libro *The Best Awful* (2004), y que es continuación de *Postales desde el Filo*, entendemos que Carrie siguió dudando de su diagnóstico. En el verano de 1997, cuando Billie tenía cinco años, tuvo una depresión mayor con síntomas psicóticos, así lo explica:

«[...] mi hija iba a un campamento y yo me tenía que levantar todos los días para ir por ella, salir de la cama era la cosa más complicada del mundo; debe haber sido una época difícil para Billie... fui a un doctor que me dio una nueva medicina que parecía que habían traído de Venus, algo pasó, las medicinas hicieron una interacción y yo me puse muy enferma, colapsé, dejé de respirar y me llevaron al hospital donde me dieron vacaciones de medicinas y me mandaron a casa, no pude dormir siete días seguidos, mi mente estaba abierta a las cosas malas, pensaba que si me dormía me podía morir, me puse a hablar y hablar».

En estas condiciones la mandaron de regreso al hospital, «viendo la televisión sentía que yo era el criminal que había asesinado a Gianni Versace». Cuando Brian Lourd la fue a ver al hospital, ella expresó lo siguiente:

«[...] yo le dije, apuntando a una Carrie imaginaria: ella está en la silla y me está dejando afuera por

un segundo y te tengo que decir algo: no puedo cuidar a Billie. Necesito que me ayudes, tú debes escucharme [...] yo estaba teniendo alucinaciones viendo ciudades futurísticas por la ventana».

Por indicación médica, Billie fue encargada a su padre. En esta ocasión Carrie necesitó una larga hospitalización, fue dada de alta con diagnóstico de trastorno bipolar tipo I y con seis medicamentos. Cuando le preguntaban cómo estaba, su respuesta era: «Tengo una visa para la felicidad, pero para la tristeza tengo un pase para toda la vida». Cuando se recuperó, su hija regresó a vivir con ella.

VOLUNTARIA PARA LA SALUD MENTAL

En el año 2000, Carrie Fisher fue la primera persona célebre en aceptar tener una enfermedad mental; en un programa de televisión dijo:

«Haber tenido un episodio psicótico y haberlo sobrevivido me hizo entender la diferencia entre un problema y un contrat tiempo. El trastorno bipolar es un gran maestro. Es un reto, que te puede preparar para ser capaz de enfrentar lo que sea en tu vida [...] si alguien de tu familia tiene signos, ponlo cerca de un doctor que lo pueda ayudar, sin decirle que está equivocado, que es malo o es estúpido».

Desafortunadamente, Carrie de pronto abandonaba sus medicamentos y volvía a usar drogas; en 2005 protagonizó un escándalo en el que un buen amigo de ella murió en su cama por los efectos de la cocaína y un opiáceo. La depresión que sufrió la llevó a una nueva adicción, la oxiconona, con una discreta hospitalización en Londres.

Su libro *Wishful Drinking* tuvo mucho éxito en sus ventas, fue interpretado por ella en Broadway en 2007; hasta 2011 tuvo giras en Estados Unidos y Australia. Sin embargo, abandonó sus medicamen-



tos y realizó algunas presentaciones en estado de manía, recayó en su adicción y perdió la custodia de su hija. En 2009 recibió terapia electroconvulsiva y gracias a esa intervención pudo continuar con sus presentaciones. Escribió el libro *Shockaholic* (2011), en el que explica que fue por este tratamiento que se pudo recuperar, y por lo tanto, lo consideraba altamente recomendable; un logro más contra el estigma de los tratamientos para la enfermedad mental.

Se volvió conferencista, explicando que las enfermedades mentales no deben estigmatizarse; en 2010 se presentó en el Congreso de la Asociación Psiquiátrica Americana en Nueva Orleans. De sus valiosas afirmaciones resalta la siguiente:

«Es importante puntualizar que no tiene por qué estigmatizarse a quien sufre una enfermedad mental, en especial el trastorno bipolar, es peor que ir a un campo de batalla. Es un reto que te consume

mucha energía para vivir con la enfermedad, funcionar, estar orgulloso y no avergonzarte. Deberían desarrollar medallas para las personas que se mantienen estables tomando sus medicamentos».

Perdonó y se reconcilió con sus padres, se mudó a vivir a la casa vecina de la de su madre, con la que logró una buena relación.

Debido a que sus recaídas continuaron, es de suponerse que de pronto volvía a suspender los medicamentos; le molestaba haber ganado peso como parte de los efectos indeseables. En 2013, en un crucero, tuvo un brote psicótico con un estado de agitación; fue nuevamente hospitalizada.

Al año siguiente participó en el episodio VII de *La guerra de las galaxias: El despertar de la fuerza*, ahora como la general Leia Organa, con el gusto de reencontrarse con sus compañeros de siempre; la película se estrenó en diciembre de 2015. Carrie sufrió porque la criticaban de verse vieja y gorda, a lo que respondió: «La juventud y la belleza no son logros, son productos felices y temporales del tiempo y la genética».

