

REVISTA 

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA

**El valor de ser voluntario.
El valor de apoyar a nuestros colegas**

Dr. Bernardo Ng

**Aspectos médico legales
de la telepsiquiatría**

Mtra. Alejandra Y. Romo Dávila

**Consenso: directores de
hospitales psiquiátricos de
México durante la
pandemia por COVID-19**

Dr. Carlos Alberto Arnaud Gil
Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez
Dr. José Fernando García Mijares
Dr. Bernardo Ng

Estigma y arte

Loco por ella
Dr. Bernardo Ng

Comité ejecutivo 2020 – 2021

Presidente
 Dr. Bernardo Ng
Presidente electa
 Dra. Jacqueline Cortés Morelos
Secretario
 Dr. Alejandro Molina López
Tesorero
 Dr. David Eduardo Saucedo Martínez
Vicepresidente Regional Centro
 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 Puche 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
1996-1997
1998-1999
2000 - 2001
2002 - 2003
2004 - 2005
2006 - 2007
2008 - 2009
2010 - 2011
2012 - 2013
2014 - 2015
2016 - 2017
2018 - 2019

Dr. Gilberto Salgado Arteaga
 Dr. Enrique González Ruelas
 Dr. Luis Guillermo Ruiz Flores
 Dr. Enrique Camarena Robles
 Dr. Marco Antonio López Butrón
 Dr. Luis Enrique Rivero Almanzor
 Dr. Jesús Del Bosque Garza
 Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe
 Dr. Fernando López Munguía
 Dr. Eduardo Madrigal de León
 Dr. Juan Luis Vázquez Hernández
 Dr. Enrique Chávez León
 Dr. Aldo Antonio Suárez Mendoza

Certificación de Licitud de Título y de Contenido en trámite.

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

Contenido

- 4 Carta de la coeditora
-
- 7 El valor de ser voluntario. El valor de apoyar a nuestros colegas
Editorial. Dr. Bernardo Ng
-
- 10 Consenso: directores de hospitales psiquiátricos de México durante la pandemia por COVID-19
-
- 19 Aspectos médico legales de la telepsiquiatría
-
- 26 Detección y orientación en estudiantes de secundaria con problemas relacionados con el uso de drogas mediante una encuesta virtual
-
- 29 Síndrome de Burnout en profesionales de la salud laborando en una institución de asistencia privada
-
- 44 Manía de inicio tardío: ¿trastorno bipolar? Presentación de dos casos
-
- 52 Epilepsia y síntomas neuropsiquiátricos: revisión narrativa
-
- 63 Ketamina para la depresión en México
-
- 66 Lamotrigina: de un par de casos a una nueva indicación
-
- 70 *Estigma y Arte: Loco por ella, ¿una comedia «inusual»?*
-

Carta de la coeditora

Revista de la Asociación Psiquiátrica Mexicana

Queridos(as) socios(as):

El presente número, el tercero, de la Revista APM Asociación Psiquiátrica Mexicana, se publica dentro del ya largo periodo de la pandemia. El confinamiento comenzó hace aproximadamente un año.

La mayoría dejamos nuestros centros de trabajo imaginando que regresaríamos en tres semanas, un mes, quizá 40 días. Quién lo iba a decir, ha pasado un año y aún no sabemos con claridad cuándo terminará este confinamiento que, al tiempo que nos protege, nos limita, y que de cualquier modo sigue causando tanto impacto.

Algunos soñamos que al estar en casa, en el *home office*, tendríamos un poco más de tiempo libre; nos ahorraríamos los tiempos de traslado, realizaríamos las actividades de manera sencilla, pasando de un *link* a otro, transportándonos instantáneamente de una junta de trabajo a una consulta en línea o a un evento académico. Sin embargo, ha sido lo contrario.

No pasó mucho para que los trabajadores del campo de la psiquiatría y áreas afines nos diéramos cuenta de que la pandemia está afectando de manera profunda a las personas. En este sentido, han aparecido con celeridad numerosas líneas de investigación y proyectos que han aportado y siguen aportando conocimiento científico en las diferentes áreas de la salud mental.

Nos hemos tenido que adaptar. Y dentro de la adaptación, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han sido fundamentales para permitirnos continuar con nuestra labor en los diferentes ámbitos: laborales, escolares, familiares, etc. En la APM las TIC han jugado un papel muy importante. Prueba de ello, las diferentes actividades gremiales, académicas y colaborativas, por ejemplo: la campaña «Nosotros

también nos cuidamos», en la cual he tenido el honor de coordinar la fase B y de participar como psiquiatra voluntaria; el primer Congreso Virtual de la APM; *webinars*, conferencias y eventos en línea como los Sábados de APM, las juntas de Consejo y las reuniones de las diferentes secciones y comités.

Curiosamente, este número de la revista de la APM contiene información diversa, la mayoría surgida a partir de la pandemia y enfocada en ella. Algunos de los artículos aquí publicados, apreciable lector, pueden contribuir a que reflexionemos sobre ciertos procesos que, en el marco del cuidado de la salud mental, es a veces necesario modificar, regular, dejar atrás y en ocasiones, desde luego, crear.

A pesar de las pérdidas, de los duelos, de la adversidad, seguimos adelante. Y ahora, a pesar de todo, con más fuerza y con gran cariño hacia nuestra APM; en honor de todas y todos aquellos(as) que durante este último año han partido, pero que han dejado entre nosotros semillas dignas de cuidarse.

Los invito a leer los artículos esperando dejen aprendizaje y temas de reflexión para generar nuevas ideas que podamos compartir en nuestro gremio; pero sobre todo, hago especial énfasis en que nos sigamos cuidando.

Sinceramente,

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



El valor de ser voluntario. El valor de apoyar a nuestros colegas

Dr. Bernardo Ng*

*Presidente Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C.

Esta historia se origina el 23 de marzo del 2020, con una videollamada entre el Dr. Juan Manuel Quijada, director de los Servicios de Atención Psiquiátrica; la Dra. Lorena Rodríguez Bores, directora del Consejo Nacional de Salud Mental; el Dr. Alejandro Molina López, miembro del equipo de Servicios de Atención Psiquiátrica y secretario general de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM), y su servidor.

El motivo era iniciar pláticas para la planeación de un programa de apoyo emocional para el personal de salud de México involucrado en la atención de personas afectadas por COVID-19. A esta reunión le siguió una serie de juntas semanales de intensa preparación para la formación del Grupo Técnico de Trabajo de Fortalecimiento de la Salud Mental en situaciones de desastre y/o emergencia, en las cuales me ha tocado representar a nuestra APM.

A partir del 5 de abril, se iniciaron las acciones para desarrollar y mantener un «chat» a través del cual poder brindar servicios de primeros auxilios psicológicos. Después de arduas semanas de trabajo, el 5 de mayo del 2020 comenzó el proyecto denominado Nosotros También Nos Cuidamos (NTNC), en su fase A. Aprovecho para resaltar el trabajo de la Dra. Alexiz Bojorge, el Dr. Jeremy Cruz, el Lic. Juan José Davidovich, Gabriela Nicolini y el grupo Inkuba. Agradezco muy en especial la paciencia y el tesón de los voluntarios que tomaron el curso de capacitación diseñado por el equipo del Dr. Alejandro Molina López, a pesar de que la plataforma digital se vio saturada en varias ocasiones.

Desafortunadamente, el formato de «chat» no satisfacía las necesidades de los usuarios y tampoco permitía a los voluntarios hacer uso de sus habili-

dades plenamente. Así que nos vimos obligados a explorar otras opciones.

De manera paralela, la Dra. Jacqueline Cortés Morelos, presidente electa de la APM, nos puso en contacto con el Dr. Héctor Dueñas Tentori, también psiquiatra y socio de la APM, que ha sido el enlace con la Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica (AMIIF), que representa a muchas empresas de innovación, destacadamente a aquellas que ofrecen productos para la salud mental. Después de varias reuniones de trabajo en plena pandemia, logramos formalizar un convenio de colaboración tripartito entre APM, AMIIF y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) para el desarrollo de una plataforma de video consulta con asistencia telefónica, agenda electrónica para programación de citas, expediente electrónico básico y un sistema de recepción virtual. Esta plataforma, elaborada por el Departamento de Informática Biomédica de la Facultad de Medicina, brinda un hospedaje a los datos en servidores de la UNAM, con un nivel de encriptamiento que permite asegurar su privacidad.

Este convenio tripartito trajo a la mesa a un equipo del Departamento de Informática Biomédica de la Facultad de Medicina de la UNAM, representado por los doctores Esther Mahuina Campos Castolo, Alejandro Alayola, Orlando Cerón y al Ing. Jorge Camacho, responsables del desarrollo, operación y mantenimiento de la plataforma NTNC. Igualmente, trajo a la AMIIF, con todas sus empresas afiliadas, con lo cual y a través de la gestión de la Dra. Karla Báez, se obtuvo el financiamiento necesario para cubrir el costo de la plataforma y los honorarios del personal que le da soporte. Este convenio también incluyó a la APM, que llegó con la experiencia que le dejó la fase A de NTNC, lista para arrancar el 15 de junio del 2020 en su fase B.

Sin embargo, todo este trabajo no tendría sentido si no fuera por la participación de los voluntarios, psiquiatras miembros de APM, que están donando su tiempo para atender directamente a nuestros colegas internistas, intensivistas, urgenciólogos y neumólogos. A estos profesionales de la salud se ha agregado personal de enfermería, trabajo social, psicología, nutrición, terapia física, paramédicos, camilleros, seguridad, limpieza y cocina, así como personal en entrenamiento como internos, residentes y estudiantes.

Debo resaltar que estos servicios han sido completamente gratuitos para los usuarios. También que los voluntarios han donado su trabajo sin recibir honorario alguno y que lo han hecho en su tiempo disponible, lo que para algunos ha significado dar consulta a las 10:00 y 11:00 de la noche, incluso en fines de semana. Hasta la fecha, se han rebasado las 450 consultas ofrecidas.

Los miembros de APM que han decidido ser voluntarios hacen una gran labor, pues atienden a nuestro personal de salud que, de acuerdo con algunas fuentes, está desgastado física y emocionalmente y, además de que ha trabajado jornadas excesivas, no ha gozado del merecido reconocimiento, ha sufrido de acoso y ha sido víctima del mismo virus en proporciones mayores que en otros países en el continente americano y tal vez en el mundo.

De acuerdo con la organización Panamericana de la Salud, hasta agosto del 2020 se habían reportado 569,304 casos positivos de COVID-19 en personal de salud del continente americano, de los cuales el 17% correspondía a México, es decir 97,632 casos. Por otro lado, se habían reportado 2,506 defunciones en todo el continente y el 52%, es decir 1,320 defunciones, pertenecían a México (OPS, 2020). A esto se agregan una serie de reportes documentados periódicamente de personal médico incon-

forme por la falta de equipo de protección personal adecuado y reportes de agresiones verbales y físicas por parte de la sociedad en diferentes estados de la república (Galván, 2020; Roldán & Vega, 2020; González Díaz, 2020).

Es difícil medir el valor pleno del trabajo de los voluntarios; lo que sí sé, con base en las conversaciones que he tenido de manera individual con algunos de ellos, es que en estos difíciles tiempos en que nuestros colegas, día a día, combaten al COVID en las trincheras, la oportunidad de apoyarlos ha sido una experiencia que les ha cambiado la vida.

A esto debemos agregar que la pandemia no cesa y que el personal de salud no es un recurso renovable. Es decir, no tenemos de dónde obtener más doctores, más enfermeras o más trabajadores sociales antes de que esta pandemia termine, y que son seres humanos con sus propias necesidades personales. Debemos hacer todo lo posible para cuidarlos y apoyarlos. Sobre todo cuando los datos oficiales nos siguen hablando de más de 1,000 defunciones al día por COVID-19 y de una campaña de vacunación cuesta arriba.

El desgaste que se aproxima entre nuestro personal de salud irá en aumento, generando una mayor demanda de servicios de apoyo emocional, por lo que sumar miembros de la APM con una vocación altruista, para unirse al programa NTNC, debe ser un tema de reflexión para todos los socios. A quienes estén interesados, les agra-

decemos que expresen su intención a las oficinas de APM (apm@psiquiabrasapm.org.mx) para elaborar una lista y tenerlos en cuenta tan pronto las necesidades así lo dicten.

Para los dirigentes de APM, sólo nos queda agradecer a todos los voluntarios, apreciables miembros de nuestra organización, por el gran valor de apoyar a los que, hoy por hoy, representan el mayor activo de todos los mexicanos: el personal de salud de nuestro país.

FUENTES

Galván M. (24 de marzo de 2020). Personal médico del IMSS protesta por falta de insumos ante el COVID-19. *Expansión política*. Disponible en: <https://bit.ly/3d2tl8F>

González Díaz M. (17 de abril de 2020). Coronavirus: el preocupante aumento de agresiones en México contra personal médico que combate el COVID-19. BBC News Mundo. Disponible en: <https://bbc.in/2QtmtJE>

Organización Panamericana de la Salud (2020). Alerta Epidemiológica: COVID-19 en personal de salud - 31 de agosto de 2020. OPS. Disponible en: <https://bit.ly/31ggFFD>

Roldán N. & Vega M. (6 de abril de 2020). No nos dan equipo, lo compramos o lo hacemos nosotras: enfermeras ante riesgo por COVID-19. *Animal Político*. Disponible en: <https://bit.ly/39cUiVP>

Consenso: directores de hospitales psiquiátricos de México durante la pandemia por COVID-19

Dr. Carlos Alberto Arnaud Gil*, Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez**, Dr. José Fernando García Mijares***
Dr. Bernardo Ng****

*Asociación Psiquiátrica Mexicana Capítulo Nuevo León. Director del Curso de Alta Especialidad de Psiquiatría de Enlace. Hospital San José Tec de Monterrey.

**Directora Hospital Psiquiátrico Clínica Dr. Everardo Neumann Peña, San Luis Potosí.

***Subdirector Médico. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña, San Luis Potosí.

****Presidente Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C.

Los servicios de atención psiquiátrica en el país se han visto afectados por la pandemia por COVID-19, llevando a los diferentes hospitales psiquiátricos a implementar nuevos protocolos de atención médica, así como estrategias en prevenir contagios intrahospitalarios, tanto en los pacientes como en el personal de salud. La Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C. convocó en el inicio de la pandemia a los directores de hospitales psiquiátricos de México, con la finalidad reunir y compartir experiencias en dichas instituciones, generando conocimiento e información sobre lo que sucede en distintas regiones del país en los temas de consulta externa, protocolos de internamiento, cuidados del personal, aplicación de pruebas, visitas por familiares, estrategias de apego a tratamiento, dilemas éticos, entre otros. Lograron participar en al menos una reunión N=23 directores de los hospitales psiquiátricos. Se propone mantener esta convocatoria de consenso no sólo durante la pandemia, sino sostenerla como un ejercicio académico gremial apolítico, que permanezca en el futuro, coordinado y convocado por la Asociación Psiquiátrica Mexicana.

Palabras clave: consenso, COVID-19, hospitales psiquiátricos.

INTRODUCCIÓN

Los coronavirus pertenecen a una familia de virus que causan síndromes respiratorios que abarcan desde un cuadro leve (resfriado común), hasta enfermedades más graves, habitualmente

asociados a zoonosis. En ocasiones, los coronavirus que infectan a los animales evolucionan y se tornan capaces de transmitirse a las personas y de persona a persona, convirtiéndose en una nueva cepa de coronavirus capaz de provocar enfermedades en los seres humanos, como sucedió con el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) en 2003 y el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS-COV2) en 2012 (Van Damme *et al.*, 2020).

El 31 de diciembre de 2019, las autoridades de salud de la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China, informaron sobre la presencia de 27 casos de Síndrome Respiratorio Agudo de causa desconocida. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas informaron de la presencia de un nuevo coronavirus (2019-nCoV) identificado como posible causante; la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró pandemia el 11 de marzo del 2020 (Van Damme *et al.*, 2020). En México, el 22 de enero se realizó el primer reporte de tres personas como sospechosas de portar el virus 2019-nCoV. Los primeros casos documentados en el país se reportaron el 28 de febrero del 2020, con dos confirmados en la Ciudad de México y uno en Sinaloa; el 20 de marzo se notificó sobre las dos primeras defunciones ocasionadas por COVID-19 (Comunicado Técnico, Gobierno de México, febrero de 2020).

Ante la alerta de la dispersión comunitaria descontrolada y el riesgo de saturación de hospitales, se instauró en nuestro país el 23 de marzo la Jornada Nacional de Sana Distancia, la cual ayudaría a reducir los contagios antes de que comenzara la Fase 2 de la epidemia. Con este programa, se suspendieron las clases en las escuelas a nivel nacional y las actividades no esenciales, así como los conciertos y otros eventos que pudieran generar una aglomeración de personas. Con el comienzo de la Fase 2, el número de personas contagiadas se mantenía por debajo de lo reportado en otros países, que se encontraban en peores escenarios.

El 21 de abril comenzó la Fase 3 de esta epidemia en México y se implementó una semaforización para determinar el nivel de riesgo en cada entidad federativa. El número de contagios comenzó a crecer exponencialmente a un ritmo mayor de lo esperado, se decretó la suspensión de todos los eventos masivos, actividades escolares y actividades no esenciales. Para estos momentos, se habían emitido ya lineamientos de reconversión hospita-

ria enfocados en hospitales generales y de alta especialidad, además de diversos documentos dirigidos a población general, población de grupos vulnerables, etc. A finales de mayo del 2020, el gobierno federal emitió los «Lineamientos de Mitigación para Hospitales Psiquiátricos», y en julio de ese año México se convirtió en el tercer país con más fallecimientos por COVID-19. En noviembre se rebasó el millón de casos confirmados (Comunicado Técnico, Gobierno de México, enero de 2021).

LA PANDEMIA POR COVID Y LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS EN EL MUNDO

El contexto de los hospitales psiquiátricos ante el brote de COVID-19 representó un desafío en las distintas naciones por factores que abarcan la infraestructura de las unidades hospitalarias, las características de la población con trastornos mentales y las habilidades del personal médico y de enfermería para la prevención y control de infecciones nosocomiales. Entre los factores asociados a infraestructura, los más comunes fueron la permanencia de usuarios en salas generales, espacios cerrados con alta densidad de población y poca ventilación, así como áreas de uso común —comedores y baños, por ejemplo— que son ambientes propicios para la dispersión del virus SARS-Cov-2 (Haifeng Ji *et al.*, 2020).

Además, por la naturaleza de la atención que otorgan los hospitales psiquiátricos, surgieron retos para la adecuada implementación de las medidas de protección sanitaria, ya que las personas con padecimientos mentales tienen dificultades para el apego al uso de la mascarilla y la etiqueta respiratoria, además de las características de los cuadros clínicos, como la agitación psicomotriz, que puede dificultar el aislamiento respiratorio y la evitación de interacciones de riesgo (Yuncheng Zhu *et al.*, 2020).

Los primeros desafíos fueron identificados en algunos hospitales en China y Corea del Sur, que reportaron la ocurrencia de brotes de COVID-19; los más relevantes fueron la del Wuhan Mental Health Center, que tuvo un promedio de 50 pacientes y 30 trabajadores sanitarios con diagnóstico de neumonía asociada al nuevo coronavirus, y la del Hospital Daenam en Corea, con un aproximado de 119 usuarios con diagnóstico de la enfermedad y siete defunciones. Dentro de las áreas de oportunidad en los protocolos de atención en estos hospitales, se identificó que los accesos y visitas no habían sido limitados, que existió una evaluación inadecuada de los pacientes, tanto ambulatorios como internados; que algunos pacientes ingresaron en periodos de incubación y que la respuesta de los equipos sanitarios para la identificación de casos fue tardía (Haifeng Ji *et al.*, 2020).

Derivado de lo anterior, diversos grupos de investigadores se dieron a la tarea de elaborar directrices de manejo para mitigar y reducir contagios en hospitales psiquiátricos de esa región con dos objetivos específicos: evitar la importación de casos y defender al hospital contra un brote (Chao Li *et al.*, 2020).

Dentro de las pautas generales de manejo destacan:

- Aislamiento de pacientes de nuevo ingreso por 14 días para observación.
- Suspensión temporal de las visitas y terapias grupales.
- Equipo de protección y aislamiento por gotas en casos sospechosos.
- Estrategias de reducción de la densidad de personal en el hospital.
- Prohibición de ingresos de alimentos externos a los producidos en el hospital tanto para trabajadores como para usuarios.
- Sistemas de ventilación que filtren aerosoles y transporte exclusivo para el equipo de trabajadores del hospital.

Estas acciones aparentemente tuvieron resultados satisfactorios, ya que en los hospitales de aplicación de estas medidas sanitarias no se registraron brotes hasta el momento de la publicación de los reportes (Yu Tao Xiang, 2020; Su Ting Hsu, 2020).

En el continente europeo la historia no fue diferente: algunos hospitales reportaron la ocurrencia de brotes, uno de ellos en Holanda, donde 43% del personal sanitario y 19% de los pacientes resultaron afectados. Se determinó que cuatro aspectos fueron determinantes para la aparición del brote: a) las medidas diseñadas para hospitales generales no son directamente aplicables a los hospitales psiquiátricos; b) los pacientes psiquiátricos deben ser considerados de alto riesgo para contraer infecciones; c) se requiere atención y capacitación extra, ya que el personal sanitario en los servicios de atención mental está menos familiarizado con la contención de brotes, y por último, d) comunicación y liderazgo efectivo para la implementación de medidas (J.J.E. Rovers *et al.*, Dec. 2020).

En algunos países europeos se establecieron políticas de tamizaje previas a la admisión hospitalaria, como solicitar a todo paciente de nuevo ingreso la presentación de prueba de PCR negativa y radiografía de tórax limpia; adicionalmente, en el Reino Unido se siguió una política similar a las de las naciones asiáticas, consistente en mantener un periodo de observación por 14 días, además del empleo de la escala de NEWS, cuyo uso fuera de la contingencia servía para evaluar pacientes que requieren equipos de respuesta rápida y en el contexto de la pandemia se utiliza para determinar severidad y necesidad de referir a unidad hospitalaria de atención COVID (NHS England, 2020).

Otro fenómeno reportado no menos importante, que impacta en el funcionamiento y quizá en el uso de los recursos en los hospitales psiquiátricos,

fue descrito en Italia, donde se observó la reducción del número de hospitalizaciones en siete hospitales psiquiátricos de la región de Lombardía, principalmente en la modalidad de ingresos voluntarios (Clerici *et al.*, 2020), fenómeno que quizá esté presente también en otros lugares; en contraste, en nuestro país la principal modalidad de ingresos es involuntaria y no tenemos la capacidad de atención comunitaria con la que cuenta Europa.

En el continente americano nuestro punto de referencia son las políticas de Estados Unidos; si bien los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) no han emitido una política específica para hospitales psiquiátricos, sí se cuenta con algunos reportes en la literatura sobre las estrategias; en la ciudad de Nueva York, por ejemplo, las directrices de mitigación fueron similares a las adoptadas en China.

MITIGACIÓN EN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS EN MÉXICO

A finales del mes de mayo de 2020, se emitieron los «Lineamientos generales para la mitigación y la prevención de COVID-19 en los hospitales psiquiátricos»; dicho documento contiene 25 puntos que abarcan desde la protección a los derechos humanos, el trato digno, garantizar el suministro de medicamentos, disminución de las visitas y evitar la discriminación, entre otros (Gobierno de México, 2020). Si bien su aporte es significativo, no se adaptaban a la realidad vivida en las unidades que brindan atención en psiquiatría, ya que la visión del documento, como mucho de lo relativo en salud mental, está enfocado a la reducción del estigma y la prevención sin duda relevante de cualquier forma de tortura; sin embargo, para ese entonces algunos hospitales se habían enfrentado a la recepción de pacientes sintomáticos y la mayor parte se vio en la necesidad de implementar sus propios protocolos de atención.

Las capacitaciones en manejo de pacientes sospechosos y confirmados, equipo de protección y otros, fueron prioritarios para otro tipo de unidades hospitalarias por los lineamientos generales, mientras que los emitidos por el sector salud federal para hospitales psiquiátricos fueron poco específicos; un ejemplo fue que recomiendan apoyarse en los lineamientos de reconversión hospitalaria diseñados para hospitales generales y de alta especialidad, cuyas características difieren en infraestructura, recursos humanos y dinámica de las de los hospitales psiquiátricos, como bien fue señalado en otras regiones del mundo y descrito con anterioridad en este artículo.

De esta necesidad surgió la iniciativa de sumar esfuerzos para realizar un consenso entre directores de hospitales psiquiátricos del país, lo que permitiría mejorar la capacidad de los hospitales psiquiátricos mexicanos de afrontar la contingencia sanitaria por la pandemia por COVID-19.

Durante el mes de mayo del 2020, a través de la Coordinación del Capítulo Nuevo León de la Asociación Psiquiátrica Mexicana en conjunto con la APM Nacional, se contactó a directores de hospitales psiquiátricos del país, con el fin de tener reuniones mensuales vía zoom, compartir las experiencias que estuviesen teniendo hasta ese momento en el manejo de la pandemia, así como llegar a consensos y recomendaciones sobre protocolos de hospitalización, consulta externa y cuidado en el personal, además de informar sobre las modificaciones realizadas para disminuir el riesgo de contagio tanto para los pacientes como para el mismo personal de salud.

Desde la primera reunión de directores hasta la realización de este escrito se han tenido siete reuniones, con frecuencia mensual o bimestral, cada una con duración de una hora, y se han compartido las experiencias de cada uno de los hospitales psiquiátricos, las dificultades a las que se han enfrentado en esta pandemia, los diferentes protocolos que se han realizado

en cuanto al manejo de consulta externa, protocolos de visitas por familiares, protocolos de tiempo en aislamiento al ingresar a un paciente, la posibilidad o no de realizar pruebas de detección para SARS-COV-2 en aquellos pacientes sospechosos, cuidados que el personal de los hospitales ha presentado durante la pandemia, así como manejo del paciente con COVID-19 dentro de los hospitales psiquiátricos.

