

Salud mental pospandemia

Dr. Bernardo Ng

Intervención psicológica breve para personal de salud durante la pandemia por COVID-19Dr. José Luis Jiménez-López
Psic. Marcela Miranda-Delgado**Actualidades del trastorno límite de la personalidad**Dr. Enrique Camarena Robles
Dr. Carlos Armando Herrera Huerta**Los padres frente al diagnóstico e impacto del trastorno del espectro autista en la pandemia COVID-19: un camino hacia la adaptación**Dra. Edith A. Sanabria-Díaz
Mtra. Gabriela Balderas-Cerón**La película *La libertad del diablo* vista con la lupa de la neurociencia**

Dr. José Luis Jiménez-López

Estigma y arte***La locura vista por la literatura****Los endebles límites de la sanidad según Machado de Assis*

Dr. Rafael Medina



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

Coodinador

Dr. Enrique González Ruelas

Miembros

Dr. Lauro Augusto Castanedo de Alba

Dra. Marisa Morales Cárdenas

Dr. David Eduardo Saucedo Martínez

Comité de admisión y membresía

Coordinador

Dr. Alejandro Molina López

Miembros

Dr. Eduardo Ángel Madrigal de León

Dr. Víctor Octavio López Amaro

Dr. Hugo Delfino Castellanos Martín

Comité de estatutos

Coordinadora

Dra. Jacqueline Cortés Morelos

Dr. Armando Vázquez López Guerra

Miembros

Dr. Juan Luis Vázquez Hernández

Dr. Salvador González Gutiérrez

Dr. Mario Alberto Olivares Herver †

Comité de elecciones

Coordinador

Dr. Enrique Chávez León

Miembros

Dr. Antonio Ruiz Taviel de Andrade

Dr. Aldo Antonio Suárez Mendoza

Comité de ética

Coordinador

Dr. Alejandro Molina López

Miembros

Dr. Raymundo Macías Avilés

Dr. Fernando López Munguía

Dra. Alba Nelly Sarmiento Buendía

Dr. Oscar Noé Casados 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. Gal. de Derechos del Autor: Depto. de Reservas. Reserva en trámite.

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

Contenido

5 Carta de la coeditora

6 Editorial
• Salud mental en la pospandemia

14 Intervención psicológica breve para personal de salud durante la pandemia por COVID-19

20 Los padres frente al diagnóstico e impacto del trastorno del espectro autista en la pandemia COVID-19: un camino hacia la adaptación

30 Actualidades del trastorno límite de la personalidad

48 Trastorno bipolar y neurofibromatosis. Reporte de caso

55 La película *La libertad del diablo* vista con la lupa de la neurociencia

62 *Estigma y Arte*: La locura vista por la literatura. Los endebles límites de la sanidad según Machado de Assis

La decisión estratégica es:



Firsito®

Escitalopram (10 mg, 15 mg, 20 mg)

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

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

Rapidez: Eficacia comprobada desde la primer semana.

Remisión: Disminución de los síntomas depresivos.

Previene las Recurrencias: Con su uso a largo plazo.

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



Próximamente un nuevo integrante de la familia



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

www.zydusmexico.com

Referencia:

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

Reg. No. 048M2013 SSA IV

Material para uso exclusivo del profesional de la salud

Carta de la coeditora

Revista de la Asociación Psiquiátrica Mexicana

Queridas socias y queridos socios:

Me da un enorme gusto compartir con ustedes el nuevo número de la *Revista de Psiquiatría APM*. Se trata de un logro colectivo: quienes hacen que la APM avance y se mejore, quienes permiten que aparezca el cuarto número de la revista, son ustedes, los socios, con su trabajo y, en este caso específico, con sus publicaciones.

A lo largo de estos oscuros meses se ha generado mucho conocimiento para hacer frente a la enfermedad y sus estragos. No obstante, la pandemia no ha terminado y sigue siendo necesario explorar diversos caminos que nos ayuden a enfrentarla. Los artículos del presente número son, precisamente, caminos que se han recorrido, caminos que, explorados por psiquiatras, tratan de arrojar luz sobre la problemática actual.