Escribió su séptimo y último libro, *El diario de la princesa*, donde narra su aventura amorosa con su coprotagonista Harrison Ford.

Su salud empezó a quebrantarse, tuvo bronquitis y le diagnosticaron apnea del sueño, pero siguió trabajando, ahora en la serie británica *Catástrofe*. Cumplió 60 años en 2016, trabajando y viajando; en diciembre de ese año, en un vuelo Londres-Los Ángeles, sufrió una apnea del sueño, seguida de un ataque al corazón; la reanimaron en el avión y falle-

ció tres días después en el Centro Médico Reagan de la Universidad de California. La autopsia resultó positiva para cocaína, metanfetamina, etanol y heroína; Carrie había recaído en su adicción. Su madre, quien siempre afirmó no querer estar en el funeral de su hija, murió al día siguiente.

Carrie Fisher abrió el camino para entender las enfermedades mentales; en las entrevistas que daba siempre rompía la tensión con su ácido sentido del humor, una máscara protectora para su gran dolor emocional.

Nos queda el legado de su filmografía y de sus libros, en donde como nadie, describió el sufrimiento de los pacientes que padecen trastorno bipolar y adicción a sustancias.

FUENTES

- Fisher C. (1987). *Postcards from the Edge*. Londres: Simon & Schuster.
- . (2004). *The Best Awful*. Londres: Simon & Schuster.
- . (2011). *Shockaholic*. Londres: Simon & Schuster.
- . (2016). *El diario de la princesa*. Barcelona: Ediciones B.
- Fisher C. & Ravetch J. (2008). *Wishful Drinking*. Londres: Simon & Schuster.
- Weller S. (2019). *A Life on the Edge*. Nueva York: Barnes & Noble.



Guía para el autor

Revista de la Asociación Psiquiátrica Mexicana

Estimado autor, para la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM) es muy valioso el aporte que usted realiza al interesarse en divulgar su contenido científico a través de nuestro medio, por lo que hemos considerado prudente homologar el formato de los contenidos, de manera que puedan evaluarse de forma objetiva y uniforme. Lo invitamos a considerar los siguientes puntos antes de enviar su manuscrito, agradeciendo anticipadamente su interés y participación; algunos de los ítems propuestos se encuentran en los criterios editoriales (que también podrá consultar en nuestra página), pero se dejan aquí como parte de la consulta rápida:

- El manuscrito debe ser elaborado en Word, formato simple, con letra Arial 12 e interlineado de 1.5.
- Las referencias o bibliografía serán reportadas como Fuentes; deben estar anexadas y organizadas en formato APA.
- El orden general propuesto para su manuscrito será el de Introducción, Materiales y métodos, Resultados, Discusión, Conclusiones, Fuentes y, si fuera el caso, anexos (aquí se incluirían imágenes, las cuales deben enviarse en formato jpg de alta resolución, así como tablas y diagramas, todas las cuales deben ir debidamente numeradas e identificadas en el texto). Para los reportes de caso, se propone sustituir Materiales y métodos/Resultados por Reporte del caso (incluir sólo la información relevante). Si existe alguna situación especial que no se ajuste a lo anotado, el comité editorial aprobará cambios a esta base.
- El manuscrito debe incluir un resumen cuya extensión (omitiendo título y apartados), no

supere las 250 palabras, el cual se distribuirá en el mismo orden en el que se dispone el artículo, adicionando después de este el ítem de Palabras clave.

- Los nombres de los autores deben estar consignados completos, así como su profesión y adscripción actualizada. Sólo se debe incluir la información de contacto del autor principal (en caso de ser varios, se debe elegir uno solo).
- Los manuscritos serán enviados al correo revistaapm@psiquiatrasapm.org.mx. En caso de que el comité científico apruebe el contenido del artículo, este pasará a edición y se le comunicará al autor el número de la revista para el cual queda contemplado. En caso contrario, se le enviarán las observaciones pertinentes para su corrección.
- En caso de que el contenido de un manuscrito no se considere relacionado con el contexto de la revista, la Asociación se compromete a no conservar ninguna copia y a no realizar ningún tipo de difusión a través de nuestros medios.
- En caso de cartas al editor, sólo se requiere del nombre del autor, su adscripción, contacto, contenido de la carta y, si así se requiere, fuentes relacionadas (cuyo número máximo será de cinco).

La asociación se encuentra abierta a recibir sugerencias con respecto a todos los aspectos de la publicación; si tiene alguna, por favor hágala llegar al correo revistaapm@psiquiatrasapm.org.mx.

Nuevamente agradecemos su aporte, esperando que la RAPM pueda enriquecer la práctica clínica diaria de nuestro gremio a través de su apoyo.