Han participado 23 directores de hospitales psiquiátricos y más de 40 personas en estas reuniones en diferentes momentos, y se ha contado con la participación de jefes de enseñanza y de hospitalización, que han aportado ideas y opiniones sobre los protocolos implementados en los distintos hospitales psiquiátricos del país, con lo que se ha llegado a diversos consensos y recomendaciones.

Los hospitales psiquiátricos que han participado en este consenso en al menos una reunión, son:

Aguascalientes: Hospital Psiquiátrico «Gustavo León Mojica»

Baja California Sur: Hospital Psiquiátrico Baja California Sur

Baja California: Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California

Chihuahua: Hospital Civil Libertad de Ciudad Juárez; Hospital de Salud Mental

Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría «Ramón de la Fuente»; Hospital Psiquiátrico Infantil «Juan N. Navarro»

Colima: Pabellón Psiquiátrico Colima

Durango: Hospital Psiquiátrico de Durango «Dr. Miguel Vallebuena»

Jalisco: Instituto Jalisciense de Salud Mental SALME; Hospital Psiquiátrico «San Juan de Dios»

Michoacán: Hospital Psiquiátrico de Morelia

Nuevo León: Hospital Psiquiátrico del Estado de Nuevo León; Hospital Universitario «José Eleuterio González», UMAE Regional de Psiquiatría IMSS #22, Integra ABP

Oaxaca: Hospital Psiquiátrico de Oaxaca

Puebla: Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano «El Batán»

Quintana Roo: Hospital Psiquiátrico de Cancún

San Luis Potosí: Clínica «Dr. Everardo Neumann Peña»

Sonora: Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte

Tamaulipas: Hospital Psiquiátrico de Tampico

Yucatán: Hospital Psiquiátrico Yucatán

Durante las reuniones realizadas se han abordado diversos temas relacionados con la pandemia y los hospitales psiquiátricos.

MATERIAL Y MÉTODOS DEL CONSENSO

Se contactó a 30 directores de hospitales psiquiátricos del país, de los cuales respondieron 23 para participar en este consenso. Se enviaron dos encuestas vía electrónica a los directores de los hospitales a fin de conocer con mayor detalle los protocolos que cada institución había implementado, así como preguntas relacionadas con su personal de salud y dificultades en el manejo de la pandemia. La primera encuesta fue contestada en julio, con una cantidad de N=23 directores participantes; la segunda, realizada en enero del 2021, fue una encuesta de actualización de los protocolos, y respondieron a ella N=11 directores. A continuación se describen por tema los resultados obtenidos.

RESULTADOS

El 90% (21) de los hospitales psiquiátricos participantes en este consenso fueron hospitales públicos, sólo dos fueron privados.

DE LA CONSULTA EXTERNA

Durante los meses de marzo a julio del 2020, la mayoría de los hospitales psiquiátricos del país

redujeron sus servicios de consulta externa 60% (14); el 26% (6) las canceló. Algunos hospitales localizaron las salas de espera de consulta externa al aire libre, disminuyendo la posibilidad de transmisión y contagio. Describieron que los tiempos de consulta externa disminuyeron con la finalidad de evitar aglomeraciones dentro de las instalaciones, con lo que pudieron llevar a cabo la sana distancia tanto dentro de los consultorios médicos como en las salas de espera. Durante el primer semestre del 2020, el 48% de los hospitales psiquiátricos logró realizar servicios de videollamada con sus pacientes para su seguimiento médico, con lo que hubo menos visitas a hospitales por parte de pacientes y familiares.

HOSPITALES COVID-19

La gran cantidad de contagios que se han registrado en nuestro país ha propiciado la saturación de hospitales, y con ello la necesidad de implementar nuevas áreas de internamiento en hospitales No COVID, como lo fueron los hospitales psiquiátricos. De acuerdo con los resultados, de los 23 hospitales participantes, el 70% (16) de ellos han tenido pacientes ingresados con COVID-19, y el 100% (23) han tenido que modificar sus protocolos de internamiento y de espacio físico dentro del hospital.

DEL INTERNAMIENTO

En los protocolos internacionales se ha recomendado el aislamiento para vigilar la aparición de síntomas respiratorios de los pacientes en los hospitales psiquiátricos por lo menos 14 días antes de trasladarse a una sala general (Chao Li *et al.*, 2020). Sin embargo, la infraestructura, camas disponibles y saturación de los servicios hace imposible en distintos hospitales psiquiátricos implementar esta medida, aunque el 78% (18) de estos en el país sí cumplen con la recomendación. La cantidad de días de aislamiento de los pacientes

de nuevo ingreso varía de acuerdo a sus propios protocolos y espacios físicos.

El 72% (17) aísla al paciente en un tiempo entre los cinco y siete días. La misma cantidad de hospitales (17) tienen área específica para pacientes con COVID-19 y el 63% (14) de ellos han tenido que trasladar a un paciente del hospital psiquiátrico a un hospital general por complicaciones de COVID-19. En el 100% de los hospitales psiquiátricos tienen actualmente protocolos para diagnóstico y manejo de casos sospechosos por COVID-19.

Actualmente, de acuerdo con este consenso, la cantidad de días que permanecen los pacientes hospitalizados ha sido menor, en comparación con los días de internamiento previo a la pandemia, buscando volver más eficiente la hospitalización y reduciendo riesgos de contagio intrahospitalario.

CLÍNICAS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Uno de los objetivos en psiquiatría es la adherencia a tratamiento, con la finalidad no sólo de lograr la estabilidad del paciente en su sintomatología, sino para evitar la rehospitalización. Actualmente, en al menos diez hospitales psiquiátricos del país se han implementado y mejorado las clínicas de adherencia a tratamiento, particularmente con la aplicación de antipsicóticos inyectados para patologías como esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, con lo que se disminuye el riesgo de recaída en esta población.

DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN EN EL PERSONAL DE SALUD

Al inicio de la pandemia, no se contaba con los equipos de protección suficiente para todos los hospitales. Algunos directores mencionaron que la cantidad y calidad de los equipos era insuficiente; sin embargo, conforme se fueron teniendo las re-

uniones, indicaban que los equipos de protección comenzaron a llegar y a utilizarlos entre todo el personal, por lo que hubo que insistir en muchos casos al personal del hospital que lo utilizaran de manera adecuada, así como recordarles constantemente las medidas de higiene, como lavado de manos y distanciamiento físico entre los trabajadores.

Durante la pandemia, en el 50% de los hospitales participantes de este consenso ha fallecido personal de salud que laboraba en la institución, en el 80% de los casos por contagio extrahospitalario. En el 2021, el 90% de los hospitales psiquiátricos consideran tener suficientes equipos de protección para su personal de salud.

DE LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN

Al inicio de la pandemia, las pruebas de detección para el SARS-COV-2 se realizaban principalmente en los hospitales que atendían pacientes con COVID-19 o en laboratorios privados, lo que generaba un gasto difícil de costear por la mayoría de los hospitales psiquiátricos. En julio del 2020, el 54% (12) de los hospitales psiquiátricos referían tener acceso a pruebas de detección por PCR para COVID-19; sin embargo, un 46% no las tenía. En enero del 2021, en casos sospechosos para COVID-19, el 45% (5) puede hacer pruebas de anticuerpos por IgG e IgM, un 36% (4) realiza pruebas de PCR y un 18% (2) pruebas de antígeno.

DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El riesgo de contagio por COVID-19 dentro de un hospital psiquiátrico aumenta debido a las condiciones propias de estos hospitales, como la dificultad para algunos pacientes de portar de manera constante el cubrebocas, los problemas para mantener el distanciamiento físico entre los pacientes, los espacios cerrados, la dificultad de mantener los 14 días de aislamiento recomendados o la poca disponibili-

dad para la realización de pruebas de detección del SARS-COV-2 de manera sistemática. Por lo anterior, en este consenso se acordó la necesidad de que el personal clínico informe al paciente y a la familia sobre estos riesgos y documentarlo de manera clara en el consentimiento informado de ingreso al hospital. En julio del 2020, el 70% (16) de los hospitales no consideraba dentro del consentimiento informado de internamiento el riesgo de contagio. En enero del 2021, el 88% de los hospitales ha implementado este apartado en este documento.

Se definió un decálogo aceptado y consensado por los directores de los hospitales, que a continuación se define.

1. Todo paciente que ingrese a un hospital psiquiátrico deberá de permanecer, si la estructura, personal y logística lo permite, siete días en sala de aislamiento y en observación a fin de observar posibles síntomas de COVID-19 en ese tiempo; posterior a ello el paciente podrá pasar a sala general.
2. Se recomienda disminuir de manera significativa las visitas de familiares, así como el horario de visitas de parte de ellos. Si es posible, implementar videollamadas.
3. Se recomienda que tanto el paciente como la familia firme un consentimiento informado de los riesgos de infectarse por COVID-19 que implica el ingreso a hospital.
4. En los accesos a hospital, se recomienda tener FILTROS sanitarios, donde se preguntará por sintomatología respiratoria, se hará toma de temperatura, así como uso de alcohol gel y asegurar uso de cubrebocas.
5. Se propone seguir con asesoría de epidemiología de cada uno de los hospitales psiquiátricos a fin de sugerir y recomendar medidas de realización de pruebas aleatorias para detección de COVID-19 en el personal de salud.

6. Continuar proporcionando al personal de salud todos los equipos de protección personal y utilizarlos en todo momento.
7. En caso de poder implementar una sala de espera al área libre de consulta externa, esto disminuirá los riesgos de contagio.
8. Se recomienda que todo paciente sospechoso que ingresa a hospital psiquiátrico lleve a cabo prueba PCR.
9. Se recomienda que el paciente ingresado permanezca en el hospital el menor tiempo posible, logrando su estabilización y egresarlo.
10. Se recomienda mejorar los procesos de clínicas de adherencia al tratamiento, con el fin de disminuir riesgo de rehospitalización.

CONCLUSIONES

El consenso de los directores de hospitales psiquiátricos es relevante en nuestro país ya que permite conocer las diversas situaciones que ocurren en cada uno de los estados, con condiciones distintas y retos diversos.

En México, la pandemia por COVID-19 ha representado un desafío para los servicios psiquiátricos; con estas reuniones se plantea continuar el resto de la pandemia compartiendo experiencias y proponiendo adecuaciones a los protocolos de acuerdo con los lineamientos internacionales y medicina basada en evidencia.

Hasta ahora, la implementación de los consensos ha permitido disminuir el riesgo de contagio intrahospitalario, así como mejorar los procesos de consulta, internamiento y seguimiento.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores no tienen ningún conflicto de interés relacionado con la redacción del presente trabajo.

FUENTES

- Chao Li (2020). COVID-19 prevention and control strategies for psychiatric hospitals. *Psychiatric Research* 289, 112935.
- Clerici *et al.* (Dec. 2020). Psychiatric hospitalization rates in Italy before and during COVID-19: did they change? An analysis of register data. *Ir J Psychol Med.* 37(4):283-290.
- Gobierno de México (2020). Comunicado Técnico Diario. Disponible en: <https://bit.ly/31iFSiA>
- Gobierno de México (2020). Lineamientos generales para la mitigación y la prevención de COVID-19 en los hospitales psiquiátricos. Disponible en: <https://bit.ly/39fnJ9R>
- Gobierno de México (2021). Comunicado Técnico Diario. Disponible en: <https://bit.ly/3tXpl01>
- Haifeng Ji *et al.* (2020). Nosocomial infections in psychiatric hospitals during the COVID 19 outbreak. *Eur. J. Psychiat.* 34(3):177-179.
- J.J.E. Rovers *et al.* (Dec. 2020). Why psychiatry is different challenges and difficulties in managing a nosocomial outbreak of coronavirus disease (COVID-19) in hospital care. *Antimicrob Resist Infect Control* 9(1):190.
- NHS England (2021). Coronavirus guidance for clinicians and NHS managers. Disponible en: <https://bit.ly/39fSxHH>
- Su Ting Hsu (2020). Challenge and strategies of infection control in psychiatric hospitals during biological disasters-From SARS to COVID-19 in Taiwan. *Asian Journal of Psychiatry* 54:102270

- Van Damme W., Dahake R., Delamou A. *et al.* (2020). The COVID-19 pandemic: diverse contexts; different epidemics—how and why? *BMJ Global Health*; 5:e003098. doi:10.1136/bmjgh-2020-003098
- Yu Tao Xiang (2020). The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental health service reform. *Int. J. Biol. Sci.* (6):1741-1744.
- Yuncheng Zhu *et al.* (March 2020). The Risk and Prevention of Novel Coronavirus Pneumonia Infections Among Inpatients in Psychiatric Hospitals. *Neurosci. Bull.* 36(3):299-302.

Aspectos médico legales de la telepsiquiatría

Mtra. Alejandra Y. Romo Dávila*

.....
*Instituto Nacional de la Defensa Médica, INADEM S.C.
.....

La telemedicina es un tema poco explorado en Derecho; el único antecedente con el que se cuenta data del 21 de diciembre del 2015, con el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-036-SSA3-2015 para la Regulación de la Atención Médica a Distancia. En este proyecto, fundamentado en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, se establecen los objetivos nacionales, estrategias y prioridades del desarrollo integral y sustentable del país en sus distintos sectores. En el ámbito de la salud, se establece que se debe garantizar, en la medida de lo posible, el «Acceso Universal a los Servicios de Salud», que debe fundamentarse en el acceso efectivo de la población a un servicio de salud de calidad, a través de la reorganización del sector salud, alentando la inversión tanto pública como privada en aplicaciones de telesalud y telemedicina.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de la NOM PROY-NOM-036-SSA3-2015 Para la Regulación de la Atención Médica a Distancia era establecer los procedimientos que debe seguir el personal de salud que preste servicios de atención médica a distancia, así como las características mínimas de infraestructura y equipamiento que deben observarse en los establecimientos que presten dichos servicios, para garantizar la buena práctica de esta modalidad a través del uso de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) conforme a las disposiciones jurídicas aplicables. Esta herramienta se hace indispensable para el gremio de la salud y en beneficio de la población.

Se deben, a su vez, analizar los lineamientos que a continuación se enuncian sin hacer de lado el estado de emergencia sanitaria que hoy se vive, consecuencia de la pandemia por SARS-CoV-2 que obliga a los pacientes, por seguridad, a no acudir a hospital —público o privado— a menos que se presente una emergencia real e inminente. La legislación no había contemplado que pudiera ejercerse una medicina a distancia ni había tomado en cuenta las situaciones de riesgo que esto implica para el profesional de la salud, así como la persecución legal y mediática de la que pueden ser víctimas; por ello, el presente artículo trata de la responsabilidad civil objetiva y el daño moral que esta práctica trae aparejada si no se conocen a detalle las características que debemos evitar al brindar el servicio a distancia.

Los textos (normas, leyes, documentos) que deben tomarse en cuenta son los siguientes:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Ley General de Salud.
3. Reglamento de la Ley General de Salud.
4. Norma Mexicana NMX-I-27001-NYCE-2009, Tecnología de la información-Técnicas de Seguridad-Sistemas de Gestión de la Seguridad de Información-Requisitos.
5. Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA1-2010, Que instituye el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
7. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
8. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
10. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En Materia de Información en Salud.
11. Norma Oficial Mexicana NOM-241-SSA1-2012, Buenas prácticas de fabricación para establecimientos dedicados a la fabricación de dispositivos médicos.

HABLEMOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y LA TELEPSIQUIATRÍA

La desinformación trae como consecuencia la fragmentación y quebrantamiento de la relación mé-

dico-paciente. A partir de la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, el 31 de mayo de 1996, el profesional de la salud se convierte en un simple prestador de servicios y este organismo descentralizado difunde la publicación de los derechos del paciente, quien a su vez asume la calidad de usuario; todo esto incrementa notoriamente el índice de denuncias y demandas infundadas que dejan al médico en un total y absoluto estado de indefensión, a pesar de la supuesta equidad e imparcialidad que promueve dicha comisión. De igual forma, esto conlleva a la creación de empresas carentes de principios éticos y académicos que se ostentan como aseguradoras, y prometen al médico una defensa apegada a un total y absoluto estado de derecho, el cual es violentado por la negligencia e impericia de pseudoabogados que tienen a su cargo no sólo la defensa si no la libertad, cédula profesional y patrimonio del prestador de servicios de salud, que es defraudado de manera flagrante al obtener un resultado que dista de las expectativas prometidas. De ahí surge la necesidad de contar con una capacitación constante y profesional, por lo que hace a la prevención del conflicto médico legal, que erradique la falta de cultura en cuanto a este rubro y que vele por los intereses, justicia y equidad que los profesionales de la salud demandan en la actualidad.

En cuanto al campo de acción de materia civil en cuestiones médico-legales, si un profesional de la salud se ve inmiscuido en una demanda por parte de algún usuario del servicio (paciente), es menester señalar que la reorientación objetiva de la responsabilidad civil visualiza la reparación del daño como una necesidad social y se vuelca sobre el daño mismo y su restitución, sin hacer a un lado los elementos básicos de la responsabilidad: el hecho humano como causante del daño, el daño y la relación causal entre el hecho y el daño; pero con una presunción de responsabilidad civil a cargo del agente, en virtud de que la actividad de la cual se

beneficia se considera de alto riesgo para la producción de dichos daños.

En un régimen de responsabilidad civil objetiva, la simple existencia del daño psicológico en el caso de los psiquiatras implica la responsabilidad del agente como causante del mismo, y por consiguiente es responsable de la reparación de los daños y perjuicios provocados, toda vez que no es necesario que la víctima acredite la culpa del causante, sino el daño y la causa del mismo, de tal forma que el agente asume todos los daños derivados de su actividad, cumpla o no con el estándar de diligencia y con la normatividad de la actividad que desempeñe, como en el caso de los profesionales de la salud psiquiátrica, quienes deben sujetarse a normas y lineamientos que las autoridades sanitarias crean para tales efectos, ampliándose en este punto el concepto de antijuridicidad que se tenía en el sistema subjetivo de responsabilidad.

Dentro de la materia civil existe una teoría base del régimen de la responsabilidad civil objetiva, que tiene una visión eminentemente social y favorece a la víctima por considerar que se encuentra en una situación de desventaja ante el causante del daño, es decir, que reorienta el objeto de la responsabilidad y deja en segundo plano la conducta y la intención del agente objetivando el daño, respondiendo por los daños los actores que participan de una u otra forma en el hecho o actividad causante del daño, más allá de si obraron diligentemente y cumplieron con las disposiciones legales para el desempeño que su actividad profesional exige. Por tanto, la víctima no está obligada a probar la culpa del presunto autor del hecho por el cual reclama el resarcimiento, sino que, al contrario, le basta con acreditar la actividad peligrosa causante del daño, el daño y la relación de causalidad entre ambos (o cuando menos un grado de probabilidad), quedando a cargo del demandado desacreditar a su vez el daño, el nexo causal (relación entre la conducta y el resultado),

las causas que eximen de responsabilidad o la concurrencia de otros agentes.

Por otro lado, la teoría del riesgo considera que si en el ejercicio de una actividad se produce un daño, como es el caso del médico en el ejercicio de su profesión, el causante debe resarcir los perjuicios causados independientemente del grado de diligencia que haya mostrado en su comportamiento, toda vez que realizó una actividad que la ley considera, como su nombre lo indica, de alto riesgo, no tomando en consideración el hecho de que se está llevando a cabo a distancia. Dicha teoría se distingue como una reacción contra el daño injusto que no sanciona al causante, sino que traslada las consecuencias dañosas a un sujeto distinto del que las sufrió, cuando existe una razón que justifique tal desplazamiento.

En el régimen de responsabilidad civil objetiva la carga de la prueba se invierte para obligar al causante del perjuicio a que acredite que obró con la prudencia necesaria del caso, valorándose las determinadas circunstancias de modo, tiempo y lugar en el que se suscitaron los hechos, ponderándose con especial relevancia la naturaleza del hecho bajo el que se generó el daño, como serían, por ejemplo, las condiciones en las cuales se proporciona la valoración psiquiátrica, el diagnóstico y su fundamento, más aún si es necesario medicar al paciente; no obstante, la víctima o actor debe probar la existencia y cuantía del daño producido, identificar al agente que lo causa y acreditar la relación causal entre el daño y el agente; debe existir al menos una presunción derivada de una congruente concatenación entre el daño y la actividad del demandado, lo que resulta común que se dé en pacientes psiquiátricos por presentar perturbaciones psicológicas derivadas de una condición física o genética.

La justificación de la inversión de la carga de la prueba se ubica en la naturaleza de la actividad

generadora del daño, puesto que esta actividad es considerada por la ley como potencialmente dañina y generadora de riesgo para personas y cosas; se presume la responsabilidad del agente, quien está obligado a desvirtuarla, y se eleva el nivel de diligencia y cuidado en determinadas actividades de riesgo. Aunado a esto, se considera que el causante del daño se encuentra en una mejor posición para allegarse de los elementos de prueba que desvirtúen los hechos que se le imputan. En cuanto a la causalidad en este rubro, ésta es la actividad o conducta generadora del daño a la víctima, por tanto, es la razón por la cual el daño puede ligarse con un determinado hecho y responsabilizar de éste a la parte demandada; es la relación que existe entre la conducta desplegada por el agente y el resultado lo que se conoce como nexo causal.

Es menester hacer hincapié en que para dar lugar a una responsabilidad civil por daños es indispensable vincular la actividad generadora del daño con el propio daño, a lo cual se le denomina nexo de causalidad; acreditado este, se pueden imputar al agente los daños producidos, el grado de culpa incurrido y la cuantía de su reparación.

No obstante la objetivación de la culpa y la pertinencia que se le debe dar a la salud como un bien jurídico prioritario para el Estado, sólo debe reparar el daño aquel que lo ha causado, por lo que no basta una presunción de causalidad o un alto grado de probabilidad para la imputación de una responsabilidad civil, y en todos los casos debe quedar acreditado el mismo.

La reparación ideal del daño es aquella que restituye las cosas, objetos o bienes al estado anterior a aquel en que aconteció el daño; sin embargo, en muchos de los casos esto resulta económicamente desmedido o materialmente imposible, por lo cual se sustituye por una cantidad de dinero que tiene por objeto garantizar los perjuicios causados. Así,

la manera adecuada de reparar el daño en materia civil es la que se determina por el órgano jurisdiccional mediante la capacidad económica del agente que ocasionó el daño, para que se configure una cantidad económica que lo resarza y también los perjuicios ocasionados al agente pasivo, es decir, aquel que fue afectado en su esfera jurídica.

Cabe destacar que en México la reparación del daño procede sólo para quien lo sufrió materialmente, de manera directa, y no para algún familiar o persona que haya presenciado el hecho que lesionó la esfera jurídica. Ahora bien, en este tenor de ideas, una persona ajena al hecho puede recibir la reparación del daño siempre y cuando se encuadre en alguno de dos supuestos siguientes:

- 1.- Que el hecho que lesionó la esfera jurídica del agente pasivo haya causado la muerte.
- 2.- Que durante la tramitación del procedimiento civil el agente pasivo se desista de la acción de responsabilidad civil objetiva, sin responsabilidad para el agente activo de la acción.

En la legislación federal, los daños y su responsabilidad civil se determinan a través de las normas aplicables a la reparación del daño, regulados en el Código Civil Federal; no obstante, el artículo 1913 de manera genérica hace referencia a una limitada responsabilidad civil objetiva por actividades de riesgo.

En la legislación común para el Distrito Federal, la observancia se materializa en los artículos que se encuadran en los numerales 1910 y 1916, que a la letra manifiestan:

Artículo 1910. «El que obrando ilícitamente o contra las buenas costumbres cause daño a otro, está obligado a repararlo, a menos que demuestre que el daño se produjo como consecuencia de culpa o negligencia inexcusable de la víctima.»

Artículo 1916. «Por daño moral se entiende la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspecto físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás. Se presumirá que hubo daño moral cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de las personas.»

Cuando un hecho u omisión ilícitos produzcan un daño moral, el responsable tendrá la obligación de repararlo mediante una indemnización en dinero, con independencia de que se haya causado daño material, tanto en responsabilidad contractual como extracontractual. Igual obligación tendrá quien incurra en responsabilidad objetiva conforme al artículo 1913, así como el Estado y sus servidores públicos, conforme a los artículos 1927 y 1928, todos ellos del presente Código.

La acción de reparación no es transmisible a terceros por acto entre vivos y sólo pasa a los herederos de la víctima cuando ésta haya intentado la acción en vida.

El juez determinará el monto de la indemnización tomando en cuenta los derechos lesionados, el grado de responsabilidad, la situación económica del responsable y la de la víctima.

En México, en los casos en que la parte demandada es un profesional de la salud, el paciente o usuario del servicio solicita una reparación del daño moral, monto que fija en la cantidad que estima conveniente, sin que por ello el Juez Civil deba si quiera considerar la solicitud de la parte actora. La vía civil es a la que más se recurre cuando se persigue algún lucro o restitución económica por parte del prestador del servicio, ya que en la materia que hoy nos ocupa no procede la privación de la libertad y mucho menos la inhabilitación en el ejercicio profesional.

Por lo que hace al juicio civil, es necesario diferenciar las partes que tienen interés dentro del mismo para poder comprender las etapas procesales que lo integran: actor, que es quien ejercita la acción dentro de un órgano jurisdiccional (quien cree que le asiste el derecho); el demandado o demandados (que en este caso se nombran codemandados), que es a quien se le reclama dicha acción y las consecuencias que trae aparejada la misma, derivado de una obligación previamente contraída con la parte actora; y el juez que forma parte del juicio toda vez que fija la *litis* (si existe) y dirime resolviendo la controversia.

Una vez aclarado lo anterior, es menester conocer las etapas en las que se divide el proceso civil como tal, las cuales son:

Demanda: en esta fase del proceso, el actor expone por escrito al juzgador sus prestaciones (pretensiones), así como los hechos y elementos de Derecho con las que fundamenta su acción, como lo señala el artículo 255 del Código de Procedimientos Civiles de la CDMX.