Muchos de nosotros, afortunadamente, ya hemos recibido la vacuna contra la COVID-19. Otros, los más jóvenes, no tardarán en recibirla. Gracias a ello, nuestros diferentes caminos podrán confluir en un el magno evento de la APM: el Congreso Nacional que se llevará a cabo en Acapulco en el mes de septiembre. Las reuniones de las vicepresidencias, las reuniones de los capítulos estatales, los sábados de APM y un sinnúmero de actividades académicas que se han realizado desde hace tiempo, están por concentrarse en nuestro concilio. Queridas socias y queridos socios, será un placer vernos en el Congreso Nacional; recuerden que se trata de un evento esencial para la APM, por fin podremos, después de tanto tiempo, compartir el mundo que nos apasiona: el de la psiquiatría y la salud mental. Tomemos este cuarto número de la revista como un preámbulo de nuestro encuentro.

Jacqueline Cortés Morelos

PRESIDENTE ELECTA BIENIO 2020-2021

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA

Salud mental en la pospandemia

Dr. Bernardo Ng*

*Presidente APM
2020-2021

La pandemia por SARS-Cov-2 sigue y carecemos de indicios ciertos para pensar que estamos cerca de su fin; sin embargo, los estragos en la salud mental de los mexicanos se ven cada vez más claros. En este artículo se presentan aspectos clínicos, sociales y económicos que se perfilan como los más importantes a atender en la pospandemia. La intención es poner sobre la mesa de discusión temas tan importantes como el regreso de los niños, niñas y adolescentes al ambiente escolar; los cambios propios de la educación médica continua; la telemedicina en la oferta de atención psiquiátrica; duelo complicado; el aumento de la pobreza laboral y las condiciones clínicas propias de la pospandemia. En cada uno de estos temas, se presentan propuestas que pueden ser de utilidad para los psiquiatras que dedicamos la mayor parte de nuestro tiempo a la clínica.

ANTECEDENTES

La pandemia por SARS-Cov-2 fue declarada en México el 30 de marzo del 2020 (Consejo General de Salubridad, 2020; Ng B., 2020) y las cifras oficiales al 15 de junio del 2021 revelan 2,455,351 casos positivos y 230,187 fallecimientos (Coronavirus Resource Center, 2021).

La campaña de vacunación arrancó en México el 24 de diciembre del 2020 y al 15 de junio del 2021

se reportan 15,062,873 personas con esquema completo de vacunación, lo que representa 11.8% de la población y un total de 37,521,976 de dosis administradas (Presidencia de la República, 2020; Coronavirus Resource Center, 2021).

El 11 de junio del 2021, el Dr. Hugo López Gatell dio por concluido el ciclo de conferencias vespertinas, puntualizando que la pandemia aún no termina. De acuerdo con una nota de CNN en español, esto fue parte de su discurso (CNN, 2021):

No debemos pensar que se ha acabado la epidemia, en el mundo entero sigue muy activa; hay regiones enteras del mundo, en particular en este momento en el hemisferio sur, en América Latina, donde hay una alta intensidad epidémica. En el caso de México no hemos llegado a una extinción de la pandemia, no hemos llegado a cero casos o cero eventos o cero contagios. Sigue la epidemia activa [...] Y al último que queremos agradecer, porque finalmente es el soberano, es al pueblo de México, que nos ha seguido, nos ha escuchado, ha estado presente, ha estado interesado y ha creado una comunidad que después de esta emergencia sanitaria, sin duda, nos permitirá tener una vida de mayor unión, mayor fortaleza para el bien del país en cualquier embate, en cualquier situación difícil que enfrentemos en el futuro...

Entonces ¿por qué hablamos de la pospandemia? Porque tenemos sobrevivientes de COVID-19 que llevan seis, nueve y hasta doce meses de haber contraído la enfermedad, además de los deudos de casi un cuarto de millón de fallecidos en riesgo de desarrollar un trastorno de duelo prolongado u otro tipo de trastorno psiquiátrico. Por otro lado, a partir del 7 de junio del 2021, varias entidades federativas regresaron a la educación presencial. Así que, aun cuando carecemos de indicios certeros para saber cuándo va a terminar esta pandemia, los psiquiatras debemos estar preparados para saber cómo abordar las necesidades de salud mental de los mexicanos en la pospandemia. A continuación, entonces, temas relevantes para los profesionales de la salud mental en esta etapa que viene.

TELEPSIQUIATRÍA

Sin duda, vimos una explosión del uso de diferentes tecnologías de la comunicación para poder dar continuidad a los servicios psiquiátricos, tanto en el sector público como en el privado, sobre todo en el ambiente ambulatorio. Esta explosión no ha

sido exclusiva de nuestra especialidad, como lo demuestra un estudio de los servicios de urgencias en hospitales de la ciudad de Nueva York (Mann D.M. *et al.*, 2020). Este estudio, basado en el grado de utilización de servicios médicos, reporta un aumento del 683%. De hecho, anotan que la continuarán utilizando, sobre todo en pacientes menos graves o de seguimiento. Esto último les ha permitido prevenir una sobresaturación de las salas de urgencias, ya que se da de alta a los pacientes más rápido siempre y cuando se les pueda dar seguimiento en las siguientes 48 a 72 horas, por telemedicina.

Es muy probable que, de la misma manera, la telepsiquiatría haya llegado para quedarse. Lo más factible es que los servicios de consulta externa, tanto del sector público como del privado, sigan teniendo un componente en este formato. Sin embargo, la experiencia en estos meses ha evidenciado que no todos los pacientes se benefician de la misma manera. Es decir, habrá que definir el perfil de pacientes o de citas ideales para esta tecnología, por ejemplo, visitas de control para pacientes estables, ciertas formas de psicoterapia, pacientes en comunidades remotas, interconsultas con subespecialistas (como paidopsiquiatras y psicogeriatras) e interconsultas en hospitales generales.

Por otro lado, aquellos que decidan seguir ofreciendo este servicio en la pospandemia, tendrán que considerar situaciones que se han obviado dado la emergencia sanitaria. Es decir, la utilización de la tecnología que cumpla con requisitos básicos de ciberseguridad y protección de la confidencialidad del paciente, en lugar de seguir empleando plataformas de videollamada y videoconferencia de uso libre. Esperamos que en la pospandemia también se acaben de resolver los detalles del recetario electrónico y que podamos hacer recetas a distancia que cumplan con los requisitos de seguridad, que eviten el abuso o mal uso de medicamentos controlados (Shah S. *et al.*, 2020).

EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

La gran mayoría de los psiquiatras en México vimos y vivimos, durante el 2020, la explosión de cursos, «webinars» y congresos en formato virtual. Nuestra Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM) hizo su primer Congreso Virtual en el 2020 —que llevó el título de «Innovando por una Psiquiatría para todos»—, al igual que otras asociaciones alrededor del mundo. Por mencionar algunas, el congreso de la International Society of Bipolar Disorders (ISBD), European Psychiatric Association (EPA) y la American Psychiatric Association (APA), mientras que otras reprogramaron sus eventos para el 2021, como la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) y la World Psychiatric Association (WPA). Esta última tuvo su congreso virtual en la primavera y tendrá uno más en el otoño del 2021. La APM, además de su congreso virtual, desde el 2020 ha hecho entrega mes a mes de contenido especializado en Salud Mental Forense y desde el 2021 en temas diversos a través de Sábados con APM.

La oferta de contenido virtual tuvo una curva claramente ascendente en el 2020 y se propone que casi dos tercios de los médicos alrededor del mundo incrementaron su consumo. Una encuesta de Medscape (Burk D., 2020) que se realizó del 13 al 19 de mayo del 2020, en la que participaron 8,175 médicos, encontró que los usuarios de este formato de educación médica continua tenían una amplia variedad de experiencia clínica. Específicamente, 14% había estado ejerciendo de 1 a 5 años, 10% de 6 a 10 años, 19% durante 11 a 20 años, 25% de 21 a 30 años y 32% por más de 30 años.

Según esta encuesta, los tres principales ámbitos de práctica en los cuales los encuestados ejercían fueron: hospital (45%), consultorio individual (13%) y práctica de grupo de especialidad única con sede en consultorio (10%); 64% de todos los encuestados indicó que su consumo de contenido médico

en línea era «mucho más alto» o «más alto», en comparación con los niveles prepandémicos.

En Estados Unidos, el máximo incremento del uso de contenido virtual fue entre cardiólogos (66% de los encuestados), médicos de atención primaria (66% de los encuestados), médicos que ejercen en especialidades menos comunes como la psiquiatría (un total de 70% de los informantes). Fuera de Estados Unidos, el máximo porcentaje de incremento en el uso de contenido médico virtual (mucho más alto/más alto) fue en México (72% de los encuestados) y el incremento más bajo fue en Italia (55% de los encuestados).

La encuesta también preguntaba a los participantes lo que se esperaba para la pospandemia. Algunos de los datos más relevantes incluyeron que el 59% espera disminución de los congresos presenciales y 67% espera aumento de los congresos virtuales. Al mismo tiempo, 63% espera disminución de las reuniones en persona con representantes farmacéuticos, mientras que 37% espera aumento de las reuniones virtuales con representantes farmacéuticos.