Contestación de demanda: se da por regla general en un término de nueve días hábiles, contados a partir de que se emplaza (notifica) al demandado (médico) para tales efectos, y da contestación a los hechos y pretensiones solicitadas por la parte actora, dentro de la cual se deben ofrecer excepciones y defensas (elementos por medio de los cuales se oponen a la acción de la parte actora), como lo señala el artículo 260 del Código de Procedimientos Civiles de la CDMX.

Ofrecimiento de pruebas: es la etapa en la que las partes, dentro de un término de diez días, ofrecen elementos probatorios, establecidos en el Código de Procedimientos Civiles, que acrediten y fundamenten su dicho, como lo señala el artículo 278 del Código de Procedimientos Civiles de la CDMX.

Desahogo de pruebas: es el momento procesal en el que el juez tiene por admitidos o desechados los elementos probatorios y en el que se señala audiencia de ley para el mismo, como lo señala el artículo 299 del Código de Procedimientos Civiles de la CDMX.

El tipo de pruebas que se pueden ofrecer en materia civil son:

- La confesional: su finalidad es lograr que el contrario confiese que existió voluntad tácita y expresa para acreditar los hechos, tanto de la demanda como de la contestación de la misma, como lo señala el artículo 308 del Código de Procedimientos Civiles de la CDMX. En el caso de la telemedicina no habría forma, debido a que no cuenta con la manera idónea de acreditar el hecho
- La instrumental: son los medios que debe tomar el juez en consideración a favor de quien la ofrece, como lo señala el artículo 327 del Código de Procedimientos Civiles de la CDMX.
- La pericial: esta prueba es la de mayor relevancia en aspectos médico legales, ya que con la experiencia de un médico especialista, como lo es un médico psiquiatra, se hará ver al juez que se actuó o no en base a la *lex artis* médica, para que proceda o no una reparación del daño; debemos entender el concepto de perito que es, con base en lo dispuesto por el artículo 346 del Código de Procedimientos Civiles de la CDMX, aquel que tenga conocimientos especiales de la ciencia, arte, técnica, oficio o industria sobre la que versará la controversia.

El perito deberá tener título para su ejercicio (punto relevante en el caso de la especialidad en Psiquiatría), ya que de no contar con este requisito, es decir, la cédula de especialidad en la materia, no

se podría formular dictamen u opinión alguna, al contrario, se incurriría en un delito tipificado en el Código Penal, que es el delito de Usurpación de profesión, consagrado en el artículo 323 del Código Penal para la CDMX y que a la letra dice:

Artículo 323. «Al que se atribuya públicamente el carácter de profesionista sin tener título profesional, u ofrezca o desempeñe públicamente sus servicios, sin tener autorización para ejercerla en términos de la legislación aplicable, se le impondrá de dos a seis años de prisión y de doscientos a quinientos días multa».

Lo anterior resulta indispensable, independientemente de los años de ejercicio profesional en la materia, de la certificación o recertificación, así como de la preparación del médico psiquiatra, ya que jurídicamente no se tiene la capacidad de opinar dentro del juicio si no se cuenta con la cédula o patente que lo acredite como especialista y, por ende, perito en Psiquiatría.

- Reconocimiento o inspección judicial: es la que se realiza por medio de un fedatario público perteneciente al órgano jurisdiccional, con la finalidad de percibir física y visualmente la verdad histórica de los hechos motivo de la controversia; por ejemplo, en cuestiones médicas se realiza a clínicas, hospitales o consultorios donde se haya proporcionado la atención médica, como lo señala el artículo 354 del Código de Procedimientos Civiles de la CDMX, y que en el caso de la telemedicina no puede llevarse a cabo por no contar con dicho establecimiento.
- La testimonial: es la que se realiza a todos los que tengan conocimiento de los hechos que las partes deban probar y que están obligados a declarar, como lo señala el artículo 356 del Código de Procedimientos Civiles de la CDMX.

- **Fotografías, copias fotostáticas y demás elementos:** son aquellas documentales que sirven al juez al momento de dictar sentencia, como lo señala el artículo 373 del Código de Procedimientos Civiles de la CDMX, cosa que no se lleva a cabo en el caso de la telemedicina, puesto que el psiquiatra confía en un «expediente clínico electrónico» que no cuenta con el debido registro ante COFEPRIS, dejando a dicho profesional en estado de indefensión frente al paciente.
- **La presuncional:** es la facultad que tiene el juzgador para averiguar un hecho desconocido, como lo señala el artículo 379 del Código de Procedimientos Civiles de la CDMX.

Alegatos: es donde las partes formulan razonamientos lógico-jurídicos, a efecto de dar a conocer la verdad de los hechos materia de la controversia.

Sentencia: es la resolución que pone fin al procedimiento, sea que condene o que absuelva a la parte demandada de todas y cada una de las prestaciones que se solicitaron en el escrito inicial de demanda, y que encuentra su fundamento en el artículo 426 del Código de Procedimientos Civiles para la CDMX.

Apelación: es el recurso o instancia que recae en la resolución del juez; es requisito *sine qua non*, como en todo el juicio, en que alguna de las partes lo interponga. En ella el Tribunal de Alzada puede confirmar, modificar o revocar la sentencia.

Juicio de amparo (también conocido como juicio de garantías): en él se tratan las violaciones consti-

tucionales que se realicen en contra de alguna de las partes por la autoridad o juez. Este juicio encuentra sustento jurídico en la Ley Reglamentaria del los artículos 103 y 107 constitucionales, la Ley de Amparo.

En cuanto a la especialidad de Psiquiatría, y teniendo en consideración el procedimiento antes mencionado, es de destacarse que el médico se encuentra expuesto a ser demandado por esta vía en virtud de ocasionar un daño que el paciente estime como moral y que le haya causado un perjuicio, ya que el riesgo que conlleva el ejercicio de dicha rama médica a distancia es muy elevado, e incluso los riesgos inherentes a cualquier medicación requerida de acuerdo con el padecimiento del paciente, ya que pueden provocar una reacción en el paciente, por lo que se puede proceder legalmente (el paciente o sus familiares) por la vía penal, administrativa o civil. Esto se explicará de manera detallada en artículos posteriores, en los que hablaremos en específico de la materia penal y los delitos en que se puede incurrir en el ejercicio de la Psiquiatría a distancia.

Con una adecuada defensa y estando en cumplimiento de las normas que rigen esta especialidad, hay solución.

FUENTES

Diario Oficial de la Federación, 31 de mayo del 2006.

Código Civil Federal Vigente, Ed. Sista.

Código Civil de la CDMX Vigente, Ed. Sista.

Código de Procedimientos Civiles de la CDMX Vigente, Ed. Sista.

Código Penal de la CDMX Vigente, Ed. Sista.

Detección y orientación en estudiantes de secundaria con problemas relacionados con el uso de drogas mediante una encuesta virtual

Dr. Jorge Gatica Morales*, Dra. M. Soledad Rodríguez-Verdugo**

*Secretaría de Salud

**Servicio Estatal de Salud Mental

La adicción a drogas es uno de los problemas más graves en la adolescencia, por lo que se seleccionó una muestra aleatoria de estudiantes de secundaria con el objetivo de evaluar una versión virtual del POSIT (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers) a través de un estudio transversal con aplicación en etapas secuenciales y muestreo polietápico. El instrumento de Detección Orientado a Problemas para Adolescentes, escala de uso/abuso de sustancias (POSIT) previamente validado en México y adecuado a nuestra población fue ubicado en una plataforma digital diseñada *ad hoc* con tal fin y además proporcionar orientación y medios para establecer contacto con profesionales de la salud. Se formó un equipo de capacitadores, preparados y dispuestos a intervenir, sensibilizar e invitar a la población muestra a participar en el estudio (23 grupos de 12 escuelas secundarias de la ciudad). 273 encuestas fueron completadas, de las cuales la mayoría (221) fueron realizadas en casa (76%) con una mayor participación de los grupos de segundo grado (32.6%). Entre las siete áreas funcionales afectadas, las de mayor porcentaje de riesgo fueron las denominadas «Salud Mental» (64%) y «Relaciones con Amigos» (71%) así como un porcentaje de la población (5.4%) que reportaron uso o abuso de sustancias, en general, se concluyó que la utilización virtual del POSIT dentro de una plataforma de orientación y referencia debe ser considerada para la generación de estrategias de intervención específica en la web.

INTRODUCCIÓN

La adicción a las drogas es uno de los problemas más graves y crecientes a nivel mundial, debido a los altos costos que implican las consecuencias directas e indirectas del consumo (Rojas *et al.*, 2011).

La adolescencia es una de las etapas más vulnerables y, por consiguiente, la que requiere mayo-

res esfuerzos en prevención (Mariño *et al.*, 1998; CONADIC, 2008). Los estudiantes de secundaria, en la actualidad, utilizan internet como uno de los canales masivos de comunicación más importantes (Powell *et al.*, 2011), conocemos que el 70% de la población adolescente son estudiantes y que además la edad promedio para el inicio en el consumo de sustancias son los 13.7 años (CONADIC, 2008), por lo que la necesidad de establecer estrategias de identificación y detección de adicciones, aplicables

y válidas para este nuevo «ambiente virtual», es imperiosa; nuestra investigación se sitúa en este grupo específico: estudiantes de secundaria.

OBJETIVO

Realizar la adaptación virtual de una herramienta probada en la población mexicana útil para la identificación y detección de trastornos adictivos dentro de una plataforma virtual que contiene, además, mecanismos para referenciar a centros de atención especializados y brindar orientación en tiempo real a los alumnos identificados con problemas relacionados con el uso de drogas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Previa aprobación de los comités de ética y autoridades correspondientes, se realizó un estudio transversal, el cual dividió el proceso de la aplicación en varias etapas secuenciales, utilizando un muestreo polietápico. Se utilizó un instrumento validado para su aplicación en México y adecuado para nuestra población blanco (Mariño *et al.*, 1998), a partir del cual se elaboró su versión virtual. Se diseñó una plataforma en internet que cumpliera las funciones de proporcionar orientación, establecer medios de contacto con profesionales de la salud y albergar el instrumento virtual. Se formó un equipo de capacitadores preparados para realizar durante dos días previos al estudio, intervenciones para sensibilizar e invitar a los estudiantes a participar en el estudio (23 grupos dentro de 12 escuelas secundarias de la ciudad de Hermosillo). Una vez concluida la capacitación, el instrumento estuvo disponible para su ingreso durante una semana natural.

RESULTADOS

La mayoría de las encuestas (76%) se respondieron desde casa (221); los rangos de participación por escuela fueron del 6 al 60%, donde los grupos de

segundo año de secundaria mostraron un mayor porcentaje de respuesta (32.6%). Con respecto al instrumento de detección, se obtuvieron resultados dignos de atención en siete áreas funcionales, de las cuales las de mayor porcentaje de riesgo fueron «relaciones con amigos» (73%) y «salud mental» (64%), identificando un 5.4% en riesgo total. En relación con el área de «conducta agresividad/delinuencia», se encontraron diferencias significativas en las variables edad y grado escolar, aunque no se dispone de información para contrastar los resultados de este estudio con muestras de estudiantes evaluadas de manera similar.

CONCLUSIONES

Una de las ventajas que aporta el instrumento virtual es que, sumado a la identificación de adolescentes con factores de riesgo (Paperny *et al.*, 1990), fue posible brindar una orientación psicoeducativa con estrategias para la reducción de los riesgos detectados (Copeland, 2003), las cuales fueron elaboradas exclusivamente para su difusión junto con el instrumento virtual, ya que los autores no identificaron en la literatura medidas sistematizadas con este fin.

Es importante señalar la importancia y ventajas que ofrece la utilización de estos recursos en cuanto a la deflación de costos y tiempo, sin sacrificar la confiabilidad (Wolford *et al.*, 2008; Houston *et al.*, 2001) en la detección de factores de riesgo relacionados con uso de drogas en la población más vulnerable (Paperny, 1990), para contribuir en la elaboración de programas de prevención en este creciente problema epidemiológico mundial: las adicciones.

FUENTES

CONADIC (2008). Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México: Consejo Nacional contra las Adic-

- ciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI.
- Copeland G.M. (2003). Web-Based Substance Use Intervention: Literature Review And Assessment Of Feasibility In Australia. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.
- Houston T.K., Cooper L.A. *et al.* (2001). Screening the public for depression through the Internet. *Psychiatr Serv.* 52(3):362-367.
- Mariño M.C., González F.C. *et al.* (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental* 21(2): 27-39.
- Paperny D.M., Aono J.Y. *et al.* (1990). Computer-assisted detection and intervention in adolescent high-risk health behaviors. *Journal of Pediatrics* 116:456-462.
- Powell J., Inglis N. *et al.* (2011). The characteristics and motivations of online health information seekers: cross-sectional survey and qualitative interview study. *J Med Internet Res.* 23;13(1):e20.
- Rojas E., Real T. *et al.* (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental* 34:351-365.
- Wolford G., Rosenberg S.D. *et al.* (2008). A clinical trial comparing interviewer and computer-assisted assessment among clients with severe mental illness. *Psychiatric Services* 59(7):769-75.

Síndrome de Burnout en profesionales de la salud laborando en una institución de asistencia privada

Mtra. María Fernanda Busqueta Mendoza*, Psic. Amaya Altuzarra Alonso**, Psic. Luisa Fernanda Ayala García**

.....
*Hospital Español de México, Jefa del Departamento de Psicología
Pediátrica. Académica Universidad Anáhuac México-Norte.
**Universidad Anáhuac México Norte
.....

El propósito del presente estudio fue investigar la prevalencia del Síndrome de Burnout entre los profesionales de la salud pertenecientes a las profesiones de medicina y enfermería que laboran en una institución de asistencia privada de la Ciudad de México para identificar las variables asociadas al mismo, así como la sintomatología que pudiera predisponerlo y con ello poder otorgar retroalimentación a la institución acerca de la salud laboral de sus trabajadores.

El tipo de estudio realizado fue descriptivo correlacional, abarcando una muestra de 467 profesionales de la salud (208 médicos y 259 enfermeras) a los que se les aplicó el «Maslach Burnout Inventory» (MBI) de Maslach y Jackson (1981), que consta de 22 preguntas con una escala de puntuación tipo Likert (0-6).

Los resultados obtenidos revelaron que únicamente el 6.9% de la muestra total estudiada padece el Síndrome de Burnout; no obstante, en el resto de la muestra se identificó la presencia de alguno de los síntomas que preceden o pueden desencadenar el síndrome, entre los que se encontró que el 32.5% de los profesionales de la salud presenta síntomas de «cansancio emocional», el 16.7% síntomas de «despersonalización y cinismo» y el 21.3% restante presenta «baja realización personal».

Respecto a las variables que fueron estadísticamente significativas en cuanto a su correlación con el síndrome, se encontró que el tipo de profesión, edad, presencia de hijos, área de trabajo, especialidad, antigüedad en la institución, horas laborales diarias, turno que ocupan y la realización de «guardias» son los principales factores que influyen en el desarrollo del mismo.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, desgaste laboral, agotamiento profesional, profesionales de la salud, instituciones de asistencia privada.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burnout es «el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por el agotamiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes» (Pines *et al.*, 1981,

citado en González Barón *et al.*, 2008). Se caracteriza por una serie de actitudes y sentimientos negativos con uno mismo, la profesión y las personas con las que se labora. El concepto de *burnout* fue utilizado por primera vez en 1974 por el psicólogo estadounidense Herbert J. Freudenberger en la Clínica Libre de Nueva York, en donde se percató a lo largo de poco más de un año de trabajo de cómo la mayoría de los trabajadores y jóvenes voluntarios en dicha clínica de adicciones comenzaban a presentar un estado de ánimo depresivo, pérdida de energía hasta llegar al agotamiento y falta de motivación por el trabajo, lo que a la vez impactaba en su trato con los pacientes, ya que se volvían gradualmente insensibles, poco comprensivos e incluso agresivos en dicha relación, pasando a tener un trato distanciado y cínico con ellos (Pereda-Torales *et al.*, 2009, p. 401; González Barón *et al.*, 2008).

El fenómeno del *burnout* ha sido estudiado desde hace varios años en distintas profesiones, no obstante, la investigación ha demostrado que tiene una repercusión e incidencia más alta en aquellos profesionales dedicados al área de la salud y, de acuerdo con Carrillo, Gómez & Espinoza de los Monteros (2012), es un problema cada vez más común entre éstos debido a que dichos profesionales se encuentran la mayor parte del tiempo en contacto con el dolor, el sufrimiento humano e incluso la muerte (Gil-Monte, 2010); su trabajo exige que estén bajo presión constante y sometidos a grandes autodemandas, lo cual muchas veces implica renunciar a sus propias necesidades para atender las demandas de los pacientes a los que brindan sus servicios (Carrillo *et al.*, 2012).

Considerando que el ser humano es un ser bio-psico-social, el impacto del Síndrome de Burnout suele afectar una o más de las dimensiones o esferas de la vida de la persona que lo padece; en cuanto a la esfera biológica, suele producir manifestaciones psicosomáticas y alteraciones fisi-

cas diversas (cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales, menstruales, del sueño, cefaleas, dolores musculares o articulatorios, fatiga crónica, entre otros); en la esfera psicológica, son comunes ansiedad, depresión, baja autoestima, falta de motivación, etc., y en la social, alteraciones conductuales, mayor absentismo laboral, abuso de drogas, etc. Asimismo, el *burnout* tiene un impacto en el desempeño profesional, la productividad, la relación médico-paciente y la calidad de la atención que los profesionales de la salud otorgan a sus pacientes, ya que aquellos profesionales que lo padecen suelen desplegar conductas tales como un trato distante, falta de empatía, limitarse a utilizar lenguaje técnico, realizar intervenciones que no son necesarias, impulsividad (discusiones con los otros médicos, con los pacientes y maltrato al personal en general), desmotivación que se ve reflejada en que los trabajadores se desempeñan al mínimo requerido en vez de hacerlo a su máximo potencial, son menos meticulosos con las tareas y por tanto suelen cometer más errores, hay un bajo compromiso organizacional y surge la intención de dejar el trabajo o abandono del mismo (Carrillo *et al.*, 2012; Quirarte, Carvajal & Almanza, 2013; Ortega & López, 2004).

Si bien fue Freudenberger quien le dio el nombre al síndrome, fueron los trabajos de Christina Maslach por los cuales el Síndrome de Burnout obtuvo mayor difusión. Con base en sus estudios; la autora definió el *burnout* como «un síndrome de cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y progresa hacia sentimientos de inadecuación y fracaso» (Carrillo *et al.*, 2012; Quirarte, 2013, p. 275).

En 1981, Maslach y Jackson establecieron un enfoque tridimensional para este conjunto de signos y síntomas; basándose en el trabajo de ambas, las autoras Ortega & López (2004) explicaron detalladamente los tres componentes o dimensiones de dicho síndrome:

1. **Cansancio emocional (también conocido como agotamiento):** hace referencia a la fatiga física o psíquica que experimentan los profesionales; es la sensación de «no poder dar más de sí mismo a los demás» (Ortega & López, 2010, p. 139), de no tener energía debido a una sobrecarga.
2. **La despersonalización:** se explica como el conjunto de actitudes, sentimientos y respuestas negativas, insensibles u hostiles (como el cinismo) hacia los demás, sobre todo con los pacientes o los beneficiarios del trabajo. En concordancia con lo que postulan otros autores, Gil-Monte (2010) establece que la despersonalización es una estrategia que se desarrolla para afrontar el estrés, ya que le permite al profesional no involucrarse en los problemas de sus pacientes.
3. **La baja realización personal o logro:** entendida como la desilusión para dar sentido a la propia vida, la insatisfacción laboral, desmotivación, falta de productividad, de logro, frustración, sentimientos de fracaso y baja autoestima que incluso pueden llevar al cuestionamiento profesional del individuo (Carrillo *et al.*, 2012).

La mayoría de los estudios reportados del Síndrome de Burnout suelen centrarse en profesionales de la salud o en aquellos cuyo objeto de trabajo son personas, como cirujanos, médicos, enfermeros, paramédicos, psicólogos, entre otros; sin embargo, su estudio no necesariamente se restringe a profesiones de ayuda con trato humano, pues en otras profesiones también puede presentarse el agotamiento físico, emocional y mental debido al estrés crónico causado por situaciones emocionales demandantes (Ortega & López, 2004).

Al elaborar un análisis exhaustivo, Ortega & López (2004) encontraron que en la mayoría de los

estudios sobre el Síndrome de Burnout se han tomado en consideración variables personales como el género, la edad, estado civil, existencia de hijos, profesión, antigüedad en el trabajo, estrategias de afrontamiento, psicopatologías, personalidad, dificultades en la comunicación interpersonal y falta de una red de apoyo familiar-social, entre otras, además de variables organizacionales como el clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo y el apoyo social.

Si bien el Síndrome de Burnout es un problema de salud que, de acuerdo con numerosos estudios, ha aumentado considerablemente con el paso de los años, otros estudios realizados en México entre el personal médico revelan cifras de prevalencia del síndrome que oscilan entre un 42.3 y 44% hasta un 55% (Pereda-Torales *et al.*, 2009).

De lo anterior surge la necesidad de continuar estudiando el Síndrome de Burnout en profesionales de la salud e investigar las variables y factores asociados a su desarrollo. Debido a que la institución en la que se realizó la investigación (Hospital Español de México) no cuenta con un precedente de investigación amplio del tema, el objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia e intensidad del Síndrome de Burnout entre diferentes profesionales de la salud (médicos adscritos, internos de pregrado, residentes y enfermeras de diferentes rangos) que laboran en dicha institución con el fin de identificar las variables asociadas al mismo, así como la sintomatología que pudiera predisponerlo y con ello poder otorgar retroalimentación a la institución acerca de la salud laboral de sus trabajadores y los factores que pudieran impactar en la misma.

A su vez, esta investigación busca contribuir a la investigación en México relacionada con el Síndrome de Burnout en profesionales que laboran en instituciones de asistencia privada y, al ser una

condición que se puede prevenir, brindar información que pudiera contribuir a la elaboración de programas de prevención o intervención que impacten positivamente en la salud y calidad de vida de los profesionales mejorando el ambiente laboral y generando instituciones más funcionales y productivas.

MATERIAL Y MÉTODO

Procedimiento

El tipo de estudio realizado fue descriptivo correlacional. La investigación se llevó a cabo en una institución de asistencia privada de la Ciudad de México durante el periodo del 9 de febrero al 30 de abril del 2016.

Se utilizó el Inventario MBI (Maslach Burnout Inventory), que es un instrumento autoaplicable y que fue contestado por 498 profesionales de la salud (incluidos médicos y enfermeras) a los cuales les fue explicado el motivo de la investigación, solicitando su participación voluntaria, firma de una carta de consentimiento informado y garantizándoles absoluta confidencialidad en el manejo de la información y resultados.

A pesar de que se aplicaron un total de 498 encuestas, 31 de ellas fueron eliminadas debido a que los profesionales de la salud que contestaron llevaban menos de dos meses laborando en la institución (médicos internos de pregrado); de esta manera, se evitó confundir el Síndrome de Burnout con un posible periodo de adaptación en dichos profesionales.

Muestra

Los profesionales de la salud que integraron la muestra total fueron 467, de los cuales 73.6% fueron mujeres (343), mientras que el 26.4% restante fueron hombres (123); los rangos de edad de la muestra estudiada se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Rangos de edades de los profesionales de la salud encuestados

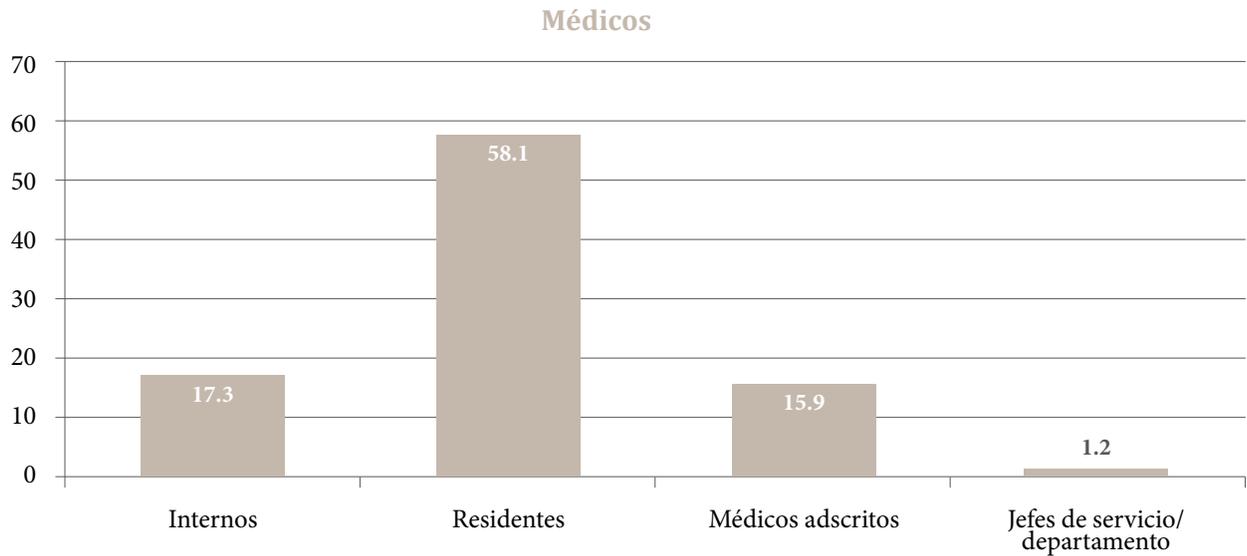
Rango de edad (años)	Porcentaje de la muestra (%)
20-35	60%
36-50	28.4%
51 en adelante	11.7%

Respecto al estado civil de los participantes, el 54.4% de ellos mencionaron ser solteros, 27% reportaron estar casados, 1.7% ser viudos, mientras que el 6.7% afirmaron encontrarse divorciados y el 10.3% restante vivir en unión libre. En cuanto a la presencia de hijos, 12.7% de los profesionales reportaron tener un solo hijo, el 28.4% más de uno, el 58.8% ninguno y tres de ellos no respondieron la pregunta.