Cuando se preguntó a los participantes de la encuesta por cuánto tiempo pensaban que perdurarían tales cambios en relación con cómo utilizan las diferentes fuentes de información, 11% dijo que hasta 6 meses, 31% que de 6 meses a menos de 1 año, 27% de 1 a 2 años, 8% de 3 o más años y 23% esperaba que los cambios fueran permanentes.

De acuerdo con esta encuesta, aún cuando el consumo de contenido digital parece haber alcanzado una meseta, el aumento que hemos vivido hacia las comunicaciones digitales se mantendrá incluso cuando se levanten los confinamientos y se relajen las restricciones. Esta meseta también sugiere la expectativa de volver a lo presencial, mientras entramos a una fase de una oferta académica en formato híbrido. Es por esta razón que la APM ha planeado

su XXVII Congreso Nacional que lleva el título de «Adversidad y resiliencia. Forjando el camino de la recuperación» en formato híbrido.

Por lo tanto, es factible que en la pospandemia el formato virtual no desaparezca por completo y que tengamos opciones de educación continua tanto en formato virtual como presencial. Es evidente que esto ha modificado la preparación académica y clínica de los residentes de psiquiatría y los psiquiatras en activo, con un impacto final en la atención de los pacientes.

EDUCACIÓN BÁSICA, MEDIA Y MEDIA SUPERIOR

Después de más de 12 meses de educación a distancia, se reconoce un muy probable impacto en las funciones cognitivas de los estudiantes. Se han propuesto, entre los aspectos negativos, la sobrecarga cognitiva, la dificultad de mantener la atención por la multiplicidad de estímulos y por ende una disminución en las habilidades de comprensión. También es importante el impacto en las habilidades sociales, que suelen desarrollarse con el trabajo en equipo y la interacción con los pares, ambas actividades reducidas durante la pandemia o realizadas a través de una pantalla. Se ha propuesto que esto tendrá un inevitable efecto en el desarrollo de la empatía (Jha A.K. & Arora A., 2020).

Un metaanálisis de estudios que publicaron respecto a cambios emocionales y cognitivos durante la pandemia alrededor del mundo, con datos de 22,296 estudiantes, concluyó que 79.4% de éstos presentaron cambios negativos. Estos cambios incluyen irritabilidad (42.3%), depresión (41.7%), aburrimiento (35.2%), inatención (30.8%) y trastornos del dormir (21.3%) (Jha Panda P.K. *et al.*, 2021).

También es importante el aumento de la utilización de dispositivos de pantalla. De acuerdo con

una encuesta de Reuters, cuyos resultados se publicaron en infobae, hubo un aumento de 500% de uso de dispositivos de pantalla durante la pandemia. En los 3,000 hogares encuestados, el 48% de los menores pasan más de seis horas frente a dispositivos móviles. Las plataformas y aplicaciones más utilizadas fueron en gran parte no educativas: YouTube (78.21%), Netflix (49.64%) y TikTok (33.41%) (infobae, 2021).

A partir del 7 de junio, inició el regreso de los estudiantes a sus planteles escolares en la Ciudad de México, Campeche y Chiapas. Las autoridades de la Ciudad de México informaron que abrieron 1,103 escuelas, 387 públicas y 716 privadas, donde laboran unos 10,000 maestros y recibieron a 80,000 estudiantes (Cruz C., 2021). Algunas de las medidas implementadas para el regreso a clases son: el uso obligatorio de cubrebocas, el uso de espacios abiertos para mantener la distancia recomendada para evitar contagios, la asistencia alternada de estudiantes y el lavado constante de manos; y si se detecta un contagio, la escuela cerrará por 15 días y los estudiantes volverán a clases a distancia (Cortés L., 2021).

Estaremos observantes del comportamiento de los estudiantes desde el punto de vista de posibles contagios y desde el punto de vista de la salud mental. Es decir, cómo serán los cambios emocionales, la disminución del uso de dispositivos de pantalla y el reencuentro con los pares. A manera de ejemplo, será muy interesante diferenciar a estudiantes con síntomas de déficit de atención e hiperactividad por efectos de la pandemia de aquellos que tienen el trastorno primario. A su vez, definir si el tratamiento deberá incluir medicamento en ambos casos y por cuánto tiempo. De la misma manera, definir la mejor intervención para facilitar la vuelta a la socialización presencial y entender cómo los estudiantes gestionarán la disminución del tiempo frente a una pantalla.

POBREZA LABORAL

De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2021), la pobreza laboral se define como el porcentaje de la población económicamente activa cuyo ingreso laboral está por debajo del valor de la canasta alimentaria.

El promedio nacional de pobreza laboral en el 2020 era de 35.6% y en el 2021 subió al 39.4%. Estos casi cuatro puntos porcentuales de aumento de mexicanos en pobreza laboral tuvo sus variantes por entidad federativa, siendo las más golpeadas la Ciudad de México (14.9%), Quintana Roo (10.1%) y Baja California Sur (8.3%). Esto también ha significado un aumento en la desigualdad de los mexicanos económicamente activos, ya que los de menor ingreso —es decir, los que se encuentran en el primero y segundo quintil—vieron una pérdida del 40.8% y del 11.5% de su ingreso salarial, mientras que los del quinto quintil sólo perdieron el 1.5% de su ingreso laboral.

Según el CONEVAL, este aumento se explica por una disminución del ingreso anual de este sector de la población en un 4.8%, y un aumento del valor de la canasta alimentaria de 3.7% en zonas urbanas y de 4.0% en zonas rurales.

Por otro lado, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en la publicación más reciente de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (INEGI, 2021), advierte que en marzo del 2021, comparado con marzo del 2020, hubo una disminución de la población ocupada de 1.0%, lo que equivale a 1,960,265 mexicanos, y un aumento de 1.0% de la población desocupada, lo que equivale a 493,291 personas. La desocupación ha sido mayor en establecimientos de mediano tamaño del ámbito agropecuario.

Entender estos datos es de gran utilidad para los psiquiatras, ya que existe una relación ampliamente conocida entre suicidio y pobreza. Un estudio publicado antes de la pandemia por la Escuela de Economía de Londres, donde revisaron la literatura global publicada al respecto del 2004 al 2014, volvió a confirmar tal relación. Las variables que persistieron a través de todos los estudios fueron la pérdida del estatus económico, la disminución de la riqueza y el desempleo, como factores de riesgo para suicidio (Iemmi V. *et al.*, 2016).

Aunque pareciera bajo hablar de un aumento de la pobreza laboral de casi 4.0%, una disminución de población ocupada de 1.0% y un aumento de la población desocupada también del 1.0%, en realidad estamos hablando de millones de mexicanos. Debemos estar pendientes de evaluar y detectar la presencia de riesgo suicida, sobre todo entre los mexicanos más pobres.

DUELO PROLONGADO

Como sabemos, el duelo, reacción común entre los seres humanos ante el fallecimiento de un ser querido, es para la gran mayoría de los individuos algo temporal, ya que eventualmente logran adaptarse al desarrollar un nuevo sentido de normalidad en sus vidas. Sin embargo, para una minoría de personas en duelo (10-20%), este proceso se complica y se prolonga, dejando al individuo inhabilitado para procesar su pérdida y seguir adelante con su vida. Desafortunadamente, la pérdida de un ser querido durante esta pandemia, semejante a las pérdidas durante desastres naturales, es particularmente traumática por varias razones, entre las cuales destacan que suelen ser muertes súbitas e inesperadas, en un contexto difícil por la pausa de actividades productivas y educativas (educación a distancia, «home office») y la presencia de otras pérdidas (como el desempleo).

La experiencia de otros desastres naturales ha identificado factores de riesgo para el desarrollo de duelo complicado y prolongado que pudieran repetirse durante esta pandemia. Entre los más relevantes están ser del sexo femenino, no poder acompañar al ser querido en el momento de su muerte y la pobre comunicación con los médicos a cargo del ser querido. Por otro lado, a diferencia a otros desastres naturales (como por ejemplo los sismos), la pandemia tiene el ingrediente de una larga duración que impone su propio impacto en la vida de los deudos, independientemente de la pérdida del ser querido por sí misma (Gesi C. *et al.*, 2020). Finalmente, vale la pena mencionar el impacto de las medidas preventivas que en muchos casos no ha permitido cumplir con la realización tradicional de funerales en nuestro país.