En lo que respecta al grado máximo de escolaridad, el 9.7% de los participantes registraron haber estudiado hasta la secundaria, 6.5% hasta preparatoria, 11.7% cuenta con un nivel técnico, 2.4% con un curso post-técnico, 24.5% con una licenciatura, el 29.9% con una especialidad, el 11% con subespecialidad, 3.9% con una maestría, 0.4% con un doctorado y 5 de ellos no respondieron a dicha categoría.

En cuanto al tipo de profesión de los participantes, el 44.5% (208) de los encuestados son médicos y el 55.5% enfermeras (259). En lo que respecta a la posición laboral de los médicos, tal como se muestra en la figura 1, el 17.3% de ellos son internos (36), 58.1% residentes (29 correspondían al primer año de residencia, 19 al segundo año, 23 al tercero, 26 al cuarto, 14 al quinto, 7 al sexto, 1 al séptimo y 2 no indicaron en qué año de residencia se encontraban), 15.9% médicos adscritos (33) y 8.7% jefes de servicio o departamento (18).

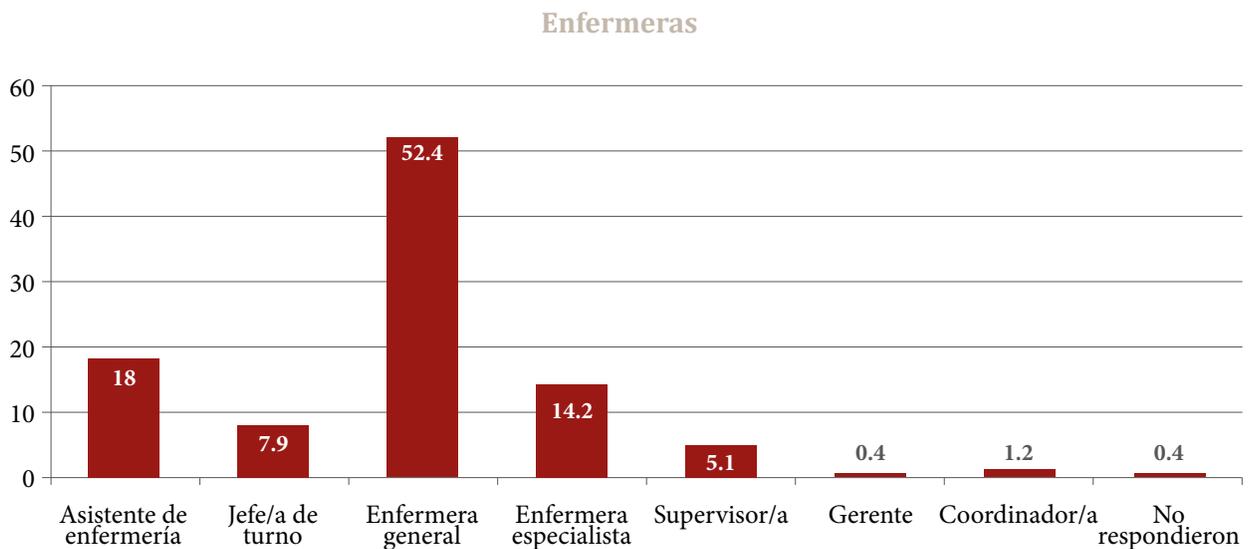
Figura 1. Posición laboral de médicos encuestados



En el caso de las enfermeras encuestadas y su posición laboral, como se muestra en la figura 2, 18% son asistentes de enfermería (47), 7.9% jefes de turno (20), 52.4% enfermeras generales (133), 14.2% enfermeras especialistas (36), 5.1% supervisoras (13), 0.4% gerentes (1), 1.2% coordinador (3) y 0.4% no respondieron el reactivo correspon-

diente a la posición laboral. De las 133 enfermeras generales, únicamente 44 especificaron si su preparación había conestado en enseñanza técnica o en la licenciatura en enfermería, obteniendo que el 34.1% se encontraban dentro de la rama técnica (15) y el 65.9% tenía la licenciatura en enfermería (29).

Figura 2. Posición laboral de enfermeras encuestadas



En cuanto al tipo de especialidad de los participantes, en las tablas 2 y 3 se mencionan las especialidades y número de profesionales (médicos o enfermeras) pertenecientes a cada una de ellas; sin embargo, es importante mencionar que 73 de los participantes no respondieron la pregunta relacionada a la especialidad de pertenencia a pesar de haber una categoría de respuesta para «no aplica» en caso de enfermeras generales, auxiliares de enfermería y médicos internos de pregrado.

Tabla 2. Especialidades de los médicos encuestados

Especialidad médicos	Frecuencia
Anestesiología	17
Cirugía	17
Cardiología	9
Gastroenterología	6
Geriatría	7
Ginecología	11
Infectología	4
Medicina Crítica	7
Medicina Interna	18
Neonatología	5
Oncología	2
Ortopedia	7
Otorrinaringología	5
Pediatría	21
Psiquiatría	9
Radiología	8
Otro	18

Tabla 3. Especialidades de las enfermeras encuestadas

Especialidades enfermería	Frecuencia
Anestesiología	29
Cardiología	2
Cirugía	32
Endocrinología	1
Gerencia Administrativa	3
Geriatría	8

Ginecología	1
Hemodiálisis	4
Infectología	2
Intensivistas	15
Neonatología	3
Neurocirugía	11
Neurología	2
Oncología	2
Ortopedia	2
Pediatría	8
Psiquiatría	1
Otro	23
No aplica	69

Por otro lado, en cuanto a la antigüedad de los profesionales de la salud laborando en la institución, el 57.8% reportó una antigüedad laboral de cinco años o menos, el 13.5% de 61 meses a 10 años, el 7.7% de 121 meses a 15 años, el 4.4% de 181 meses a 20 años, el 6.2% de 241 meses a 25 años, el 6% de 301 meses a 30 años, el 3.5% de 361 meses a 40 años y finalmente sólo el 0.8% reportó haber laborado en la misma por más de 40 años.

En cuanto al turno laboral, la jornada laboral y el tipo de guardias de los profesionales encuestados, los resultados muestran que el 36.2% refirió trabajar en el turno matutino, el 20.3% en el turno vespertino, el 2.4% en el turno nocturno, el 36.4% en turno mixto, el 3% respondió la opción de «otro» y el 1.1% «no aplica»; no obstante, el 0.6% (tres profesionales) no contestaron dicho reactivo. Respecto a la duración de la jornada laboral, el 55.2% reportó trabajar entre 1 y 8 horas diarias, el 21% entre 9 y 16 horas, el 21.8% más de 16 horas y el 1.9% no contestó este reactivo. En relación a las guardias, el 66.8% reportó realizar guardias, el 31.5% refirió no realizarlas y el porcentaje restante (1.7%) no contestó. Por último, de los profesionales que reportaron realizar guardias,

el 0.5% hace guardias tipo A-B, el 77.5% guardias A-B-C, el 7.5% guardias A-B-C-D y para el 14.5% no aplicaba esta pregunta.

Finalmente, en referencia al tipo de tareas laborales (trato con pacientes versus labores administrativas) que realizan los participantes de esta investigación, los resultados indicaron que el 65.3% tiene trato directo con pacientes, contrario al 1.5% que realiza únicamente labores administrativas; no obstante, el 31.9% reporta estar involucrado en ambas labores y el 1.3% omitió su respuesta.

INSTRUMENTO

El instrumento que se aplicó a los encuestados fue el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach & Jackson (1981). Dicho inventario está conformado por 22 reactivos sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia sus pacientes, los cuales se evalúan en tres categorías: cansancio emocional o agotamiento, el cinismo y la despersonalización y, finalmente, la realización personal en el ámbito laboral. Es un instrumento autoaplicable y las opciones de respuesta están configuradas en una escala tipo Likert con siete opciones de respuesta que van desde «nunca» (puntuando cero) hasta «diariamente» (puntuando 6), tal como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4. Opciones de respuesta en el MBI y calificación

Opciones	Calificación
Nunca	0
Alguna vez al año o menos	1
Una vez al mes o menos	2
Algunas veces al mes	3
Una vez a la semana	4
Varias veces a la semana	5
Diariamente	6

De acuerdo con el MBI, para poder considerar que un profesional de la salud tiene el Síndrome de Burnout se tienen que considerar los siguientes criterios:

- Obtener una **puntuación alta** dentro de la categoría de cansancio emocional, la cual tiene una puntuación máxima de 54 puntos; los rangos son:
 - De 0 a 18 = nivel bajo
 - 19 a 26 = intermedio
 - 27 o más = alto.
- Obtener una **puntuación alta** en cinismo y despersonalización, la cual tiene una puntuación máxima de 30 puntos; los rangos son:
 - Menos de 6 = nivel bajo
 - De 6 a 9 = nivel intermedio
 - 10 puntos o más = nivel alto
- Puntuar **bajo** en la escala de realización personal, la cual tiene una puntuación máxima de 48 puntos, los rangos son:
 - Del 0 al 33 = nivel bajo
 - Del 34 al 39 = nivel intermedio
 - 40 puntos o más = nivel alto

(Maslach & Jackson, 1981)

RESULTADOS

Siguiendo los criterios citados anteriormente y estipulados en la puntuación del instrumento utilizado para determinar que un profesional padece el Síndrome de Burnout, los resultados indican que únicamente el 6.9% de la muestra total de profesionales de la salud encuestados lo padecen. Sin embargo, lo anterior no descarta la presencia de síntomas individuales que pueden preceder el inicio del síndrome como: cansancio emocional, despersonalización o falta de realización personal en los profesionales de la salud restantes y cuyos resultados también son reportados en este estudio.

A continuación se describirán únicamente las variables que resultaron estadísticamente significativas para la presencia de *burnout*:

En cuanto al tipo de profesión, los resultados indicaron que de los profesionales de la salud que padecen el síndrome, el 78.1% son médicos (25) y el 21.9% restante son enfermeras (7).

En relación con la edad y número de hijos, los resultados muestran que el 90.6% de los profesionales que lo padecen se encuentran en un rango de edad de 20 a 35 años, mientras que tan sólo el 9.4% tiene de 36 a 50 años de edad. En cuanto al número de hijos, los profesionales afectados que refirieron tener un solo hijo fueron el 3.1%, mientras que el 12.5% reportó tener más de uno y el 84.4% ninguno.

Por otro lado, las principales áreas de trabajo en las que se encuentran laborando los profesionales que padecen el Síndrome de Burnout se aprecian en la tabla 5.

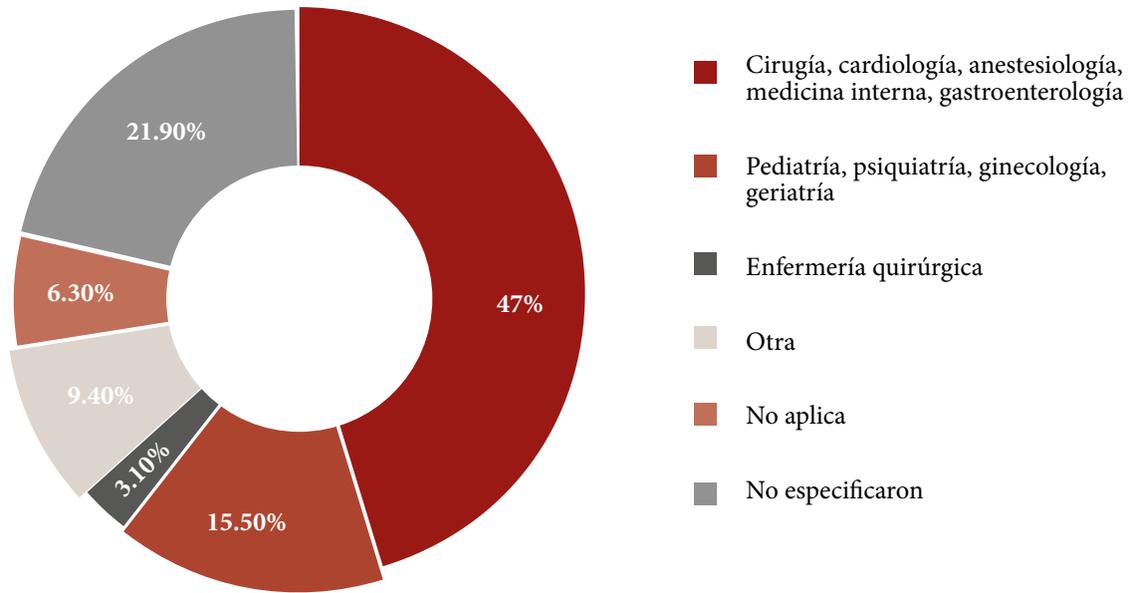
Tabla 5. Área(s) de trabajo de los profesionales que padecen *burnout*

Área de trabajo	Frecuencia de profesionales de salud	Porcentaje equivalente
Cuidados intensivos adultos	1	3.1%
Hospitalización adultos	4	12.5%
Hospitalización y urgencias adultos	2	6.3%
Psiquiatría	1	3.1%
Quirófano	4	12.5%
Quirófano y consulta externa	1	3.1%

Área de trabajo	Frecuencia de profesionales de salud	Porcentaje equivalente
Unidad Coronaria y hospitalización adultos	3	9.4%
Urgencias adultos	7	21.9%
Urgencias pediatría	1	3.1%
Laboran en más de dos áreas de trabajo, entre ellas: hospitalización adultos y pediatría, urgencias adultos y pediatría, psiquiatría, consulta externa, áreas administrativas, consulta externa, quirófano, UTI, UTIP y oncología.	5	18.6%
Otro	3	9.4%

En lo que respecta a la especialidad y como se observa en la figura 3, el 47% de los profesionales afectados por el síndrome pertenece a las especialidades de cirugía, cardiología, anestesiología, medicina interna y gastroenterología; el 15.5% pertenecen a las especialidades de pediatría, psiquiatría, ginecología y geriatría; el 3.1% pertenece a enfermería quirúrgica, 9.4% indicó la categoría de «otra», el 6.3% indicó la categoría de «no aplica» y el 21.9% restante no especificó especialidad alguna.

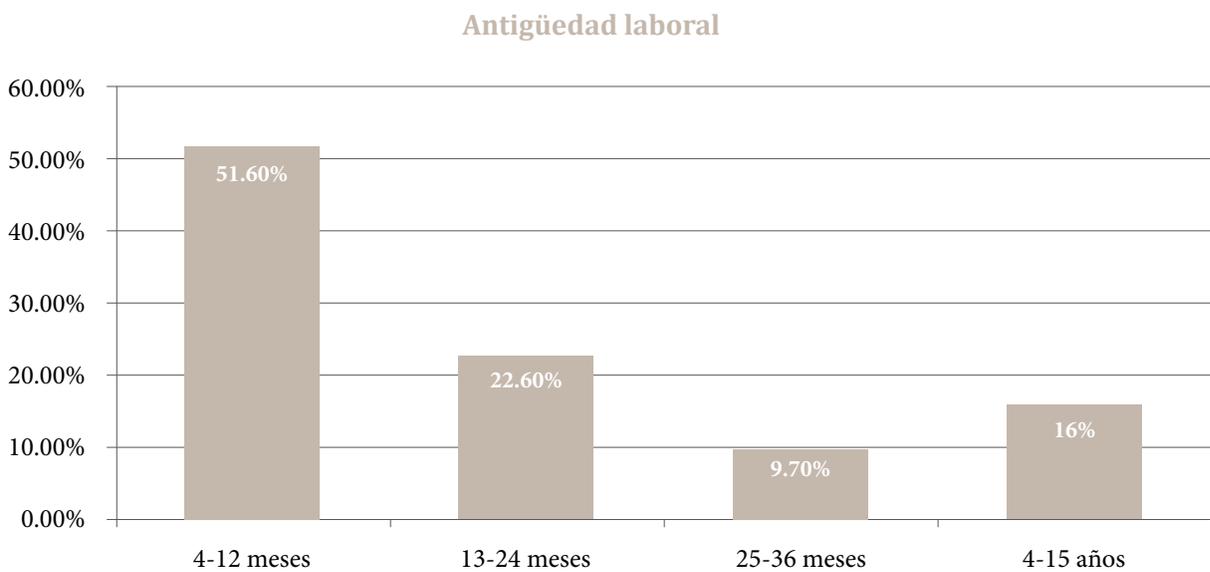
Figura 3. Especialidades de los profesionales de la salud que padecen el Síndrome de Burnout



En cuanto a la antigüedad laboral de los profesionales de la salud que resultaron positivos para el síndrome, los resultados arrojaron que el 51.6% de dichos profesionales tiene una antigüedad laboral

de entre 4 a 12 meses, el 22.6% de entre 13 a 24 meses, 9.7% de entre 25 a 36 meses y el 16% restante entre 4 y 15 años.

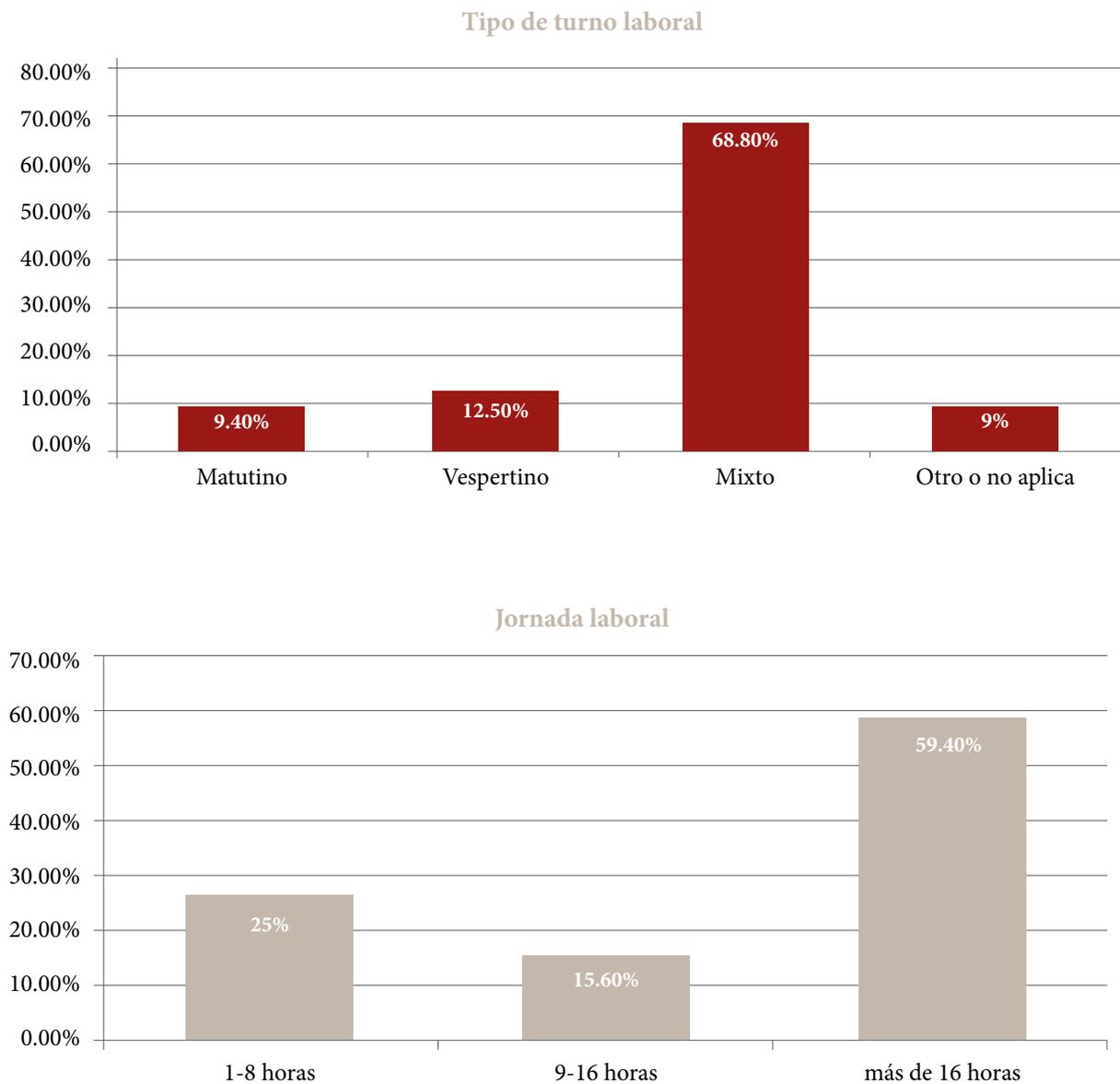
Figura 4. Antigüedad laboral de los profesionales de la salud que padecen el Síndrome de Burnout



Asimismo, respecto al turno en el que laboran y la duración de la jornada laboral (medida en horas de trabajo diario), como se puede observar en las figuras 5 y 6, el 9.4% de los profesionales que padece *burnout* trabaja durante el turno matutino, 12.5% durante el turno vespertino, el 68.8% labora en el turno mixto y el 9.4% restante refirió laborar en «otro turno» o respondieron en la categoría de «no

aplica». En cuanto a las horas de trabajo diario, los resultados demuestran que de aquellos profesionales afectados por el síndrome, el 25% trabaja de 1 a 8 horas diarias, el 15.6% de 9 a 16 horas y el 59.4% restante labora más de 16 horas diarias. Aunado a lo anterior, los resultados reportan que el 90.6% de los profesionales afectados por tal condición realizan algún tipo de guardia.

Figura 5. Tipo de turno laboral de los profesionales de la salud que padecen el Síndrome de Burnout

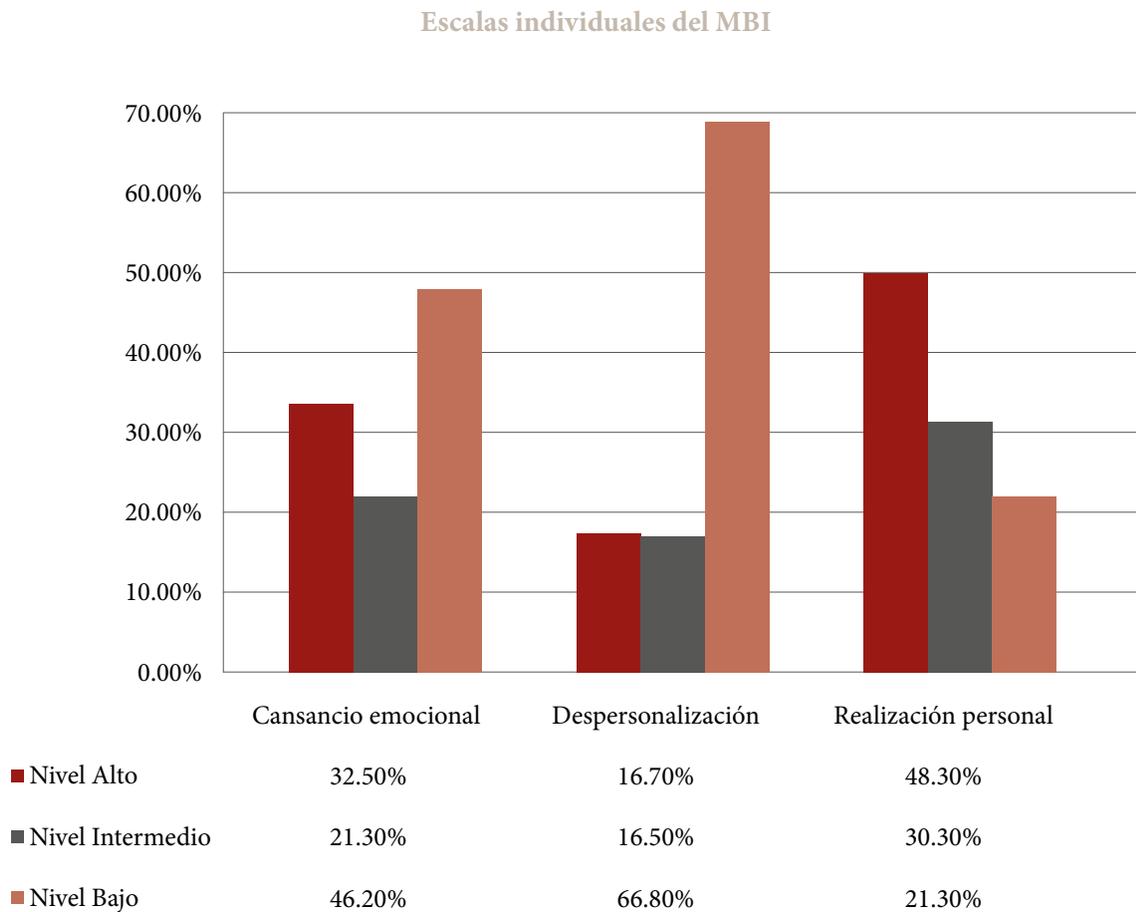


Finalmente, en lo que respecta a la labor que realizan, el 51.6% de la muestra total afectada por el síndrome indicó tratar únicamente con pacientes, mientras que el 48.4% reportó realizar labores mixtas: administrativas en combinación con trabajo clínico con pacientes y el 3.1% restante no respondió la pregunta.

A pesar de que únicamente 32 profesionales de la salud, correspondientes al 6.9% de la muestra total estudiada, obtuvieron puntuaciones indica-

doras de *burnout* (al haber puntuado alto en las escalas de cansancio emocional y despersonalización pero con baja puntuación en la escala de realización personal), consideramos importante mencionar los resultados obtenidos de los participantes restantes en las diferentes escalas individuales del instrumento MBI (cansancio emocional, despersonalización/cinismo y realización personal) e ilustradas en la figura 6, podrían ser indicadores de síntomas que preceden o conducen al *burnout*.

Figura 6. Niveles de cansancio emocional, despersonalización y realización personal en el total de la muestra encuestada de profesionales de la salud



Como se muestra en el gráfico anterior, el 32.5% del total de los profesionales de la salud encuestados (140) presentan síntomas elevados de cansancio emocional, tales como agotamiento emocional, sentimientos de vacío, fatiga, cansancio por el contacto con personas, frustración laboral, sentimientos de estar al «límite» de las propias posibilidades e incluso pueden percibir exceso de carga laboral.