Con base en los reportes oficiales de 230,187 fallecimientos, estamos ante cientos de miles de mexicanos en duelo y, en el mejor de los casos, el 10% estarán cursando con un cuadro de duelo complicado. Estos individuos ya están en necesidad de atención y seguirán necesitando nuestra ayuda en la pospandemia.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y OTROS TRASTORNOS

Es bien sabido por todos los que llevamos una práctica clínica que los síntomas de ansiedad y depresión han aumentado durante la pandemia. Las tasas varían de acuerdo con el estudio consultado y van desde un 30% hasta el 80%, como lo demuestra un estudio efectuado por APM (Saavedra-Delgado M. *et al.*, 2021). Sin embargo, vale la pena mencionar un estudio de la Universidad de San Rafael, en Italia, donde evaluaron a 206 pacientes sobrevivientes de neumonía por COVID-19 alrededor de 30 días después de haber sido dados de alta. Estos

pacientes fueron evaluados con escalas clínicas de depresión, insomnio, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo y estrés postraumático. Los resultados arrojaron que 55.7% de la muestra dio resultados positivos en una dimensión psicológica, 36.8% en dos, 20.6% en tres y 10.0% en cuatro (Mazza M.G. *et al.*, 2020).

Este estudio ilustra una realidad que muchos hemos visto en la clínica y que refleja la complejidad y la comorbilidad de lo que estos pacientes han vivido durante la pandemia y continuarán sufriendo en la pospandemia.

SÍNDROME POST COVID-19

Inicialmente reportado como «niebla mental» o «*mental fog*», se trata de un estado de disminución de la concentración y dificultad para recordar nombres y fechas. Así como aumentan los casos, también se han identificado otros síntomas que reflejan una disminución en el rendimiento físico y mental, posterior a la enfermedad COVID-19.

En su fisiopatología se proponen una serie de factores que están presentes antes de la infección viral (ej., condicionantes) y otros que se activan durante la infección viral (psicológicos, centrales y periféricos). Respecto a los factores condicionantes, se proponen la existencia de antecedentes psiquiátricos y no psiquiátricos, el nivel de actividad física del individuo y el nivel de confinamiento previos a la infección. Durante la infección se proponen factores psicológicos como el insomnio, ansiedad, temor y habilidades en el manejo del estrés, así como factores que afectan directamente al sistema nervioso central, como procesos inflamatorios, procesos de desmielinización y alteración de neurotransmisores. Finalmente, factores periféricos como la susceptibilidad del músculo esquelético a la presencia del virus (Rudroff T. *et al.*, 2020).

En un estudio más reciente se seleccionaron pacientes post COVID-19 (N=200), con historia clínica negativa para antecedentes psiquiátricos y médicos, y dos pruebas PCR negativas consecutivas. En este estudio lograron establecer una relación directa entre la presencia de fatiga y anhedonia, y propone que aún sin factores condicionantes como historia psiquiátrica previa, se puede presentar este síndrome (El Sayed S. *et al.*, 2021).

Los síntomas, entonces, son fatiga física, pérdida de la concentración, anhedonia y alteraciones del sueño. Es factible que para medir la severidad de los síntomas se le ofrezca al paciente una batería de pruebas neuropsicológicas. Sin embargo, mientras se obtienen los resultados de ensayos clínicos para el tratamiento de este síndrome, quedará a la decisión de cada psiquiatra seleccionar y recomendar tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para estos pacientes.

DISCUSIÓN

Desde el inicio de la pandemia, la Organización Mundial de la Salud, la Organización de las Naciones Unidas, la Asociación Mundial de Psiquiatría y por supuesto la Asociación Psiquiátrica Mexicana recalcaron la importancia de poner atención a los retos que se venían en materia de salud mental. La pospandemia no será la excepción y, de hecho, será la confirmación de que la huella de la pandemia en la salud mental será mayor que en la salud física.

El regreso de los estudiantes a la educación básica, media y media superior; el impacto de la pobreza laboral; los deudos del casi un cuarto de millón de víctimas de la pandemia; los síndromes depresivo-ansiosos y el síndrome post COVID-19 son temas de mayor importancia en la pospandemia y nos mantendrán ocupados por un buen tiempo.

Por lo pronto, te invito a que sigamos observantes de los temas aquí mencionados y de los demás que vayan surgiendo conforme se consolide la pospandemia. El abordaje adecuado de nuestros pacientes va a requerir que nos mantengamos informados del desarrollo de nuevos métodos diagnósticos y alternativas terapéuticas, en el contexto de la pospandemia.