Además, el 21.3% se encuentra en el nivel intermedio de sintomatología relacionada con el cansancio emocional (90), lo cual indica que dichos profesionales podrían encontrarse en proceso de desarrollarla. No obstante, el 42% restante (199) no presenta los síntomas ligados a dicha escala y 36 profesionales (8%) no respondieron a los reactivos necesarios para puntuar en el nivel de cansancio emocional.

Por otro lado, en cuanto a la escala de despersonalización y cinismo, se puede observar que el 16.7% de los profesionales de la salud (75) presentan síntomas propios de esta y que involucran falta de empatía, indiferencia hacia los pacientes, hostilidad, culpan a otros de sus errores y tienen la percepción de que pueden llegar a tratar a las personas como objetos impersonales o que los pacientes los pueden culpar por sus problemas (Gil-Monte, 2001).

En un nivel intermedio de esta misma escala se encuentra el 16.5%, profesionales (74) que presentan sólo algunos síntomas moderados de esta escala. Por último, el 66.8% representa a los 300 profesionales de la salud restantes que no poseen la sintomatología de dicha categoría y el 4% (18) de los mismos que no respondieron las afirmaciones necesarias del instrumento para poder determinar si cumplían o no con los criterios de la escala de cinismo y despersonalización.

Para poder clasificar a un profesional con Síndrome de Burnout, además de puntuar alto en las

categorías de cansancio emocional y despersonalización anteriormente citadas, éste debe obtener un puntaje bajo en la categoría de «realización personal», en donde precisamente se ubica el 20% de los profesionales de la salud de este estudio (95). Lo anterior indica que dichos profesionales pueden presentar dificultades para ser empáticos, eficaces, productivos y proactivos. Además, en ocasiones se les puede dificultar establecer vínculos positivos con sus pacientes, manejar adecuadamente sus emociones y pueden incluso cuestionar el valor y sentido de su trabajo, hasta el punto de considerar abandonar el mismo o dedicarse a otra profesión (Monte, 2002).

En las categorías intermedia y alta de esta última escala (realización personal) se ubican el 29% (135) y el 46 % (215) de los participantes respectivamente; aquellos que puntuaron alto en esta escala presentan sentimientos de estar influyendo positivamente en sus pacientes y satisfacción con su trabajo y el manejo del mismo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El Síndrome de Burnout es descrito por Maslach & Jackson (1981) como un fenómeno multidimensional y un proceso en etapas evolutivas cuyas causas son multifactoriales. Dichas autoras en sus investigaciones identificaron tres dimensiones principales en el proceso de desarrollo del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y cinismo, así como falta de realización personal (Zamora *et al.*, s/a, citado por González *et al.*, 2008).

Es importante mencionar que el estudio de este síndrome no se ha basado simplemente en un desarrollo teórico sino también en la observación cuidadosa de aquellas personas que lo padecen. Se ha corroborado que los profesionales de la salud suelen encontrarse en mayor riesgo de padecer *burnout*, ya que están sometidos a estrés constante,

autodemandas, frustración, cansancio y continuamente se enfrentan al dolor, sufrimiento y pérdidas (Carrillo *et al.* 2012; Gil-Monte, 2010); se trata de profesiones sometidas a una alta demanda emocional y que establecen una relación constante de ayuda a otras personas (como lo son los médicos y enfermeras) generando un importante impacto en su calidad de vida y en las esferas personal, sociofamiliar e institucional (Zamora *et al.*, s/a, citado en González *et al.*, 2008; Lacasta *et al.*, 2008, citado en González *et al.*, 2008).

A lo largo del tiempo, se han realizado diferentes estudios sobre el Síndrome de Burnout, en los cuales se ha buscado identificar y analizar variables sociodemográficas como género, edad, estado civil, antigüedad profesional, número de hijos, escolaridad, entre otras, ligadas de manera directa con su aparición; no obstante, algunos de los estudios publicados han sido contradictorios en sus resultados (Camps *et al.*, s/a, citado en González *et al.*, 2008).

A su vez, existen escasos estudios del tema enfocados en instituciones de asistencia privada; debido a lo anterior, surge la necesidad de realizar una investigación de este tipo, siendo este estudio uno de los únicos en abarcar una población de profesionales pertenecientes a las disciplinas de medicina y enfermería de distintos grados académicos y rangos laborales.

Aunque los resultados de esta investigación mostraron que sólo un bajo porcentaje de los profesionales de la salud encuestados padecen *burnout* (6.9% de la muestra total estudiada), no sólo resulta importante considerar la muestra que resultó positiva para el síndrome, sino también el grupo de profesionales que obtuvo altos porcentajes de riesgo en las diferentes escalas del MBI, ya que la presencia de dichos síntomas individuales pueden anteceder su inicio y llegar a desencadenarlo más adelante. Asimismo, los resultados obtenidos per-

mitieron identificar las variables de mayor significancia relacionadas con el Síndrome de Burnout dentro de la muestra estudiada.

Respecto al tipo de profesión de los participantes en la investigación, los hallazgos indicaron que fueron los médicos (con un 78.1%) quienes resultaron mayormente afectados por el Síndrome de Burnout.

En referencia a la edad y corroborando los hallazgos de otras investigaciones, se identificó que los profesionales de la salud más jóvenes (aquellos que se encuentran entre los 21 y 35 años de edad) son más propensos a desarrollar el síndrome. Aunque los hallazgos en la literatura son contradictorios al estudiar la variable de la edad, Rodríguez *et al.* (2009) confirman los resultados obtenidos en la presente investigación con su estudio realizado en dos hospitales del Estado de México a 122 enfermeras, con una edad mínima de 20 años y máxima de 56, ya que en este último se encontró que el Síndrome de Burnout afecta más a aquellas personas que tienen entre 20 a 29 y 40 a 49 años en un 90 a 92%. Ligado a lo anterior, el presente estudio comprobó que a mayor antigüedad laboral, menor incidencia del Síndrome de Burnout.

En relación a la presencia de hijos, los resultados indican que del total de la muestra que resultó positiva para el Síndrome de Burnout, el 84.4% reportó no tener hijos, concordando con el estudio realizado por Ríos, Sánchez & Godoy (2010) enfocado a 125 profesionales de enfermería de los servicios de Cuidados Intensivos y Urgencias de un hospital en la región de Murcia (España), cuyos hallazgos indicaron que aquellos profesionales con hijos presentaban una menor frecuencia del síndrome que aquellos sin hijos.

Por otro lado, en cuanto al turno de trabajo, el estudio reveló que de la muestra que resultó positiva para el Síndrome de Burnout, el 68.8% laboraban

en un turno mixto. Además, aunque se había supuesto que únicamente aquellos profesionales de la salud que trabajaran más de ocho horas diarias presentarían el síndrome, los resultados arrojaron que el trabajar de una a ocho horas también es un factor que predispone a padecerlo. Aunado a lo anterior, se comprobó que aquellos profesionales que realizan algún tipo de guardia presentan mayor incidencia de *burnout*.

En lo que respecta al área de trabajo y especialidad, se había supuesto que aquellos que laboraran en ámbitos críticos (como urgencias, unidad de cuidados intensivos, unidad coronaria) serían más propensos a presentar el Síndrome de Burnout en relación con otras especialidades y áreas de trabajo; sin embargo, los resultados mostraron que dicho síndrome está más presente en especialidades ajenas a las áreas críticas, tales como cirugía, cardiología, gastroenterología, anestesiología y medicina interna. En cuanto al área de trabajo, se encontró mayor incidencia de *burnout* en las áreas de urgencias y hospitalización de adultos, áreas quirúrgicas y en profesionales que laboran en más de dos áreas de trabajo.

De igual forma, se encontró que aunque variables como el estado civil, posición laboral, grado máximo de escolaridad, trato con pacientes y tipo de guardia que realizan los profesionales de la salud no resultaron altamente significativas para la presencia de *burnout*, los resultados mostraron que puede existir una mayor tendencia a padecer el síndrome en aquellos profesionales que se encuentran solteros, cuentan con un grado máximo de escolaridad de licenciatura, así como en los profesionales que tratan únicamente con pacientes y no realizan labores administrativas. Igualmente, se encontró que los médicos residentes y enfermeras generales son más propensos a padecer *burnout*, así como los profesionales que realizan el tipo de guardia «A-B-C».

En lo que respecta a las limitaciones del estudio, debe mencionarse que aunque se utilizó un cuestionario autoaplicable, influyó significativamente el factor individual de la honestidad y meticulosidad de cada profesional para responderlo, pues a pesar de que se les hizo hincapié en que los resultados permanecerían en el anonimato, existe la posibilidad de que algunos por miedo u otros factores no hayan querido responder sinceramente.

Otra limitación encontrada en el estudio es que el instrumento utilizado (MBI) no considera ni mide condiciones laborales como la presión asistencial, factores ambientales, órdenes incongruentes, remuneración inadecuada, conflictos interpersonales con el equipo (como jefes inmediatos, superiores y con los compañeros de trabajo), entre otras condiciones, los cuales también representan factores que podrían influir en el desarrollo y presencia del síndrome (Ordóñez, 2008).

Asimismo, durante el periodo de aplicación se buscó conformar una muestra equitativa de las diferentes especialidades y áreas de trabajo, lo cual no fue posible lograr por factores de tiempo, disposición y cooperación de los profesionales de diversas áreas y especialidades. Para futuros estudios, se sugiere ampliar el tiempo de aplicación en la institución e intentar recabar una muestra equivalente de cada área de trabajo, especialidad y que abarquen las variables que se pretendan medir para obtener datos aún más confiables.

Se espera que el estudio también contribuya a la investigación del Síndrome de Burnout en nuestro país, buscando promover y fomentar la salud mental ante todo de aquellos que se dedican a servir a otros, como lo son los profesionales de la salud, impactando con ello positivamente en el bienestar global de la sociedad. Finalmente, debe destacarse que conocer las variables y síntomas que predisponen al *burnout* permite tomar medidas educativas

y de prevención a nivel institucional que prevengan o aborden el síndrome de forma óptima y en beneficio del profesional de la salud, la atención brindada a los pacientes y la institución en la creación de programas educativos, de concientización y prevención del síndrome.

FUENTES

- Camps C., Sánchez P. *et al.* (s/a). Investigaciones. En González M., Lacasta L. & Ordóñez A. (2008). *El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología*. México: Médica Panamericana, S.A.
- Carrillo R., Gómez K. & Espinoza de los Monteros I. (2012). Síndrome de Burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 28(6), 579-584. Disponible en: <https://bit.ly/2P8TOt0>
- Gazziano E.S. & Ferraz E.R. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global* 18, 1-20. Disponible en: <https://bit.ly/3rnIFlc>
- Gil-Monte P. (2010). El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica InterAcção Psy* 1, 19-33.
- González M., Lacasta L. & Ordóñez A. (2008). *El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología*. México: Médica Panamericana, S.A.
- Maslach C. & Jackson S.E. (1981). The Measurement of Exerienceed Burnout. *J Occup Behav* 2:99-113.
- Ortega C. & López R. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 4, 1. 137-160. Disponible en: <https://bit.ly/3tW9O0b>
- Pereda-Torales L., Márquez F.G. *et al.* (2009). Síndrome de Burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental* 32(5), 399-404. Disponible en: <https://bit.ly/2NSYYJe>
- Potter P., Deshields T. *et al.* (2010). Compassion Fatigue and Burnout: Prevalence Among Oncology Nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 14(5), 56-62. Disponible en: <https://bit.ly/3d2YDMw>
- Quirarte M., Carvajal A. & Almanza J. (2013). Síndrome del Burnout en el personal de residentes de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología. *Sanidad Militar México* 67(6), 275-281. Disponible en: <https://bit.ly/31g7hbl>
- Ríos M.I., Sánchez J. & Godoy, C. (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema* 22(4), 600-605. Disponible en: <https://bit.ly/3cZo69G>
- Rodríguez C., Oviedo A. *et al.* (2009). Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México. *Fundamentos en Humanidades* 10(1), 179-183. Disponible en: <https://bit.ly/3clbOJO>
- Savio A. (2008). El síndrome del burnout: un proceso de estrés laboral crónico. *Hologramática* 5(8), 121-138. Disponible en: <https://bit.ly/31dG0A0>
- Zamora P., González M. & Espinoza E. (s/a). *Concepto e historia del Síndrome de Agotamiento Profesional*. En González M., Lacasta L. & Ordóñez A. (2008). *El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología*. México: Médica Panamericana, S.A.

Manía de inicio tardío: ¿trastorno bipolar? Presentación de dos casos

Dr. Jesús Alejandro Aldana López*, Dr. Rafael Medina Dávalos*, Dr. César González González

*Instituto Jalisciense de Salud Mental

La manía es la característica distintiva del trastorno bipolar (TB), que suele iniciar en la adultez temprana; sin embargo, su aparición en el adulto mayor ha sido menos estudiada. Existe suficiente evidencia que diferencia a un subgrupo de TB de inicio tardío (TBIT) con distinto perfil clínico, epidemiológico y pronóstico. Describimos a dos pacientes con debut de manía en edad tardía, asociados a atrofia cerebral, lesiones hiperintensas en sustancia blanca de predominio derecho y factores de riesgo cardiovascular. Se discute el papel de estos hallazgos con el concepto de manía secundaria y vascular, como una expresión del síndrome de desinhibición, y las implicaciones pronósticas y terapéuticas de su clasificación dentro de los sistemas diagnósticos actuales.

Palabras clave: trastorno bipolar; inicio tardío; enfermedad cerebrovascular; manía vascular; hiperintensidades de sustancia blanca.

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar (TB) es una enfermedad crónica cuya característica particular son los episodios alternos de manía y depresión, o episodios con síntomas de ambos polos denominados mixtos, que repercuten en el funcionamiento global (APA, 2013; OMS, 1992). El inicio de los síntomas suele presentarse en la adultez temprana (Almeida *et al.*, 2002), y se estima que cerca del 90% de los individuos con TB lo desarrollará antes de los 50 años de edad (Oostervink *et al.*, 2009), con una prevalencia total de 1.4% en individuos de 18 a 44 años de edad (Dols *et al.*, 2014). Sin embargo,

se han descrito tres subgrupos de TB de acuerdo a la edad de inicio: con inicio precoz (TBIP) (≤ 20 años), inicio intermedio (>20 a ≤ 30 años) e inicio tardío (TBIT) (>30) (Atzorn *et al.*, 2013), aunque algunos han propuesto sólo dos subgrupos (de inicio precoz y tardío) (González *et al.*, 2009). El TBIT es bien diferenciado del resto de los cuadros bipolares por su menor tiempo de evolución, menos antecedentes de consumo de drogas previo a los síntomas, mayor comorbilidad médica (Atzorn *et al.*, 2013), menos intentos de suicidio y menos antecedentes familiares de enfermedad mental (González *et al.*, 2009).

Aunque poco estudiada, la manía en etapas tardías de la vida no es infrecuente. Se estima una prevalencia del 6% en pacientes ancianos ingresados a unidades de psicogeriatría con diagnósticos de

TBIP y TBIT, de los cuales aproximadamente un tercio corresponde a estos últimos (Dols *et al.*, 2014). Además, la manía en etapas tardías puede ocurrir en aquellos casos de conversión de un trastorno depresivo preexistente a TB, manía secundaria, detonada por fármacos u otra condición médica (neurológica y no neurológica), y la manía relacionada con otros trastornos neuropsiquiátricos como la demencia o el delirium (Dols *et al.*, 2014; Mendez, 2000).

Existe una hipótesis vascular para el debut de manía en etapas tardía, inicialmente descrita en episodios depresivos en la vejez y posteriormente propuesto como especificador por Steffans y Krishnan en 1998, incluyendo en sus criterios la evidencia de cambios en neuroimagen (cuadro 1) (Steffens, 1998; Wijeratne *et al.*, 2007), reportados frecuentemente como lesiones hiperintensas en sustancia blanca (HSB), definidas como focos de intensidad de señal brillante detectables por imagen de resonancia magnética (IRM) en secuencias de ponderación T2 y en inversión-recuperación con atenuación de fluido (FLAIR), localizados preferentemente en regiones periventriculares y en sustancia blanca profunda, y relacionados con factores de riesgo cerebrovascular como diabetes e hipertensión (Tamashiro *et al.*, 2008; Shulman, 1997). A continuación, describimos dos casos de TBIT que coinciden con estas características y posteriormente discutiremos el papel de estos hallazgos.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso 1:

Mujer de 65 años de edad, acude al servicio de urgencias con inquietud psicomotriz severa, disforia, verborrea, coprolalia, pensamiento ideofugitivo y delirante de grandiosidad con matices paranoides, desencadenado hace cuatro meses tras la suspensión de fármacos para TB que toma desde hace un año, cuando inicia súbita e ininterrumpidamente

con humor eufórico, disminución de la necesidad de dormir, aumento de actividad dirigida, iniciando múltiples proyectos sin consolidarlos y generando deudas familiares, verborrea y distraibilidad, agregándose sobreinvolucramiento en actividades sociales, cometiendo indiscreciones, mostrándose altamente irritable, exhibiendo ideación delirante referencial, de daño y perjuicio, demandando jurídicamente a familiares y vecinos, presentando cuadros de agresividad contra estos.

Sin antecedentes familiares de enfermedad mental. Padre hipertenso finado por complicaciones de insuficiencia renal; madre hipertensa finada por infarto agudo al miocardio (IAM); abuela paterna finada por complicaciones de diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Antecedentes personales de hipertensión arterial sistémica diagnosticada hace 10 años, tratada con Verapamilo 80 mg al día; ingresada por 45 días en hospital general hace un año y medio con diagnóstico de TB bajo tratamiento convencional, recobrando funcionalidad en áreas domésticas durante ocho meses, hasta la suspensión del tratamiento.

En su inspección resalta su complexión obesa. Exploración neurológica normal, diestra, funciones mentales superiores con pobre concentración, alteraciones en la memoria a corto plazo, incapaz de realizar sustracciones sucesivas correctamente. Examen breve del estado mental (MMSE): 26. Escala de manía de Young (YMRS): 37. Se practicaron exámenes de laboratorio (cuadro 2) y neuroimagen (imagen 1). Fue medicada con valproato de magnesio (1200 mg/día), risperidona tabletas (2 MG/día), y lorazepam (1 mg/día), y a su alta 40 días después, sólo persisten planes exagerados; YMRS: 11.

Caso 2:

Mujer de 58 años de edad, inicia abruptamente hace tres años y medio con ánimo elevado y actitud pueril, excesiva familiaridad con extraños, au-

mento de la energía y actividad dirigida, errores de juicio como regalar artículos del hogar indiscriminadamente. Su evolución fue continua con empeoramiento gradual, agregándose ideas delirantes de daño, tornándose irritable e impulsiva, presentando brotes cada vez más frecuentes y graves de agresividad heterodirigida a objetos y personas, que requirieron de intervención policial, trasladado y valoración por nuestra institución.

No cuenta con familiares conocidos con enfermedad mental. Antecedentes familiares de IAM por línea paterna y DM2 en línea materna. No hay antecedentes personales médicos, quirúrgicos, traumáticos ni psiquiátricos. No recibía atención preventiva.

A su valoración, se le encuentra vistiendo sólo un camión largo, sin ropa interior, regular higiene, desaliñada, complexión obesa, actitud pueril. Exploración neurológica con reflejo palmomentoniano bilateral. Hipertímica, con verborrea y pensamiento tangencial, ideas sobrevaloradas de fama, sin alteraciones sensoriales, desorientación temporal gruesa, pobre atención y concentración, memoria de trabajo deficiente, abstracción concreta, cálculo deficiente y sin completar la imagen del reloj. MMSE: 24, YMRS: 30. Se solicitaron exámenes generales (cuadro 2) y neuroimagen (imagen 2). Se inició ensayo con carbamazepina (600 mg/día) de manera ambulatoria por seis semanas, obteniendo un YMRS: 9 final.

DISCUSIÓN

Si bien ambos casos comparten varias similitudes, en primera instancia es de llamar la atención la edad de inicio de un episodio de manía, cosa no menor en la sospecha de un posible cuadro secundario y en la necesidad de excluir una serie de diagnósticos diferenciales con otras condiciones médicas, en especial en el paciente de edad avanzada (González *et*

al., 2009; Shulman, 1997; Shulman, 2001). Las formas de inicio fueron abruptas, con síntomas continuos tendientes al empeoramiento, distinguibles de los episodios o fluctuaciones tan característicos del TBIP. Así también, la pobreza de antecedentes psiquiátricos tanto familiares como personales, ausencia de consumo de drogas previas y la suicidabilidad, perfilan distinto a los casos expuestos arriba (Atzorin *et al.*, 2013; González *et al.*, 2009).

La identificación de los factores de riesgo cardiovascular no modificables como antecedentes familiares de enfermedad vascular y la edad, junto a los modificables como la obesidad, el sedentarismo y la dislipidemia en ambas, e hipertensión arterial sistémica en el primer caso, resultan elementos importantes para el abordaje y estudio de estas pacientes. El índice aterogénico de Castelli (IA), indicador utilizado para valorar rápidamente el riesgo cardiovascular con un valor predictivo superior a otros parámetros lipídicos y una mayor correlación con la enfermedad cerebrovascular (ECV) (Millan *et al.*, 2010), se muestra en los dos casos en un rango entre 4.5 a 7 (cuadro 2), compatible con un riesgo moderado, haciendo más probable que la sintomatología, de inicio súbito y continuo, pueda ser secundaria a ECV subyacente. En un estudio descriptivo se reportó al menos un factor de riesgo cardiovascular en 22 de 23 pacientes con manía de inicio tardío, 67% presentaba colesterol ≥ 200 mg/dl, 60% historia de tabaquismo, 50% hipertensión arterial, 22% diabetes mellitus y 11% enfermedad coronaria (Cassidi *et al.*, 2002).

Los hallazgos de atrofia cortico-subcortical en ambas pacientes, y quizá menos obvia la presencia de una pequeña HSB en región frontal derecha en el caso 1 (imagen 1), así como algunas HSB subcorticales y periventriculares de predominio derecho en el segundo caso (imagen 2) evidenciadas por IRM, confirmarían las sospechas anteriores. Las HSB son generalmente descritas como lesiones difusas,

parcialmente confluentes en tejido subcortical, y aunque son clasificadas generalmente como «inespecíficas», han sido fuertemente asociadas a riesgo cardiovascular y son consideradas resultantes de procesos microangiopáticos (Förstl *et al.*, 2000). Aunque las HSB fueron descritas inicialmente en la depresión vascular e inclusive son reportadas en ancianos sanos como proceso de envejecimiento normal, hoy son el hallazgo de neuroimagen más común en el TB sin importar su edad de inicio, reportado en aquellos con peor introspección (Förstl *et al.*, 2000), y también en familiares sanos de pacientes con TB tipo I (Serafini *et al.*, 2014). Sin embargo, el TBIT se distingue por la mayor prevalencia y severidad de las HSB y un mayor riesgo cardiovascular (Tamashiro *et al.*, 2008; Serafini *et al.*, 2014; Tighe *et al.*, 2012).

La relación entre la manía de inicio tardío en presencia de procesos vasculares, como aterosclerosis, lesiones cerebrovasculares silentes, infartos lacunares, desmielinización atrófica, hialinización arteriolar (Förstl y *et al.*, 2000), o comorbilidad neurológica, está asociada a síndromes de desinhibición (Shulman, 2001), implicando compromiso en la conectividad de circuitos críticos para la regulación afectiva (Zanetti *et al.*, 2007). El síndrome de desinhibición y la manía comparten múltiples síntomas, que incluyen hiperactividad, presión al habla, disminución de la necesidad de dormir, hipersexualidad, hiperfagia, brotes de agresividad, euforia, irritabilidad, grandiosidad, fuga de ideas, alteraciones sensoriales e ideas delirantes (Shulman, 1997). Las causas subyacentes son heterogéneas, e incluyen ECV, alcoholismo, trauma cráneo-encefálico, demencias neurodegenerativas, entre otras (Mendez, 2000; Shulman, 2001).

El circuito orbito-frontal cobra especial interés en el síndrome de desinhibición (Shulman, 1997), que comprende a los lóbulos frontales, encargados de

la volición, motivaciones y comportamiento psicomotor, las conexiones límbicas que modulan las emociones y la inhibición, y los núcleos subcorticales que regulan la conducta instintiva (Shulman, 2001). Las lesiones o el funcionamiento deficiente de los circuitos fronto-límbicos resultan en una modulación prefrontal disminuida de la red límbica anterior, expresándose como desregulación afectiva y desinhibición (Zanetti *et al.*, 2007). El funcionamiento cortical también puede ser afectado ante la presencia de HSB, interfiriendo en tareas cognitivas que incluyen funciones ejecutivas, atención, memoria y velocidad de procesamiento (Zanetti *et al.*, 2007). Las lesiones de localización derecha han sido descritas consistentemente (Vasudev *et al.*, 2010), argumentándose la participación del hemisferio derecho en el rol interpersonal (Shulman, 1997), y la risa patológica en lesiones derechas (Shulman, 2001). Sin embargo, no son exclusivas, pues se ha reportado también la presencia de lesiones cerebrales del lado izquierdo o en otras regiones como el tálamo (Shulman, 1997, López *et al.*, 2009).

Existen implicaciones diagnósticas debido a la diversidad de nomenclaturas y términos sobrepuestos, como el Síndrome de Desinhibición, manía secundaria y TBIT (Wijeratne *et al.*, 2007; Shulman, 1997; Vasudev, 2010). La CIE10 lo clasifica como Trastorno Maniaco Orgánico F06.3 (OMS, 1992), y más recientemente el DSM5 considera a estos cuadros como trastorno bipolar debido a otra condición médica (APA, 2013), existiendo el riesgo de ser manejados como un TB «clásico» de inicio en la juventud, obviándose la asociación y el impacto de los riesgos cardiovasculares comórbidos, por lo que el término *manía vascular* continúa siendo clínicamente útil, y aunque faltan estudios concluyentes, Wijeratne & Malhi (2007) proponen criterios revisados (cuadro 1), en donde el debut de manía de una semana de evolución, a la edad de 50 años como punto de corte, y en relación con el incre-

mento del riesgo cardiovascular, serán elementos cardinales para sospechar de esta condición.