FUENTES

Brunk D. (2020). Demanda acelerada de contenido médico virtual por la pandemia. Disponible en: <https://bit.ly/3ipQh4i>

CNN (2021). <https://cnn.it/3zhOHbp>

CONEVAL (2021). <https://bit.ly/3x3qqEN>

Consejo de Salubridad General (2020). Consejo de Salubridad General declara emergencia sanitaria nacional a epidemia por coronavirus COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/3xXIYHB>

Coronavirus Resource Center (2021). <https://bit.ly/3zisNoG>

Cortés L. (2021). REGRESO A CLASES. El regreso a clases en la Ciudad de México, en imágenes. El País. Disponible en: <https://bit.ly/3isYDrP>

El Sayed S., Shokry D. & Gomaa S.M. (2021). Post-COVID-19 fatigue and anhedonia: A cross-sectional study and their correlation to post-recovery period. *Neuropsychopharmacol Rep.* 41(1):50-55. doi:10.1002/npr2.12154

Gesi C., Carmassi C. *et al.* (2020). Complicated Grief: What to Expect After the Coronavirus Pandemic. *Front Psychiatry* 26; 11:489. doi: 10.3389/fpsy.2020.00489. PMID: 32574243; PMCID: PMC7264152.

- Iemmi V., Bantjes J. *et al.* (2016). Suicide and poverty in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Lancet Psychiatry* 3(8):774-783. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30066-9.
- INEGI (2021). <https://bit.ly/2UunFPPr>
- Infobae (2021). El uso de pantallas en niños aumentó 500% durante la pandemia, según un estudio. Disponible en: <https://bit.ly/373KJaB>
- Jha Panda P.K., Gupta J. *et al.* (2021). Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for COVID-19. Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Trop Pediatr.* 29;67(1):fmaa122. doi: 10.1093/tropej/fmaa122. PMID: 33367907; PMCID: PMC7798512.
- Mazza M.G., De Lorenzo R. *et al.* (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun.* 89:594-600. doi:10.1016/j.bbi.2020.07.037
- Ng B. (2020). La salud mental de las y los trabajadores de la salud en México durante la Pandemia. *Pluralidad y Consenso* 10:44;120-125
- Presidencia de la República (Dic. 2020). Versión estenográfica. Conferencia de prensa del presidente Andrés Manuel López Obrador del 24 de diciembre de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3rnFtYw>
- Rudroff T., Fietsam A.C. *et al.* (2020). Post-COVID-19 Fatigue: Potential Contributing Factors. *Brain Sci.* 10(12):1012. doi:10.3390/brainsci10121012
- Saavedra-Delgado M., Ng B. *et al.* (2021). Mental Health impact during Phases 2 and 3 of the Pandemic in Mexico. American Psychiatric Association Annual Meeting. Abstract 4106.
- Salinas Maldonado C. (2021). Ciudad de México anuncia el retorno a las escuelas el 7 de junio tras un año de cierre por la pandemia. El País. Disponible en: <https://bit.ly/3y1dqRk>
- Shah S., Diwan S. *et al.* (2020). The Technological Impact of COVID-19 on the Future of Education and Health Care Delivery. *Pain Physician* 23(4S):S367-S380. PMID: 32942794.

Intervención psicológica breve para personal de salud durante la pandemia por COVID-19

Dr. José Luis Jiménez-López*, Psic. Marcela Miranda-Delgado**

*Médico psiquiatra, Departamento de Psiquiatría y Psicología, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

**Psicóloga clínica, Departamento de Psiquiatría y Psicología, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Se ha reportado que el personal de salud encargado del cuidado de los pacientes en aislamiento hospitalario por SARS-CoV-2 presentan diferentes signos de malestar emocional tales como estrés, ansiedad, depresión, insomnio y síntomas de estrés postraumático. En diferentes países, se han recomendado intervenciones psicológicas para disminuir estas molestias; sin embargo, dada la condición emergente de la enfermedad, no existen estrategias uniformes ni resultados disponibles sobre su efectividad. Se propone una intervención breve para el control del estrés en personal de salud, que combine las estrategias recomendadas internacionalmente.

Palabras clave: COVID-19, intervención psicológica, estrés, salud mental.

INTRODUCCIÓN

La emergencia médica mundial por la pandemia de COVID-19 se convirtió rápidamente en una emergencia también para la psicología, debido a que la intolerancia a la incertidumbre, como un mecanismo mental básico, subyace al desarrollo de diferentes trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y psicóticos, así como a defensas psicológicas como comportamientos de evitación, agresión

y suicidio (Wu *et al.*, 2005; Flores *et al.*, 2018). Los altos niveles de temor y estrés han afectado negativamente a las personas con condiciones de salud mental preexistentes al producir exacerbaciones de los síntomas, recaídas y actuar como un posible desencadenante de nuevos casos de enfermedad. Estas consecuencias a la salud mental pueden ser particularmente severas para los profesionales de la salud que deben soportar la peor parte de la crisis (Xiang *et al.* 2020).