El pronóstico y manejo está relacionado con el control de comorbilidades, factores de riesgo modificables y la prevención de nuevos eventos (Vasudev *et al.*, 2010). Aunque el significado clínico de las HSB no ha sido completamente dilucidado, su presencia, extensión y progresión están asociadas con peor pronóstico, pobre respuesta al tratamiento y cronicidad (Zanetti *et al.*, 2007; Besga *et al.*, 2011). El tratamiento farmacológico en este grupo de edad siempre será un reto, debido a las interacciones medicamentosas y mayor sensibilidad a los efectos secundarios (McDonald *et al.*, 2002).

No existen estudios controlados para el tratamiento farmacológico del trastorno bipolar en la vejez, y las recomendaciones son extrapoladas de guías del TB en pacientes jóvenes o anecdóticas (Vasudev *et al.*, 2010; McDonald *et al.*, 2002), pero en general los antipsicóticos de segunda generación son efectivos en la manía aguda y la agitación psicomotriz. El litio, debido a su perfil de efectos secundarios, es difícilmente tolerado en la vejez, especialmente en aquellos casos con comorbilidad neurológica, en quienes el valproato se ha mostrado mejor tolerado con vigilancia de efectos secundarios dosis-dependientes. La carbamazepina ha mostrado efectividad en la manía geriátrica, incluso debajo de los rangos séricos utilizados para epilepsia; sin embargo, la oxcarbazepina tiene un mejor perfil farmacocinético y de efectos secundarios (McDonald *et al.*, 2002). Otras alternativas son lamotrigina, gabapentina y levetiracetam (Vasudev *et al.*, 2010).

En resumen, la descripción de los dos casos presentados coincide con lo descrito en la literatura y son ejemplo de la necesidad de identificación de estos cuadros clínicos como distintos a aquellos de inicio temprano. Aunque se requiere de más estudio, la neuroimagen continúa siendo de enorme utilidad,

y concluimos que el término de *manía vascular* es más apropiado y descriptivo, llevando consigo importantes implicaciones para su estudio y manejo.

FUENTES

- Almeida O. & Fenner S. (2002). Bipolar Disorder: Similarities and Differences between Patients with Illness Onset Before and After 65 Years of Age. *International Psychogeriatrics* 14(3): 311-322.
- American Psychiatric Association (2013). Bipolar Disorders. In Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Atzorn J.M, Bellivier F. *et al.* (2013). Characteristics and Profiles of Bipolar I Patients According to Age-at-Onset: Findings from an Admixture Analysis. *Journal of Affective Disorders* 150:993-1000.
- Besga A., Martinez-Cengotitabengoa M. *et al.* (2011). The Role of White Matter Damage in Late Onset Bipolar Disorder. *Maturitas* 70:160-163.
- Cassidy F. & Carroll B.J. (2002). Vascular Risk Factors in Late Onset Mania. *Psychological Medicine* 32: 359-362.
- Dols A., Kupka R. *et al.* The Prevalence of Late-Life Mania: A Review. *Bipolar Disorders* 16:113-118.
- Förstl H. & Hentschel F. (2000). Contribution of Neuroimaging to the Differential Diagnosis of Dementias and Other Late Life Psychiatric Disorders. *Reviews in Clinical Gerontology* 10:55-68.
- González A., Barbeito S. *et al.* (2009). Implicaciones clínicas de la edad de inicio del trastorno bipolar I: dos subgrupos con diferente pronóstico. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2(1):29-34.

- López J.D., Araúxo A. & Páramo M. (2009). Trastorno bipolar de inicio tardío secundario a lesión talámica derecha. *Actas Esp Psiquiatr* 37(4):233-235.
- McDonald W.M. & Wermager J. (2002). Pharmacologic Treatment of Geriatric Mania. *Current Psychiatry Reports* 4:43-50.
- Mendez M. (2000). Mania in Neurologic Disorders. *Current Psychiatry Reports* 2:440-445.
- Millán J., Pintó X. *et al.* (2010). Cocientes lipoproteicos: significado fisiológico y utilidad clínica de los índices aterogénicos en prevención cardiovascular. *Clin Invest Arterioscl.* 22(1):25-32
- Nagaratnam N., Wong K. & Patel I. (2006). Secondary Mania of Vascular Origin in Elderly Patients: A Report of Two Clinical Cases. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 43:223-232.
- Oostervink F., Boomsma M. & Nolen W. (2009). Bipolar Disorder in the Elderly; Different Effects of Age and of Age of Onset. *Journal of Affective Disorders* 116:176-183.
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE 10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.
- Serafini G., Pompili M. *et al.* (2014). The Impact of Periventricular White Matter Lesions in Patients with Bipolar Disorder Type I. *CNS Spectrums* 1-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24411553/>.
- Shulman K. (1997). Disinhibition Syndromes, Secondary Mania and Bipolar Disorder in Old Age. *Journal of Affective Disorders* 46:175-182.
- . (2001). The Significance of Maniac Syndromes in Old Age. *Reviews in Clinical Gerontology* 11:159-165.
- Steffens D.C., Krishnan K. (1998). Structural Neuroimaging and Mood Disorders: Recent Findings, Implications for Classification, and Future Directions. *Biol Psychiatry* 43:705-712.
- Tamashiro J.H., Zung S. *et al.* (2008). Increased Rates of White Matter Hyperintensities in Late-Onset Bipolar Disorder. *Bipolar Disord* 10:765-775.
- Tighe S.K., Reading S.A. *et al.* (2012). Total White Matter Hyperintensity Volume in Bipolar Disorder Patients and Their Healthy Relatives. *Bipolar Disord* 14:888-893.
- Vasudev A. & Thomas A. (2010). «Bipolar Disorder» in the Elderly: What's in a Name? *Maturitas* 66:231-235.
- Wijeratne C. & Malhi G.S. (2007). Vascular Mania: an Old Concept in Danger of Sclerosing? A Clinical Overview. *Acta Psychiatr Scand* 116(434):35-40.
- Zanetti M.V., Cordeiro Q. & Busatto G. (2007). Late Onset Bipolar Disorder Associated with White Matter Hyperintensities: A Pathophysiological Hypothesis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 31:551-556.

ANEXOS

Cuadro 1. Criterios diagnósticos de manía vascular*

	Steffans y Krishnan	Wijeratna y Malhi
Esencial	A: Síndrome de manía	Manía DSM (una semana de duración) Primer episodio de manía a los 50 años*
		Evidencia clínica de EVC o AIT o al menos dos enfermedades sistémicas de riesgo cardiovascular**
Uno de B	B1: cambios clínicos de EVC o AIT	
	B2: cambios en neuroimagen	
	B3: cambios neuropsicológicos	
Apoyo	Inicio o cambio del curso de enfermedad a los 50 años*	Cambios en neuroimagen mayores de lo esperado para la edad
	Falta de historia familiar	Cambios neuropsicológicos mayores de lo esperado para la edad
	Disfuncionalidad	

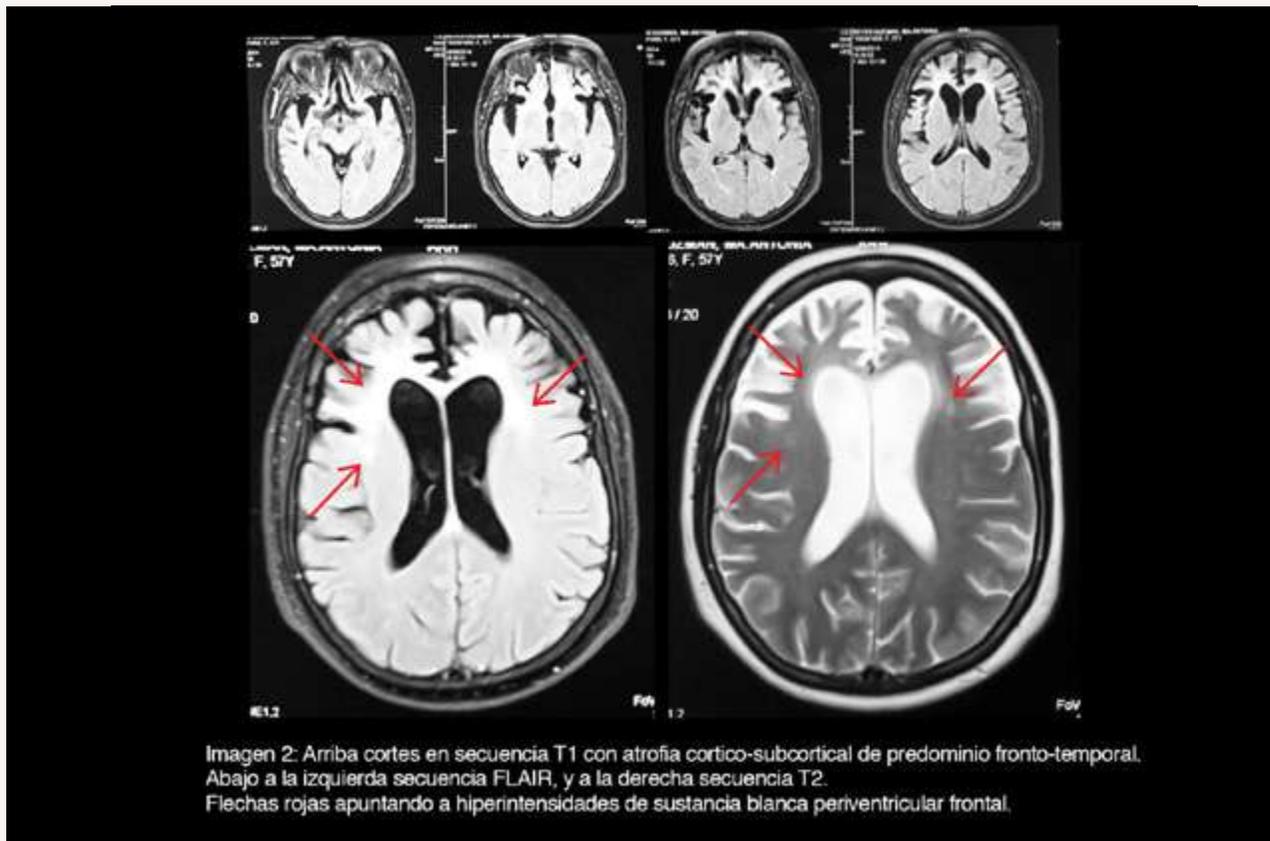
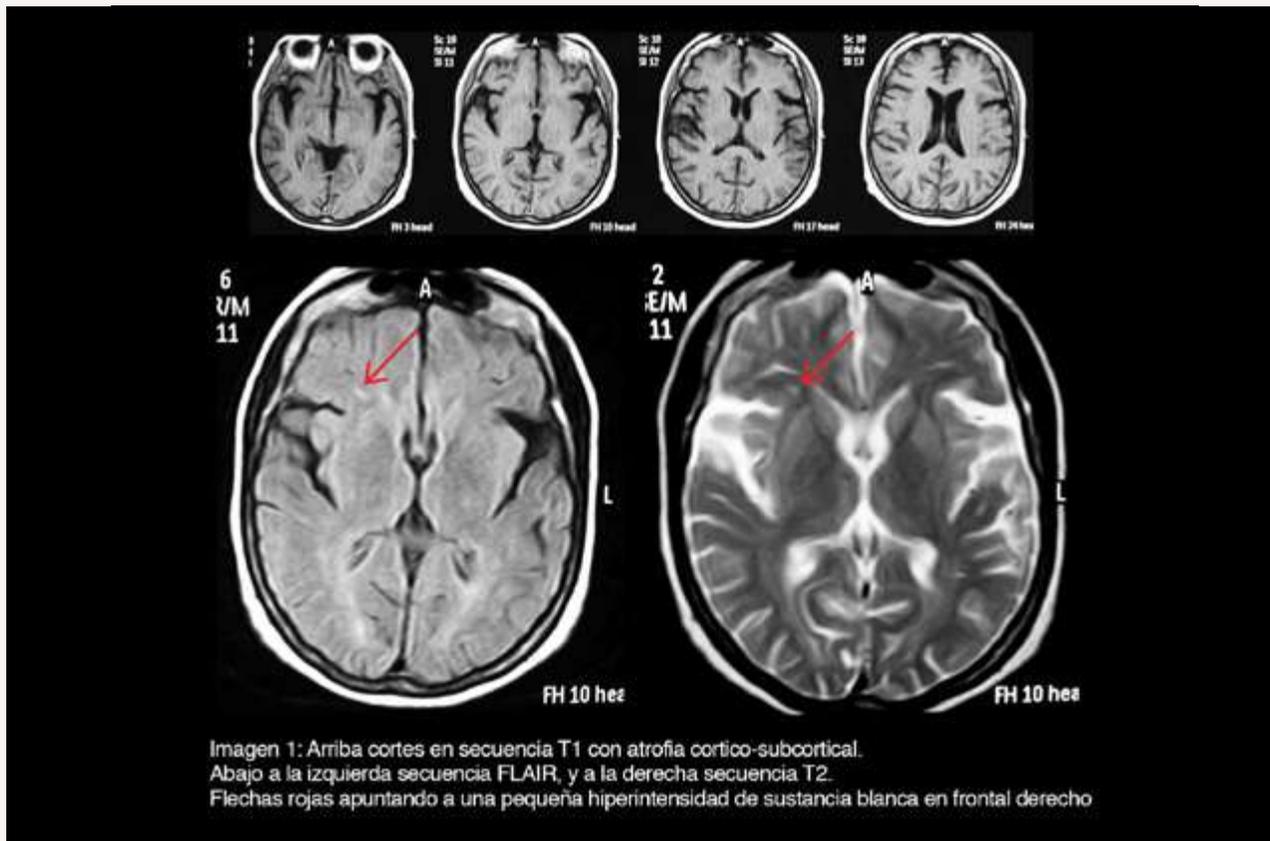
*Adaptado y con permiso de referencia 10.

**Enfermedad coronaria, hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes mellitus.

Cuadro 2. Exámenes de laboratorio y gabinete

	Caso 1	Caso 2
HbA1c	4.7 mg/dl	5.3 mg/dl
Colesterol	206.2 mg/dl	313.3 mg/dl
Triglicéridos	184.5 mg/dl	221.4 mg/dl
VLDL	52.3	44.2 mg/dl
HDL	35.21	49.5 mg/dl
IA	5.85	6.33
IRM	Atrofia cortico-subcortical severa. Pequeña HSB localizada en región frontal derecha (imagen 1a)	Atrofia cortico-subcortical predominio frontotemporal. Algunas HSB subcorticales y periventriculares predominio derecho (imagen 1b)

HbA1c: hemoglobina glucosilada A1c. VLDL: lipoproteínas de muy baja densidad. HDL: lipoproteínas de alta densidad. IA: índice aterogénico.



Epilepsia y síntomas neuropsiquiátricos: revisión narrativa

Dra. Gabriela Alonso Palacios*, Dr. Martín Edmundo Rojas Félix*

*Psiquiatra

La epilepsia es una de las enfermedades que provocan mayor disfunción en los afectados, en parte por los síntomas neuropsiquiátricos que se presentan en hasta 30% de los pacientes. A pesar del impacto de estos síntomas, existe una diversidad en la metodología y terminología utilizada para su estudio, por lo que se definen términos como «comorbilidad» en la literatura actual.

Los síntomas son diversos, desde afectivos, psicóticos, conductuales y cognitivos, y se muestra en esta revisión su clasificación en relación con la actividad epiléptica, abordándose de forma breve los posibles mecanismos fisiopatológicos subyacentes. Por último, se revisa el tratamiento de las manifestaciones neuropsiquiátricas asociadas a epilepsia.

Palabras clave: epilepsia, síntomas neuropsiquiátricos, manifestaciones neuropsiquiátricas.

INTRODUCCIÓN

La epilepsia es una enfermedad que afecta a poco más de 45 millones de personas y es la causa del 0.5% de años vividos con discapacidad a nivel mundial (Beghi *et al.*, 2019). Parte de la disfunción asociada a la epilepsia se debe a los síntomas neuropsiquiátricos que desarrollan estos pacientes, principalmente los que padecen de epilepsia refractaria y crisis focales. Las manifestaciones más comunes son los síntomas afectivos, psicóticos, cambios conductuales, alteraciones cognitivas, consumo de sustancias, síntomas ansiosos y los relacionados con exposición a trauma (Kessler *et al.*, 2012; Patel *et al.*, 2017). El impacto de los aspectos neuropsi-

quiátricos de la epilepsia se relaciona con incremento en gastos asociados a enfermedad, duración de internamientos y mayor suicidalidad de los pacientes, entre otros (Hesdorffer *et al.*, 2012; Lin *et al.*, 2012). La presente revisión busca identificar los conceptos básicos de epilepsia y aspectos neuropsiquiátricos relacionados.

DEFINICIÓN DE EPILEPSIA

A manera de concepto, las crisis epilépticas se definen como «la presencia transitoria de signos y/o síntomas debidos a actividad neuronal anormalmente excesiva o sincrónica en el cerebro» y la epilepsia se diagnostica cuando una persona «demuestra una tendencia patológica y sostenida a presentar crisis recurrentes, y las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y

sociales de esta condición» (Falco-Walter *et al.*, 2018).

En cuanto a la definición clínica, se considera cuando existen:

- Dos crisis epilépticas no provocadas (o reflejas) que ocurren con una diferencia de 24 horas.
- Una crisis no provocada (o refleja) y tener probabilidad similar al riesgo general de recurrencia (>60%) después de dos crisis no provocadas, durante los próximos diez años.

El diagnóstico de un síndrome epiléptico (Fisher *et al.*, 2014).

CLASIFICACIÓN DE CRISIS EPILÉPTICAS

La clasificación de los tipos de crisis ha cambiado de acuerdo con los objetivos con que se estudie, utilizando como fundamentos sitios anatómicos, redes neuronales, grado de disfunción y respuesta a fármacos. Actualmente, la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE, por sus siglas en inglés) clasifica a las crisis de acuerdo con su inicio, que puede ser focal, generalizada o de origen desconocido; también toma en cuenta el estado de alerta (como la capacidad de reconocimiento de sí mismo y el medio a pesar de encontrarse inmóvil), las características iniciales (ya sea focal o generalizada) y si existen manifestaciones motoras o no motoras, pudiéndose especificar tanto como se desee (Fisher *et al.*, 2017).

Tabla 1. Clasificación de tipos de crisis epilépticas versión expandida según ILAE

Inicio focal	Inicio generalizado	Inicio desconocido
Alerta / Alteración del estado de alerta	Manifestaciones motoras: Tónico-clónicas Clónicas Tónicas Mioclónicas Mioclónicas-tónico-clónicas Mioclónicas-atónicas Atónicas Espasmos epilépticos	Manifestaciones motoras: Tónico-clónicas Espasmos epilépticos Manifestaciones no motoras: Arresto conductual
De inicio motor: Automatismos Atónica Clónica Espasmos epilépticos Hipercinética Mioclónica Tónica		
De inicio no motor: Autonómica Arresto conductual Cognitiva Emocional Sensorial	Manifestaciones no motoras (ausencia): Típica Atípica Mioclónica Mioclonía palpebral	
Focal con cambio a tónico clónica bilateral		No clasificada

Para la descripción, es válido utilizar únicamente los encabezados pertinentes (Fisher *et al.*, 2017).

Respecto a la tabla 1, la ILAE comenta que no existe una jerarquía entre los encabezados por lo que se permite saltar entre categorías. La crisis en la que se mantiene el estado de alerta sería el equivalente al término «simple» utilizado anteriormente; en el caso de presentar alteraciones en el estado de alerta, sería entonces la denominación actual para el término «complejo», también en desuso. Se hace la nota de que el término «con alteración del estado de alerta» se utilizará cuando dicha alteración ocurra en cualquier punto de la crisis. En los casos en que las manifestaciones motoras y no motoras ocurran se utilizará el término que refleje la manifestación predominante. En cuanto a las manifestaciones específicas, se clasificarán según la que se presente de forma inicial (por ejemplo, Crisis focal con alteración del estado de alerta y automatismos, o Crisis focal con arresto conductual) (Fisher *et al.*, 2017).

Dentro de esta clasificación, cuando se habla de manifestación inicial se hace referencia al sustrato anatómico, en cambio, cuando se hace referencia al estado de alerta, se hace referencia a los cambios conductuales. Por último menciona, que se puede utilizar la cantidad de términos que el interesado considere, y son válidas descripciones cortas como «crisis de inicio focal» (Fisher *et al.*, 2017).

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS Y EPILEPSIA

La relación entre síntomas neuropsiquiátricos y epilepsia se ha observado desde tiempos hipocráticos; dichas alteraciones se observan hasta en el 30% de las personas con diagnóstico reciente de epilepsia. Tales manifestaciones pueden presentarse como cambios en la esfera afectiva, psicosis, cognitivos y conductuales, todas estas con sus implica-

ciones sociales y en la capacidad de adaptación del individuo afectado (Tolchin *et al.*, 2020).

El término «comorbilidad» se utiliza en algunas publicaciones para hablar de la presencia de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con epilepsia, sin importar la posible relación causal (Lin *et al.*, 2012). El estudio de los aspectos neuropsiquiátricos de la epilepsia ha arrojado que la relación entre ambas es compleja y la presencia de los síntomas neuropsiquiátricos se puede deber tanto a la carga afectiva que representa padecer una enfermedad, un efecto secundario a los medicamentos anticonvulsivantes, las alteraciones en el sueño, complicaciones originadas de traumatismo craneoencefálicos y el estigma social, entre otros (Tolchin *et al.*, 2020).

La ILAE propuso un sistema con la finalidad de discernir entre las comorbilidades psicopatológicas y las alteraciones que reflejan actividad epileptiforme. En esta propuesta, se plantea la posibilidad de mantener la clasificación psicopatológica de los cuadros clásicos según el DSM-IV para evitar la imposición de la categoría «secundaria a causa médica». Menciona la categoría de psicopatología como manifestación de crisis epilépticas, también llamadas manifestaciones ictales. Otro apartado que se menciona son los trastornos psiquiátricos interictales, específicos de la epilepsia; los divide en tres categorías: la disfunción cognitiva, psicosis en epilepsia y trastornos afectivos somatomorfos en epilepsia (disfóricos). Por último, menciona los trastornos de personalidad observados frecuentemente en pacientes con epilepsia crónica (Krishnamoorthy *et al.*, 2007).

IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS NEUROPSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES CON EPILEPSIA

De acuerdo con la definición de epilepsia mencionada anteriormente, los síntomas psiquiátricos

forman una parte medular de la patología asociada a la epilepsia. Se ha propuesto que dentro de la valoración inicial del paciente con epilepsia se identifiquen los aspectos neuropsiquiátricos que pudieran estar presentes, fundamentándose en algunas asociaciones encontradas en la literatura, como el incremento de epilepsia refractaria a tratamiento en pacientes con antecedentes de trastornos afectivos, la herencia familiar de aspectos psiquiátricos que aumentan la posibilidad de respuesta adversa a medicamentos psiquiátricos y antiepilépticos, y el incremento de riesgo que tienen los pacientes con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo para el desarrollo de crisis epilépticas asociadas a situaciones estresantes (Kanner, 2017).

En resumen, se considera evaluar seis dominios principales en los pacientes con epilepsia (Devinsky, 2003):

1. El conocimiento del paciente sobre la epilepsia y la enfermedad particular que padece.
2. La presencia de síntomas o trastornos psiquiátricos.
3. El impacto de la epilepsia en las esferas profesionales, interpersonales y familiares del paciente.
4. La actitud del paciente y sus cuidadores respecto a la epilepsia.
5. Historia de antecedentes psiquiátricos previos al inicio de la epilepsia.
6. Antecedentes heredofamiliares de trastornos psiquiátricos.

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS DE ASPECTOS NEUROPSIQUIÁTRICOS

Se ha intentado categorizar a los síntomas neuropsiquiátricos de acuerdo con los síndromes epilépticos en los que se presentan; sin embargo, estos síntomas se pueden presentar en múltiples síndromes y los mecanismos fisiopatológicos de estos

no parecen ser los mismos que los de algunos de los síntomas. Por mencionar algunos ejemplos, en la epilepsia benigna con puntas centrotemporales, que afecta las regiones rolándicas y silvianas, si bien se encuentran alteraciones en el lenguaje, también hay alteraciones en la atención y funciones ejecutivas. En la epilepsia mioclónica juvenil, en la que ocurre hiperexcitabilidad frontotalámica, además de las fallas en la atención y funciones ejecutivas esperadas también se encuentran alteradas la memoria visual y verbal, la velocidad de procesamiento, la nominación y funciones del lenguaje. En la epilepsia que se manifiesta con crisis de ausencia en la infancia, si bien se encuentran las alteraciones atencionales por la afección talamocortical, también hay alteraciones en el lenguaje, función ejecutiva y habilidades sociales (Lin *et al.*, 2012).

Algunas de las hipótesis de los síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con epilepsia son el aumento del tono glutamatérgico y disminución del tono gabaérgico, además de incremento en citosinas como la interleucina 1b. Por la parte genética se sospechan alteraciones en la cantidad de copias del gen CNTNAP2, que codifica la proteína Caspr2 neurexina encargada de la interacción celular en el sistema nervioso y funciona a través de canales de voltaje activados por potasio; también se han encontrado alteraciones en los genes CHRNA4 y CHRN2, que son los que codifican los receptores nicotínicos, entre otros (Friedman *et al.*, 2008; Magnusson *et al.*, 2003).

MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS

Los trastornos psiquiátricos son una comorbilidad común en pacientes con epilepsia; sin embargo, debe diferenciarse correctamente si se trata de una comorbilidad, es decir, una condición que existe al mismo tiempo que el otro padecimiento o surge durante el progreso de la enfermedad, mas no

ocurre como una consecuencia de la misma. Existen mecanismos compartidos que pudieran contribuir a la aparición de epilepsia y de una condición psiquiátrica en un mismo paciente. La evidencia muestra que hay mayor riesgo de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con epilepsias focales tanto temporales (aprox. 60%) como extra temporales (aprox. 54%), que en aquellos con epilepsias generalizadas (aprox. 37%).

Los trastornos psiquiátricos pueden manifestarse como eventos discretos y autolimitados que surgen directamente de una crisis convulsiva (periictal o postictal), o aparecer de manera independiente en el contexto de la epilepsia (interictal). Además de la dificultad general que implica realizar un diagnóstico psiquiátrico, es aún mayor el reto de discernir entre manifestaciones psiquiátricas relacionadas a un evento ictal y aquellas interictales. Las crisis convulsivas per se, especialmente aquellas generadas en un foco límbico, pueden presentarse como depresión, ansiedad o psicosis, ya sea preictal, ictal o postictal. Por ejemplo, una depresión preictal puede preceder a una crisis convulsiva horas o días antes; mientras que una depresión ictal, aunque rara, puede manifestarse como episodios paroxísticos estereotipados de afecto disfórico que es incongruente con el estado emocional previo del paciente. Una depresión postictal puede ocurrir dentro de los siguientes cinco días posteriores a una crisis convulsiva hasta en un 50% de personas con epilepsia resistente al tratamiento, y persiste durante aproximadamente 24 horas.

La asociación entre epilepsia y depresión interictal es bastante compleja. Los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal secundaria a esclerosis hipocámpica pueden presentar mayor riesgo de desarrollar depresión. Hipoperfusión del lóbulo temporal y de regiones frontales bilaterales en SPECT están asociadas a mayor puntuación en el inventario de depresión de Beck. Tanto la depresión como la epi-

lepsia se han asociado a cambios estructurales o funcionales en áreas temporales, orbitofrontales y prefrontales inferiores, mientras que a un nivel sináptico, también se han asociado a alteraciones de la expresión y acción de ciertos neurotransmisores. Estos resultados han puesto sobre la mesa los factores etiológicos y mecanismos patogénicos compartidos entre epilepsia y depresión.

Existe una entidad algo controversial, conocida como trastorno disfórico interictal. Algunos la consideran como una depresión somatomorfa separada que es típica en pacientes con epilepsia. Suele caracterizarse por síntomas de labilidad, afecto depresivo, y euforia, intermezclados con irritabilidad paroxística. Los criterios diagnósticos para este trastorno conforman el Inventario de Trastorno Disfórico Interictal, en el cual se requiere la presencia de aunque sea tres de los siguientes síntomas de severidad moderada/grave que generen limitación moderada/grave en los últimos 12 meses: anergia, dolor, insomnio, miedo/pánico, ansiedad, depresión, euforia e irritabilidad.

En un estudio danés (Amiri & Hansen, 2015) donde se incluyeron 169 pacientes epilépticos, el 19% cumplió criterios para trastorno disfórico interictal; sin embargo, al valorar la reproducibilidad del inventario, aplicándose nuevamente entre cuatro a 11 semanas después, sólo el 50% de los pacientes cumplieron criterios por segunda ocasión. Este trastorno parece ser el síndrome neuropsiquiátrico más común en epilepsia, pero no puede diagnosticarse de forma reproducible. Los síntomas que diferencian el trastorno disfórico interictal de la depresión son euforia e irritabilidad paroxística, y en este estudio sólo el 10% de los pacientes que recibieron el diagnóstico presentaban euforia, lo que indica que estos dos síntomas están conectados en mayor parte a comorbilidades psiquiátricas en lugar de tratarse específicamente del trastorno disfórico interictal. Basado en los resultados, la existen-

cia de este trastorno como una entidad nosológica es dudosa y no hay herramientas confiables para identificarlo.

Inicialmente, se pensaba que los trastornos del espectro bipolar eran raros en epilepsia, sin embargo, en investigaciones sistemáticas se encontró una asociación entre estos, donde hasta 12.2% de los pacientes con epilepsia presentaron síntomas maniatiformes (Ettinger *et al.*, 2005). Otros estudios han sugerido que la sintomatología maniatiforme suele manifestarse como fenómeno periictal (Mula *et al.*, 2008). Es difícil estudiar la sintomatología preictal debido a la poca claridad en el tiempo de presentación, pero se ha reportado que pacientes con epilepsia describen labilidad emocional, euforia e irritabilidad en las horas previas a la crisis convulsiva (Mula *et al.*, 2010). A su vez, se han reportado episodios de manía/hipomanía postictal en 22% de pacientes con epilepsia resistente a tratamiento ingresados en una unidad de monitorización para crisis convulsivas (Kanner *et al.*, 2004).

A diferencia de la sintomatología afectiva, existe muy poca evidencia sobre ansiedad en epilepsia, posiblemente debido a la gran heterogeneidad que existe en los trastornos de ansiedad. Se estima una prevalencia de hasta 22.8% de cualquier tipo de ansiedad en la población con epilepsia (Tellez-Zenteno *et al.*, 2007). Es también un reto diferenciar entre ansiedad reactiva a la epilepsia y ansiedad en el contexto de epilepsia. Los mecanismos fisiopatológicos compartidos entre epilepsia y ansiedad se adjudican principalmente al fenómeno del miedo ictal. La amígdala está asociada con respuestas a miedo, y está frecuentemente involucrada en la epilepsia del lóbulo temporal, observándose atrofia en la amígdala mediante estudios de resonancia magnética en más de la mitad de personas con características de miedo ictal en su semiología habitual (Satishchandra *et al.*, 2003). Adicionalmente, el neurotransmisor GABA también puede jugar

un papel central entre epilepsia y ansiedad, ya que medicamentos GABAérgicos como ácido valproico, barbitúricos y benzodiazepinas tienen efectos anticonvulsivantes y ansiolíticos (Möhler, 2006). En este caso, también es crucial separar la ansiedad interictal de aquella asociada a crisis convulsivas. Los síntomas de ansiedad en el inicio de la crisis convulsiva deben buscarse en los casos de epilepsia focal, pues estos pueden sugerir origen límbico o propagación a la región límbica. Crisis focales de origen límbico sin afección de la conciencia pueden presentarse como miedo o pánico aislado, y pueden acompañarse de otros síntomas de epilepsia del lóbulo temporal, como *déjà vu*, sensación epigástrica ascendente y alucinaciones olfativas. Si la ansiedad es ictal, se presentará de forma paroxística y estereotipada, durando de segundos a minutos, y podría progresar a una crisis convulsiva focal con alteraciones de la conciencia. En el caso de la ansiedad postictal, ésta puede manifestarse de varias formas, durando de seis a 24 horas después de la crisis convulsiva, presentándose como ansiedad, pánico, agorafobia o compulsiones, y frecuentemente está acompañada de otros síntomas disfóricos como depresión (Kanner *et al.*, 2010).

En cuanto a sintomatología psicótica, ésta ha sido de gran interés en relación con la epilepsia. La prevalencia estimada en diversos estudios de psicosis interictal es de 5.2%, mientras que específicamente en epilepsia del lóbulo temporal es de hasta 7% (Clancy *et al.*, 2014). La psicosis interictal, al igual que la esquizofrenia, suele ser crónica, pero de menor severidad. Estos pacientes suelen tener adecuada conciencia de enfermedad, además de ser menos frecuente la presencia de síntomas negativos, por lo que conservan mayor funcionalidad. También, la respuesta al tratamiento de la psicosis interictal es mejor que en esquizofrenia. Aunque no es clara la relación fisiopatológica entre epilepsia y psicosis, se han sugerido anomalías en la sensibilidad del receptor postsináptico de dopamina, aumento en la

cantidad de GABA, circuitos sinápticos aberrantes en el giro dentado, displasia cortical o insultos cerebrales adquiridos (Roy *et al.*, 2014). Recientemente, se ha adquirido interés en etiologías autoinmunes, tales como lupus, encefalitis anti-NDMA o encefalitis LGI-1, puesto que todas las anteriores causan tanto crisis convulsivas como síntomas psicóticos.

La psicosis ictal es poco común en pacientes epilépticos y suele identificarse con la presencia de descargas epileptiformes en electroencefalograma. Estos episodios suelen ser breves, estereotipados, distintos al comportamiento usual de la persona y frecuentemente asociados a automatismos sutiles (Mula, 2014).

Un fenómeno más común y más estudiado es la psicosis postictal, con una prevalencia estimada de hasta 2% (Clancy *et al.*, 2014). Los síntomas suelen aparecer dentro de las primeras 72 horas posteriores a la crisis convulsiva y pueden durar de 15 horas hasta dos meses. Se puede diferenciar de otros trastornos psicóticos debido a la presencia de un intervalo de lucidez entre la crisis convulsiva y el inicio de la psicosis. Tienden a remitir de manera espontánea o responder rápidamente a dosis bajas de antipsicóticos.

Otra entidad asociada es la normalización forzada, la cual resulta de una terapia agresiva de medicamentos o cirugía para cesar las crisis epilépticas y obtener un electroencefalograma normal. Los factores de riesgo para desarrollar este fenómeno son titulaciones rápidas de medicamentos, epilepsia resistente a tratamiento y epilepsia del lóbulo temporal (Trimble *et al.*, 2000).

Los trastornos de personalidad son comunes en personas con epilepsia, estimándose que ocurren en un 4-38% de estos pacientes. Existe poca comparación directa, pero la prevalencia es aparentemente mayor que en la población general (5.9-13.4%)

(Swinkels *et al.*, 2005). Típicamente, predominan los rasgos de personalidad del clúster C en los pacientes con epilepsia, aunque no es posible cerciorar si se trata de un patrón fenotípico endógeno, si es resultado del estilo psicosocial debido a vivir con epilepsia, o una combinación de ambos.

El síndrome de Geschwind se define como alteraciones en el comportamiento sexual (generalmente reducido), hipergrafía, hiperreligiosidad, circunstancialidad y procesamiento mental pegajoso (rumiación y rigidez del pensamiento) (Waxman & Geschwind, 1975). Este constructo de personalidad se considera de naturaleza interictal y típica de la epilepsia del lóbulo temporal, aunque su existencia aún se considera controversial al no existir criterios diagnósticos formales para su diagnóstico.

TRATAMIENTO

Ya que se ha comentado que en el caso de los pacientes con epilepsia existe alta comorbilidad de trastornos psiquiátricos, es importante conocer qué tipo de tratamiento es más útil y seguro en esta población.

Los antidepresivos tienen un rol controversial en epilepsia, debido a que se ha considerado un riesgo proconvulsivo con estos medicamentos. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que esta creencia fue considerada en cuanto a antidepresivos convencionales y más antiguos, como los tricíclicos y tetracíclicos, que además eran utilizados en dosis más elevadas en pacientes intrahospitalarios. Actualmente, además de que se utilizan dosis más seguras en pacientes ambulatorios, los antidepresivos actuales han presentado un efecto anticonvulsivo. Únicamente debe tomarse en cuenta que algunos antidepresivos disminuyen el umbral convulsivo a dosis elevadas (Kanner, 2016). Los únicos antidepresivos con un claro riesgo incrementado para crisis convulsivas en dosis terapéu-

ticas son bupropión, clomipramina, amoxapina y maprotilina.

Los medicamentos antipsicóticos sí generan mayor reto para prescribir en pacientes con epilepsia. Los antipsicóticos atípicos, los más usados actualmente por presentar menos efectos extrapiramidales, disminuyen el umbral convulsivo. La clozapina tiene un claro efecto en la disminución del umbral convulsivo; además, éste tiene un efecto por sí solo de cambios electroencefalográficos, presentando aparente actividad epileptiforme en punta-onda y descargas de ondas agudas, lo que genera dificultad al interpretar un electroencefalograma. La olanzapina, al ser molecularmente similar a la clozapina, induce cambios similares en el electroencefalograma, aunque su asociación con crisis convulsivas es menos consistente. En un estudio realizado por la FDA en 2007, los únicos antipsicóticos que mostraron significancia estadística al ser evaluados por separado para riesgo de disminución del umbral convulsivo fueron clozapina, olanzapina y quetiapina (Alper *et al.*, 2007). El resto de los antipsicóticos se consideran seguros en pacientes epilépticos, usándose en dosis terapéuticas mínimas efectivas y escalonando lentamente.

Los medicamentos antiepilepticos tienen varios efectos en el estado de ánimo. Algunos lo mejoran, otros son neutrales y algunos incluso presentan efectos adversos psiquiátricos. En cuanto a los antiepilepticos más antiguos, los barbitúricos presentan un efecto negativo en el estado de ánimo cuando son utilizados durante más de un año. Esto se ve aún más acentuado en pacientes que reciben más de un agente antiepileptico y en aquellos con historia familiar de trastornos del ánimo. Las benzodiazepinas, además de generar fatiga y bradipsiquia, también se han asociado a alteraciones en el comportamiento, como agresión e irritabilidad, sobre todo en niños. La fenitoína principalmente causa enlentecimiento y bradipsiquia, pero en al-

gunos casos, también se ha asociado con depresión, ansiedad y agresividad (Kwan & Brodie, 2001). Por otro lado, el ácido valproico es considerado un estabilizador del estado de ánimo.

Los antiepilepticos más recientes parecen mostrar mejor perfil psicológico y cognitivo. La mayoría de ellos tienen un efecto neutral en el estado de ánimo, pero existen algunas advertencias. Por ejemplo, el levetiracetam, aunque suele ser bien tolerado, varios análisis indican que los efectos adversos psiquiátricos con este medicamento pueden llegar a ser mucho más frecuentes de lo anticipado, presentando cambios conductuales en hasta 31% de los casos, irritabilidad en 29%, agresividad en 10% y alucinaciones en 5% (Penovich, 2004). Existen reportes de caso de manía aguda, delirium, psicosis, agresividad e ideación suicida (Park *et al.*, 2014).

De manera similar, análisis realizados posterior a la comercialización de topiramato sugieren la aparición de trastornos afectivos dosis dependientes. La presencia de labilidad emocional se reporta hasta en un 17% y depresión en un 10.7% (Mula & Sander, 2007).

Así como el ácido valproico, tanto la carbamazepina como la lamotrigina aparentemente funcionan como estabilizadores del estado de ánimo. Posiblemente la oxcarbazepina tenga un efecto similar, sin embargo existe poca evidencia (Spina & Perugi, 2004). Hay también evidencia preliminar respecto a la lacosamida como estabilizador del estado de ánimo y de ansiedad (Moseley *et al.*, 2015).

CONCLUSIONES

Las comorbilidades psiquiátricas son muy comunes en epilepsia, manifestándose como diferentes trastornos o síntomas aislados. Pueden existir mecanismos fisiopatológicos compartidos que expliquen la coexistencia de estas entidades, así como ocurrir como consecuencia de los cambios en el es-

tilo de vida que presenta un paciente con epilepsia, al igual que efectos adversos del tratamiento.

Correlacionar las áreas neuroanatómicas afectadas por epilepsia con las manifestaciones psiquiátricas es de gran utilidad para hacer el diagnóstico conjunto. Es importante tener esto en cuenta para reconocer la presencia de estos trastornos y brindarles el tratamiento adecuado, considerando la tolerancia y seguridad de dichos psicofármacos en epilepsia.

La presencia de sintomatología psiquiátrica en pacientes con epilepsia implica aún mayor deterioro en la calidad de vida, e incluso puede influir en el empeoramiento de las crisis convulsivas, así como en la pobre adherencia al tratamiento. Una detección temprana de estos cuadros y su tratamiento adecuado mejoran la calidad de vida del paciente, así como el curso de la enfermedad primaria.

FUENTES

Alper K., Schwartz K.A. *et al.* (2007). Seizure Incidence in Psychopharmacological Clinical Trials: An Analysis of Food and Drug Administration (FDA) Summary Basis of Approval Reports. *Biological Psychiatry*. Disponible en: <https://bit.ly/31wPAhL>

Amiri M. & Hansen C.P. (2015). The interictal dysphoric disorder in patients with epilepsy: A doubtful disorder lacking diagnostic tools. *Seizure*. Disponible en: <https://bit.ly/3tP7QyE>

Beghi E., Giussani G. *et al.* (2019). Global, regional, and national burden of epilepsy, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology* 18(4), 357–375. Disponible en: <https://bit.ly/3fgtMP9>

Clancy M.J., Clarke M.C. *et al.* (2014). The prevalence of psychosis in epilepsy; a systematic re-

view and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. Disponible en: <https://bit.ly/3ffEvJK>

Devinsky O. (2003). Psychiatric comorbidity in patients with epilepsy: Implications for diagnosis and treatment. *Epilepsy and Behavior* 4(SUPPL. 4), 2–10. Disponible en: <https://bit.ly/31gQ5fF>

Ettinger A.B., Reed M.L. *et al.* (2005). Prevalence of bipolar symptoms in epilepsy vs other chronic health disorders. *Neurology*. Disponible en: <https://bit.ly/3sArTRA>

Falco-Walter J.J., Scheffer I.E. & Fisher R.S. (2018). The new definition and classification of seizures and epilepsy. *Epilepsy Research* 139(July 2017), 73–79. Disponible en: <https://bit.ly/3srUFDQ>

Fisher R.S., Acevedo C. *et al.* (2014). ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia* 55(4), 475–482. Disponible en: <https://bit.ly/39dKPh4>

Fisher R.S., Cross J.H. *et al.* (2017). Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia* 58(4), 522–530. Disponible en: <https://bit.ly/3ckABNN>

Friedman J.I., Vrijenhoek T. *et al.* (2008). CNT-NAP2 gene dosage variation is associated with schizophrenia and epilepsy. *Molecular Psychiatry* 13(3), 261–266. Disponible en: <https://bit.ly/3vWBW5k>

Hesdorffer D.C., Ishihara L. *et al.* (2012). Epilepsy, suicidality, and psychiatric disorders: A bidirectional association. *Annals of Neurology* 72(2), 184–191. Disponible en: <https://bit.ly/3w2x3Yk>

- Kanner A.M. (2016). Most antidepressant drugs are safe for patients with epilepsy at therapeutic doses: A review of the evidence. *Epilepsy and Behavior*. Disponible en: <https://bit.ly/3spOiae>
- Kanner A.M. (2017). Psychiatric comorbidities in new onset epilepsy: Should they be always investigated? *Seizure* 49, 79–82. Disponible en: <https://bit.ly/3rl9wyw>
- Kanner A.M., Barry J.J. *et al.* (2010). Anxiety disorders, subsyndromic depressive episodes, and major depressive episodes: Do they differ on their impact on the quality of life of patients with epilepsy? *Epilepsia*. Disponible en: <https://bit.ly/3tTehkh>
- Kanner A.M., Soto A. & Gross-Kanner H. (2004). Prevalence and clinical characteristics of postictal psychiatric symptoms in partial epilepsy. *Neurology*. Disponible en: <https://bit.ly/3tVOliQ>
- Kessler R.C., Lane M.C., Shahly V. & Stang P.E. (2012). Accounting for comorbidity in assessing the burden of epilepsy among US adults: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Molecular Psychiatry*. Disponible en: <https://bit.ly/2NTcJaR>
- Krishnamoorthy E.S., Trimble M.R. & Blumer D. (2007). The classification of neuropsychiatric disorders in epilepsy: A proposal by the ILAE Commission on Psychobiology of Epilepsy. *Epilepsy and Behavior* 10(3), 349–353. Disponible en: <https://bit.ly/3cloRKV>
- Kwan P. & Brodie M.J. (2001). Neuropsychological effects of epilepsy and antiepileptic drugs. *The Lancet*. Disponible en: <https://bit.ly/3sosoOp>
- Lin J.J., Mula M. & Hermann B.P. (2012). Uncovering the neurobehavioural comorbidities of epilepsy over the lifespan. *The Lancet*. Disponible en: <https://bit.ly/3rkydLj>
- Magnusson A., Stordal E., Brodtkorb E. & Steinlein O. (2003). Schizophrenia, psychotic illness and other psychiatric symptoms in families with autosomal dominant nocturnal frontal lobe epilepsy caused by different mutations. *Psychiatric Genetics* 13(2), 91–95. Disponible en: <https://bit.ly/3lRChBz>
- Möhler H. (2006). GABAA receptors in central nervous system disease: Anxiety, epilepsy, and insomnia. *Journal of Receptors and Signal Transduction*. Disponible en: <https://bit.ly/3spnzEz>
- Moseley B.D., Cole D. *et al.* (2015). The effects of lacosamide on depression and anxiety in patients with epilepsy. *Epilepsy Research*. Disponible en: <https://bit.ly/39f3KZ8>
- Mula M. (2014). Epilepsy-induced behavioral changes during the ictal phase. *Epilepsy and Behavior*. Disponible en: <https://bit.ly/3w1gHPF>
- Mula M., Jauch R. *et al.* (2010). Interictal dysphoric disorder and periictal dysphoric symptoms in patients with epilepsy. *Epilepsia*. Disponible en: <https://bit.ly/3cossI8>
- Mula M. & Sander J.W. (2007). Negative effects of antiepileptic drugs on mood in patients with epilepsy. *Drug Safety*. Disponible en: <https://bit.ly/3tP8JY0>
- Mula M., Schmitz B. *et al.* (2008). On the prevalence of bipolar disorder in epilepsy. *Epilepsy and Behavior*. Disponible en: <https://bit.ly/3lPvEQt>
- Park E.M., Holmes J.A. & Reeder-Hayes K.E. (2014). Acute mania associated with levetiracetam treatment. *Psychosomatics*. Disponible en: <https://bit.ly/3vZblo6>

- Patel R.S., Elmaadawi A. *et al.* (2017). Psychiatric Comorbidities and Outcomes in Epilepsy Patients: An Insight from a Nationwide Inpatient Analysis in the United States. *Cureus* 9(9). Disponible en: <https://bit.ly/3ckfg7c>
- Penovich P.E. (2004). Much Ado about Something or Nothing: Behavioral Problems with Levetiracetam Use in Epilepsy Patients. *Epilepsy Currents*. Disponible en: <https://bit.ly/3flbJHX>
- Roy K., Balon R., Penumetcha V. & Levine B.H. (2014). Psychosis and Seizure Disorder: Challenges in Diagnosis and Treatment. *Current Psychiatry Reports*. Disponible en: <https://bit.ly/3vZQC3H>
- Satishchandra P., Krishnamoorthy E.S. *et al.* (2003). Mesial Temporal Structures and Comorbid Anxiety in Refractory Partial Epilepsy. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. Disponible en: <https://bit.ly/3d50wZf>
- Spina E. & Perugi G. (2004). Antiepileptic drugs: Indications other than epilepsy. *Epileptic Disorders*. Disponible en: <https://bit.ly/3d2Eq9E>
- Swinkels W.A.M., Kuyk J., Van Dyck R. & Spinhoven P. (2005). Psychiatric comorbidity in epilepsy. *Epilepsy and Behavior*. Disponible en: <https://bit.ly/39cWZqI>
- Tellez-Zenteno J.F., Patten S.B. *et al.* (2007). Psychiatric comorbidity in epilepsy: A population-based analysis. *Epilepsia*. Disponible en: <https://bit.ly/3tVCsPi>
- Tolchin B., Hirsch L.J. & LaFrance W.C. (2020). Neuropsychiatric Aspects of Epilepsy. *Psychiatric Clinics of North America* 43(2), 275–290. Disponible en: <https://bit.ly/3ckBDt9>
- Trimble M.R., Rüşch N., Betts T. & Crawford P.M. (2000). Psychiatric symptoms after therapy with new antiepileptic drugs: Psychopathological and seizure related variables. *Seizure*. Disponible en: <https://bit.ly/3vYnxpe>
- Waxman S.G. & Geschwind N. (1975). The Interictal Behavior Syndrome of Temporal Lobe Epilepsy. *Archives of General Psychiatry*. Disponible en: <https://bit.ly/3d6eObR>

Ketamina para la depresión en México

Dra. Marisa Morales Cárdenas*, Est. Med. Salma Ávila Gómez**

*Médico adscrito al servicio de psiquiatría del HGZ N.º 35 Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Juárez; médico psiquiatra, Centro Médico de Especialidades de Ciudad Juárez; profesor titular de nosología de psiquiatría de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

**Estudiante de medicina, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

El curso del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) puede variar dependiendo del paciente; no obstante, se puede cronificar y hacer resistente a los tratamientos habituales. Un esquema de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) es la primera línea para el tratamiento, sin embargo, sólo el 40% de los pacientes tendrá una respuesta satisfactoria. Las medidas a ser tomadas pueden incluir el cambio de medicamentos por otra familia farmacológica, la estimulación magnética 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.

Palabras clave: trastorno depresivo mayor (TDM), depresión resistente al tratamiento (DRT), NMDA, ketamina.

DEPRESIÓN Y KETAMINA

La depresión es una entidad discapacitante para quien la padece. Afecta el pensamiento, las funciones cognitivas y el estado de ánimo, además de alterar patrones como el del sueño y el apetito. Ocupa el tercer lugar en la carga de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en el mundo

(James, 2018). En México, mediante la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en 2007, se reportó que el 9.2% de los mexicanos han experimentado al menos un desorden psiquiátrico una vez en su vida (Medina-Mora, 2007). Datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) mostraron que, en el año 2017, 34.8 millones de mexicanos se han sentido deprimidos alguna vez en su vida, de los cuales sólo 1.6 millones recibieron tratamiento. Los 33.19 millones de ciudadanos restantes sobrellevan la enfermedad sin tratamiento.

El tratamiento para la depresión incluye esquemas farmacológicos, métodos de estimulación transcraneal invasiva y no invasiva y psicoterapia. El manejo farmacológico actual se enfoca en el sistema monoaminérgico (serotonina, dopamina, noradrenalina) (Gaynes, 2009). Si bien se ha comprobado la alta eficacia de los antidepresivos en la última década, también se ha reportado la efectividad de otros procedimientos como la terapia eléctrica transcraneal por corriente directa, la terapia magnética transcraneal y el uso de ketamina.

Se dice que la teoría monoaminérgica de la depresión es «farmacocéntrica», bajo la premisa de que el antihipertensivo reserpina causaba una depleción de monoaminas en los pacientes. Esta fue la base para la creación de los primeros antidepresivos. Otra teoría que implica neurotransmisión es la glutamínica y su relación con el metabolismo energético cerebral. Esta hipótesis se ha demostrado con el uso de ketamina como antagonista de los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA), la cual mejora los síntomas de la patología algunas horas después de su administración a dosis subanestésicas.

No obstante, la depresión es una enfermedad multifactorial, con otros componentes biológicos y aspectos físicos. El sexo, la edad, antecedentes hereditarios de trastornos neuropsiquiátricos, ambientes problemáticos, entre otros, influyen en su desarrollo y debut.

La ketamina es un derivado de la fenilciclidina probado como anestésico en animales en los años sesenta. En esa misma década se hizo la primera prueba en humanos. En 1965, Domino *et al.* realizaron los primeros ensayos con el fármaco en 20 presidiarios que se ofrecieron como voluntarios. Fue él quien propuso acuñar el término de anestésico «disociativo», a causa del estado mental peculiar que produce. Para el año 2000 se comenzó a estudiar como antidepresivo (Carrillo, 2020).

Estudios realizados en ratas mostraron que, al administrar ketamina, aumentaba la sinapsis neuronal de la corteza prefrontal. Respecto a los receptores NMDA, estos están formados por subunidades proteicas, entre las que se encuentra GluN2B. Ahora bien, se ha experimentado en ratas cuyos cerebros no contienen esta subunidad proteica en la corteza prefrontal. Esto permitió a los investigadores descubrir que el glutamato se une a la subunidad GluN2B del receptor NMDA, limitando la producción de ciertas proteínas que promueven la señalización neuronal. Sorpresivamente, la síntesis de estas proteínas en gran cantidad puede provocar depresión, reduciendo la sinapsis de las células de la región prefrontal (Hyde, 2015).

Al tratar a estos ratones carentes de la subunidad GluN2B y a ratones normales con ketamina, se mostró una reducción en el comportamiento depresivo de los animales. Esta evidencia se sustenta con la teoría de que la ketamina, al ser un potente antagonista NMDA, reduce la producción de las proteínas que limitan la sinapsis neuronal y, a su vez, incrementa la comunicación entre las neuronas (Hyde, 2015).

DATOS DEL USO DE KETAMINA PARA DEPRESIÓN EN MÉXICO

En nuestro país, se han llevado a cabo varios protocolos de investigación y estudios de caso utilizando ketamina como agente farmacológico para la depresión resistente al tratamiento (DRT).

El Dr. Carlos Arnaud, en el estado de Nuevo León, llevó a cabo un protocolo de investigación con 69 pacientes de su consulta privada. Es la muestra más grande en México hasta ahora. Por otro lado, el Dr. Rodrigo Pérez Esparza reportó el tiempo de recaída de los diez pacientes de su protocolo después de que les fue administrada ketamina para tratar la depresión resistente, siendo 24 semanas el tiempo de re-

misión más largo. El Dr. Rodríguez Mayoral reportó un estudio de caso en una paciente con cáncer, la cual cursaba con ideaciones suicidas posterior a su diagnóstico terminal. La ketamina fungió como un potenciador del tratamiento antidepresivo convencional, reportando una disminución del 72% de los síntomas depresivos al día número 17 posterior a la infusión. La Dra. Jiménez, en la ciudad de Guadalajara, realizó un estudio con cinco pacientes con depresión unipolar y bipolar, reportando resultados favorables. Asimismo, el Dr. Reyes, en Aguascalientes, llevó a cabo un protocolo con 15 pacientes diagnosticados con depresión unipolar y trastorno obsesivo compulsivo. En el Hospital Naval de México, el Dr. Ruiz Chow utilizó la ketamina para depresión resistente en cinco pacientes que también reportan resultados beneficiosos.

Es por ello que resulta alentador que se procuren la vanguardia y la investigación médica en México en pro de ofrecer nuevas alternativas a los pacientes.

FUENTES

Carrillo P., Petit A.C. *et al.* (2020). Psychotropes du futur: de l'imipramine à la kétamine. *Bulletin de*

l'Académie Nationale de Médecine. doi:10.1016/j.banm.2020.09.038

Gaynes B.N., Warden D. *et al.* (2009). What Did STAR*D Teach Us? Results From a Large-Scale, Practical, Clinical Trial for Patients With Depression. *Psychiatric Services* 60(11), 1439–1445. doi:10.1176/ps.2009.60.11.1439

Hyde S.J. (2015) *Ketamine for Depression*. Vol. 1. Xlibris.

James S.L., Abate D. *et al.* (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 392(10159), 1789–1858. doi:10.1016/s0140-6736(18)32279-7

Medina-Mora M.E., Borges G. *et al.* (2007). Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry* 190(06), 521–528. doi:10.1192/bjp.bp.106.025841

Lamotrigina: de un par de casos a una nueva indicación

Dr. Juan Enrique Vélez Escalante*

.....
*Psiquiatra y neuropsiquiatra por el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Maestría en ciencias médicas.
.....

Esta es la historia del descubrimiento del uso de la lamotrigina en el mantenimiento del trastorno bipolar; su importancia yace en la moraleja que nos puede dejar a los médicos del presente en aras de avanzar a la medicina del futuro.

Casi todos los grandes descubrimientos en psicofarmacología cuentan con dos ingredientes imprescindibles para su realización: la serendipia y la tenacidad de los hombres o mujeres que impulsaron su búsqueda; a ese respecto, esta historia no es diferente, aunque ocurre en el mundo moderno, durante la década de 1990, y tiene una clave extra además de serendipia y tenacidad: el secreto de la indicación de la lamotrigina en el mantenimiento del trastorno bipolar estriba en la publicación de un par de casos clínicos que sirvieron como el combustible para encender el fuego de la investigación formal y eventualmente su descubrimiento.

EL DESCUBRIMIENTO DE LA LAMOTRIGINA

La lamotrigina es una feniltiazina sintetizada a principios de 1980 en Beckenham, Kent, Inglaterra, por los Laboratorios Wellcome, como parte de un programa para desarrollar nuevos agentes antiepilépticos que pudieran ser mejor tolerados que los que se tenían en ese tiempo. Desarrollada con primetamina como referencia y buscando un efecto antifolatos (en aquellos tiempos se consideraba esencial en los antiepilépticos), la lamotrigina se perfiló como un producto de gran potencial antiepiléptico y débil inhibición de la dihidrofolato

reductasa, empezando sus ensayos de fase I tempranamente y obteniendo su aprobación como antiepiléptico en Irlanda en 1990 y en Estados Unidos en 1994 para uso combinado (López-Muñoz *et al.*, 2018).

EL DESCUBRIMIENTO DE LOS EFECTOS AFECTIVOS

Los primeros en reportar efectos en el estado de ánimo fueron Smith y colaboradores en su artículo de 1993, en el que demuestran en 81 pacientes (mediante un cuestionario de calidad de vida) ele-

vaciones no específicas del estado de ánimo sin importar el cambio en el número de crisis convulsivas (Smith *et al.*, 1993). Sin embargo, fue la historia de Richard Weisler (un psiquiatra norteamericano) la que canalizó el descubrimiento de su efecto en el mantenimiento del trastorno bipolar.

Durante el inicio de su carrera en 1980, Weisler dedicó parte de su tiempo a la investigación; durante esa época, mientras conducía una serie de ensayos clínicos de otro fármaco (bupropión), escuchó por primera vez de la lamotrigina, pero no fue sino hasta 1990, durante un congreso internacional en Japón, por una conversación con un grupo de epileptólogos europeos con experiencia temprana en el uso del fármaco, que comenzó a tomar forma una idea en su cabeza.

En ese entonces, Weisler estaba tratando a dos pacientes privados con trastorno bipolar cuya respuesta a prácticamente todos los medicamentos indicados en esa época había fallado; basado en trabajos previos de otros colegas, especulaba que los potentes efectos *antikindling* de la lamotrigina junto al bloqueo de los canales de sodio resultaría en actividad antiglutamatérgica, lo que podría ser útil en el tratamiento del trastorno bipolar.

Weisler sabía que la lamotrigina no estaría disponible por al menos un año más, así que tras discutirlo con uno de sus pacientes con falla y mala tolerabilidad a tratamientos convencionales y experimentales (varón de 48 años, bipolar tipo II con ciclados rápidos de ocho episodios al año), consiguió la importación de lamotrigina desde Europa bajo la excepción de la FDA por uso compasivo. Tras agregarla en su paciente, su ánimo y energía mejoraron casi de inmediato y logró finalmente la estabilidad que tanto buscaba. Weisler repitió el procedimiento con otra de sus pacientes (mujer de 77 años, bipolar tipo I con episodios depresivos y respuestas parciales con abandonos por sedación,

hospitalizada por depresión psicótica con síntomas catatónicos), quien mejoró en semanas y recuperó su funcionalidad previa, alcanzando el periodo de estabilidad más largo en sus últimos cinco años.

Si Weisler se hubiera quedado para sí mismo sus descubrimientos, probablemente la historia terminaría aquí y no hubiera tenido mayor desarrollo; sin embargo, tenía una formación como investigador y presentó junto a un grupo de colegas un póster sobre sus dos casos clínicos en la reunión de la Asociación Psiquiátrica Americana en 1994, lo que generó una serie de reuniones con el desarrollador de la lamotrigina (Laboratorios Wellcome); pusieron entonces sobre la mesa la posibilidad de desarrollar su uso en trastornos psiquiátricos, que alimentada por los dos casos de Weisler, canalizó sus esfuerzos al manejo del trastorno bipolar. El laboratorio patrocinó un primer estudio exploratorio abierto (originalmente de seis meses y finalmente de 12) con 75 pacientes en todas las fases activas del trastorno, cuyos resultados, aunque no controlados, sugerían una eficacia potencial tanto contra manía/hipomanía (74% de disminución en las escalas de manía) y depresión (42% de mejoría en el Hamilton de depresión), con mejoría en los ciclados rápidos en los análisis secundarios, lo que finalmente abrió las puertas a los estudios de fase III para la indicación (Weisler *et al.*, 2008).

LA APROBACIÓN DE LA LAMOTRIGINA EN EL MANTENIMIENTO DEL TRASTORNO BIPOLAR

Con los resultados positivos del estudio abierto, Laboratorios Wellcome (ahora Glaxo Smith Kline) lanzaron entre 1996 y 2001 un ambicioso programa de ensayos controlados fase III que enroló a 2,400 pacientes. A diferencia de los antipsicóticos, que en general son más efectivos en manía que en depresión, la lamotrigina es especialmente efectiva en los pacientes con predominio de fases depresi-

vas. Los resultados de los ensayos, sin embargo, no resultaron tan alentadores como se esperaba: la lamotrigina falló los ensayos en las fases de manía y en las fases depresivas; aunque demostró un efecto positivo, este no fue estadísticamente significativo (posiblemente por la titulación lenta a seis semanas contra las titulaciones rápidas de los reportes de casos), aunque posteriormente (2007) demostró su eficacia como tratamiento adyuvante con litio (Weisler *et al.*, 2008).

Los estudios de profilaxis, en cambio, tuvieron resultados más sólidos, demostrando en un comparativo doble ciego aleatorizado con litio de 18 meses, su eficacia en la prevención de nuevos episodios, lo que le valió su aprobación por la FDA en 2003 para su uso en el mantenimiento del trastorno bipolar (Weisler *et al.*, 2008).

EPÍLOGO

La investigación clínica es cada vez más costosa y la industria farmacéutica actual difícilmente lanzaría un programa de investigación de 2,000 pacientes con base en un par de casos clínicos y un estudio abierto; sin embargo, esta historia nos deja en cla-

ro cómo la publicación de los resultados de nuestros pacientes puede influir de una u otra forma en los avances de la medicina, pues es compartiendo nuestras experiencias como otros colegas pueden llevar a los pacientes nuevas alternativas y, quién sabe, eventualmente hasta iniciar nuevos ensayos clínicos sobre los hombros de los humildes reportes de casos que muchas veces obviamos y nos quedamos para nosotros.

REFERENCIAS

- López-Muñoz F., Shen W.W., D'Ocon P. *et al.* (2018) A History of the Pharmacological Treatment of Bipolar Disorder. *Int. J. Mol. Sci.* 19, 2143.
- Smith D., Baker G., Davies G. *et al.* (1993). International League Against Epilepsy Outcomes of Add-on Treatment with Lamotrigine in Partial Epilepsy. *Epilepsia* 34(2): 3 12-322.
- Weisler R.H., Calabrese J.R., Bowden C.L. *et al.* (2008). Discovery and development of lamotrigine for bipolar disorder: A story of serendipity, clinical observations, risk taking, and persistence. *Journal of Affective Disorders* 108(2008) 1-9.



Estigma y Arte: Loco por ella, ¿una comedia «inusual»?

Dr. Bernardo Ng

DIRECTOR: Dani de la Orden
GUIONISTAS: Natalia Durán y Eric Navarro
REPARTO: Álvaro Cervantes, Susana Abaitua, Luis Zahera, Clara Segura, Aixa Villagrán, Paula Malia, Nil Cardoner, Txell Aixendri y Alberto San Juan
PRODUCTORES: Toni Carrizosa, Alberto Aranda, Kike Maíllo, Bernat Saumell
MÚSICA: Julio de la Rosa
COMPAÑÍAS PRODUCTORAS: Playtime Movies, Sábado Películas, Loco Por Ti la Película
DISTRIBUIDORA: Netflix
DURACIÓN: 102 minutos
GÉNERO: comedia romántica/comedia oscura
FECHA DE LANZAMIENTO: 26 de febrero de 2021

Comedia romántica «palomera», como decimos en el norte, de esas que sólo verás una vez porque te ayudan a pasar el rato, mientras comes palomitas de maíz. Son las que eliges cuando te quieres relajar, pasar el rato y no pensar mucho. Pues *Loco por ella* es una película palomera y algo más, y de ese «algo más» se trata esta entrega de *Estigma y Arte*.

Esta película presenta un romance entre un hombre que trabaja escribiendo para una revista y una mujer que está internada en una residencia de salud mental.

RESUMEN DE LA PELÍCULA

La película inicia con un empalme de dos escenas. Una en un bar donde el protagonista, Adri (Álvaro Cervantes), está bebiendo con dos amigos. La otra con la protagonista, Carla (Susana Abaitua), conduciendo una motocicleta a alta velocidad. Adri está dando un «discurso» de positivismo y fuerza de voluntad a sus amigos:

—Lo único que será imposible es aquello que no intentas. La gente culpa a la suerte, al destino, al karma... ¿sabéis lo que hay siempre detrás de un

fracaso? Un «no puedo más», un «lo dejo», pero nunca un «voy a seguir luchando por lo que de verdad quiero». No luchar por lo que uno quiere sólo tiene un nombre... perder.

Carla llega al mismo bar, donde simula que tropieza accidentalmente con Adri y, de golpe, le invita a pasar la noche juntos:

- Mira, tío, yo esta noche busco a alguien con quien pasármelo de puta madre, follar y no volver a ver nunca más. Si lo piensas, ¿qué es lo que jode siempre las grandes noches? El día siguiente. Si llamas, eres un pesado. Si no llamas, eres un capullo. Luego viene conocer a familia, amigos, fingir que te caen bien...
- A mí no me gusta conocer a la familia.
- A nadie. Es lo que jode las relaciones.
- Tío, ¿por qué no vivimos esta noche y no nos volvemos a ver nunca más? Crearemos una noche perfecta que nunca se estropeará.

De allí se vuelve evidente que Carla estaba en el inicio de un brote maníaco; además de la hipersexualidad y la desinhibición, estaba conduciendo su motocicleta riesgosamente a exceso de velocidad, se vuelve el centro de atracción en la boda de unos desconocidos a la que irrumpen juntos. Este segmento de la película termina con Carla de nuevo en su motocicleta a exceso de velocidad, con lágrimas en la cara, mientras pasan los títulos de apertura de la película.

Después de esa noche juntos, Adri se queda con la chaqueta de Carla y con la obsesión de volverla a ver. Gracias a su amiga Laura, descubre una pista en uno de los bolsillos de la chaqueta, algo que parece ser el talón de una receta de fluoxetina a nombre de Carla Colomer Montolio, con el nombre del centro psiquiátrico donde ella recibe tratamiento, «Centro Residencial Los Sauces». Adri se lanza a buscarla pero no logra verla, pues no está en la lista de visitas permitidas.

PSIQUIATRA CORRUPTO

La siguiente escena, poco amigable con nuestro gremio, muestra a un psiquiatra corrupto y sin ética dispuesto a «inventar» cualquier receta o reporte médico por el precio correcto. Es gracias a este psiquiatra que Adri se hace pasar como paciente y logra ingresar al centro de salud mental para reencontrarse con Carla. Al mismo tiempo, y para justificar su ausencia del trabajo, le dice a su jefe que se va a internar en un centro psiquiátrico, como parte de una investigación para escribir su siguiente artículo.

LLEGADA AL CENTRO DE SALUD MENTAL

Lo más aburrido y trillado de la película son las escenas que tratan de ambientar la residencia psiquiátrica. Un paciente con ideas delirantes paranoides, una con ideas de grandiosidad, uno con obsesiones de limpieza, otra con tics vocales y motores. Escenas en un área de jardín, otras en terapia de grupo, otras jugando póker a escondidas y apostando las pastillas que no se tomaban, como diazepam y clonazepam, otras con pacientes haciendo fila para recibir su medicamento, otras con enfermeras y cuidadores.

Sin tiempo que perder, Adri se dedica a buscar a Carla desde que llega al centro psiquiátrico. Resulta ciertamente cómico cuando la encuentra en la sala de terapias de arte pintando un cuadro. Adri se le acerca por detrás y le cubre los ojos. Él le pide que adivine quién es, al tono de «pasamos la mejor noche de nuestras vidas...» y ella dice cuatro nombres diferentes de otros hombres, hasta que Adri prefiere recordarle su propio nombre y parar con las adivinanzas.

De allí en adelante, la película nos lleva en un viaje romántico que parte con Carla recordándole a Adri que el trato había sido pasar sólo una noche juntos; mientras que él insiste en que tuvieron una noche

mágica y que vale la pena intentarlo. Al mismo tiempo, el prejuicioso Adri le explica que ingresó al centro sólo para volverla a ver, que se nota claramente que ella no pertenece a ese lugar, ya que el resto de los residentes sí se ven enfermos y ella no, a lo que ella responde que él está descalificado para opinar, ya que sólo pasaron una noche juntos.

De aquí en adelante, Adri se embarca en un viaje donde va entendiendo mejor a las personas con enfermedades mentales y va superando sus propios prejuicios. Este viaje también inicia haciendo la entrega de su primer artículo, con el título «¿Donde tira la gente a los desechos de la sociedad?», del cual se arrepiente más tarde. De esta experiencia, la lección más importante es darse cuenta de que Carla pone en peligro su vida por seguir su consejo de que ella podía controlar su enfermedad con decisión, entereza y fuerza de voluntad, «querer recuperarse es mucho más potente que cualquier medicación».

Así llegamos a la crisis de la película, que culmina con Adri expulsado del centro. La directora lo despide con una frase excepcional:

- Adri, ¿sabes por qué soy tan estricta con dejar entrar y salir gente del centro?
- ¿Para evitar que se cuele gente gilipollas como yo?
- En parte, pero también porque la mayoría de gente quiere ayudar a sus seres queridos y piensa que saben hacerlo. Mira, tengo dos carreras, tres masters y, aunque a muchos les cueste creerlo, en la mayoría de los casos soy mucho más efectiva que el amor, las buenas intenciones, las motivaciones baratas. Los familiares los traen aquí y piensan que se curarán, pero no. Aquí les ayudamos a convivir con ellos mismos y a aceptarse y eso lleva mucho más tiempo.
- Ya.
- Les enseñamos a que no finjan estar bien para que gente como tú lo esté... Mira, lo difícil de

tener una enfermedad mental es que la gente quiere que te comportes como si no la tuvieras.

La película cierra como al principio, con dos escenas empalmadas, que culmina con el encuentro de los protagonistas en las oficinas de Adri, y hasta aquí, sin más detalles, por aquellos que no hayan visto la película.

PERSONAJES INTERESANTES

Directora del centro (Clara Segura), la cual no se aclara si es psicóloga o psiquiatra, o cuáles son sus dos carreras y sus tres posgrados. Sin embargo, es un personaje bien cuidado; es una mujer inteligente, bienhechora, bromista y capaz de reconocer cuando se equivoca.

Andrés (Alberto San Juan), jefe de Adri, muy bien logrado por los escritores. Su presencia amplía el mensaje de la película a otros temas como la migración, adicciones, pedofilia, ninfomanía, cambio climático, la comunidad LGBTIQ, el feminismo y por supuesto la estigmatización de las enfermedades mentales. Un hombre prejuicioso, racista, xenófobo, despectivo y cuyo único interés es publicar artículos que generen muchos «clics» para producirle ganancias a la revista. Aprende hacia el final de la película que una revista debe comprometerse con sus contenidos y sus lectores, aunque continúa utilizando términos peyorativos y denigrantes.

DISCUSIÓN

Loco por ella, película que a lo mejor vas a ver solamente una vez, toca de manera respetuosa la importancia de las personas con enfermedades mentales, de integrarse a la sociedad con todo y sus enfermedades. También intenta dar el mensaje de que la sociedad debería hacer un mayor esfuerzo para aprender a convivir con personas con enfermedades mentales, junto con sus enfermedades.

Algunos conceptos interesantes son el de «debut», que es parte de la conversación entre los mismos pacientes, un concepto que utilizamos en la clínica respecto a la primera manifestación de enfermedad de un trastorno psiquiátrico. Otros conceptos que tocan los guionistas son el de la amistad, las relaciones de pareja dentro de un centro psiquiátrico y uno muy sensible, que es el de cómo se les comunica a los hijos, en este caso una niña de alrededor de diez años, que su padre tiene una enfermedad mental.

Respecto al psiquiatra corrupto, hace que uno inevitablemente piense en una tendencia antipsiquiatra de la película, y es una pena, ya que por otro lado el personaje de la directora no se identifica claramente como psiquiatra. Aunque se podría argumentar por parte de los guionistas que era necesario, para que la historia fluyera y facilitar la entrada de Adri al centro psiquiátrico. Sin embargo, los guionistas hacen un ejercicio a través del cambio que vive el protagonista, del deseable cambio que podrían tener muchos de los que vean esta película. Desde un «querer recuperarse es mucho más potente que cualquier medicación», hasta entender que las enfermedades mentales son propiamente una enfermedad y requieren de un tratamiento integral.

Al final, me quedo con la frase de la directora: «lo difícil de tener una enfermedad mental es que la gente quiere que te comportes como si no la tuvieras». Esta frase me hizo reflexionar sobre que, más allá de ayudar a mis pacientes a resolver sus síntomas, mejorar su nivel de funcionamiento, entender su enfermedad, volver a convivir con sus seres queridos, compañeros de trabajo y sociedad en general, también va la parte de comportarse como si tuvieran o no una enfermedad mental. Me puso a pensar en cuántos de mis pacientes pueden, después de haber

superado una de sus crisis, hablar libremente en su medio ambiente habitual de que descubrieron que tienen un trastorno de pánico, o de que desde hoy en adelante tienen trastorno bipolar, o de que han salido de un episodio depresivo, o de que al ser dados de alta del hospital les informaron que tienen el diagnóstico de esquizofrenia. Aún más, cuántos de ellos lo pueden hacer en su medio laboral, sin temor, o con la seguridad de conservar su empleo. Cuántos de ellos logran mantener o establecer una relación de pareja, sosteniendo abiertamente que tienen una enfermedad mental.

Para cerrar, traigo el comentario de Mikel Zorrilla del blog [espinof.com](https://www.espinof.com), quien publicó que *Loco por ella* es una inusual comedia romántica de Netflix que aborda con ternura y respeto las enfermedades mentales. Pues sí, es ese algo más que comentaba yo al principio, y bien por Netflix, que pone en su plataforma al alcance de su tan amplio público el tema de las enfermedades mentales y en especial el tema de la estigmatización de estas. Por estas razones, una película palomera ocupa el lugar de *Estigma* en esta ocasión.

FUENTES

Wikipedia (s/f). Dani de la Orden. Disponible en: <https://bit.ly/3sAwyTa>

Wikipedia (s/f). Loco por ella. Disponible en: <https://bit.ly/3vZfc4H>

Zorrilla M. (26 de febrero de 2021). 'Loco por ella': una inusual comedia romántica de Netflix que aborda con ternura y respeto las enfermedades mentales. *Espinof*. Disponible en: <https://bit.ly/3d6hdmT>



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.



Aretaeus[®]

Quetiapina (25 mg, 100 mg, 300 mg)

La llave dorada que abre la solución a...



Tratamiento de 1a. Línea con evidencia nivel 1 para el **tratamiento de la depresión bipolar y fase maníaca**⁽¹⁾



Eficacia comprobada en síntomas residuales de la **depresión bipolar** como la **ansiedad e insomnio**⁽²⁾



Agente multifuncional por su mecanismo de acción con propiedades **hipnóticas, antidepresivas y antipsicóticas**⁽²⁾



Reg. No. 088M2013 SSA IV



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

Material para uso exclusivo del profesional de la salud

www.zydusmexico.com

Referencias:

1.- Yathman, Lakshmi, et al. Canadian Network Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society of Bipolar Disorders (ISBD) 2018 Guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disorder 2018; 20: 97-170.

2.- Stahl, Stephen. Enhancing outcomes from major depression : Using Antidepressants Combination Therapy with Multifunctional Pharmacologic Mechanisms from the Initiation of treatment. CNS Spectr February 2010; 15:2.

No. de Entrada: 213300202C2463