El estudio de Lai *et al.* (2020) sobre la salud mental del personal sanitario expuesto a la actual enfer-



medad en China reporta síntomas de depresión en 50%, de ansiedad en 45%, insomnio en 34% y malestar emocional en 71.5%; en ese mismo país, se reporta estrés en 27% del personal médico (Huang *et al.*, 2020) y en 40% del personal de enfermería (Mo *et al.*, 2020). Dosil-Santamaría *et al.* (2020) reportan 46.7% de estrés en personal de salud de España.

Las prolongadas jornadas de trabajo, el riesgo de infección, la escasez de equipo de protección, la soledad, la fatiga física y la separación de la familia son factores adversos para la salud mental del personal sanitario (Kang *et al.*, 2020). De acuerdo con Banerjee (2020) y Li *et al.* (2020), los trabajadores de la salud de primera línea se incluyen en la población más vulnerable para problemas de salud mental, junto con los pacientes hospitalizados por infección confirmada, el personal de laboratorio y el equipo administrativo de apoyo. Las manifestaciones típicas de malestar emocional incluyen fatiga

y tensión excesivas, estrés, agotamiento, ansiedad, insomnio, depresión, tristeza, impotencia, frustración o culpa ante la muerte del paciente, miedo a ser infectados y preocupación por la familia.

Ante esta situación, el personal de salud debe recibir apoyo para mantener su seguridad y bienestar personal (Druss, 2020). La mejor intervención psicológica en tiempos de pandemia es poco clara. Sin embargo, las propuestas por diferentes autores como Dong y Bouey (2020) y London (2020) coinciden en que deben dirigirse a mitigar el estrés, identificar personas con vulnerabilidad por antecedente de trastorno mental y prevenir padecimientos como el estrés postraumático.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL LUGAR DE TRABAJO

El estrés se define como la relación entre una persona y el ambiente que es percibido como agotador,

que excede sus recursos o pone en peligro su bienestar (Lazarus & Folkman, 1984). Puede desencadenar conductas no saludables a corto plazo como un mecanismo de afrontamiento y, cuando la exposición es crónica, se asocia a resultados adversos físicos y psicológicos tales como ansiedad, depresión y alcoholismo (Ding *et al.*, 2014; Hammen, 2005; Grunberg *et al.*, 1999).

Las intervenciones para manejar el estrés en las áreas de trabajo tienen como objetivo reducir la presencia o reducir el impacto negativo de esos estresores en los trabajadores (Ivancevich *et al.*, 1999). Bergerman, Corabian y Harstall (2009) y Richardson y Rothstein (2008) las dividen de acuerdo a su nivel de enfoque (cambios en el ambiente físico, reestructuración del trabajo, técnicas para control individual del estrés) y su objetivo blanco (estresores, factores individuales, síntomas).

La falta de uniformidad en los tratamientos médicos para COVID-19 como consecuencia de una enfermedad emergente aplica también para las intervenciones psicológicas, por lo que no existe una mejor intervención. El objetivo de este trabajo es presentar una estrategia breve para control del estrés en personal de salud, que combina las recomendaciones internacionales.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Una sesión de 90 minutos de duración dividida en tres partes:

1. Presentación del equipo de salud mental
 - a. Información sobre el objetivo: conocer y aprender estrategias para disminuir el estrés.
 - b. Información sobre la característica del lugar como un espacio protegido de diálogo: el estado emocional y su expresión, que inicia en ese espacio, ahí termina y ahí se queda.
2. Actividad
 - a. Expresión emocional (círculo de aprendizaje): expresión voluntaria de las experiencias en los diferentes escenarios de su actividad laboral (y en las diferentes áreas de su vida, si desean mencionarlo) y las emociones experimentadas.
 - b. Comunicación emocional: explicación de los motivos de las diferentes manifestaciones de malestar emocional expresadas y su efecto en las relaciones interpersonales.
3. Recomendaciones
 - a. Estrategias de autocuidado dirigidas a mitigar y amortiguar el malestar:
 - i. periodos de descanso (20-30 minutos);
 - ii. sueño y dieta adecuados;
 - iii. dieta informativa: elegir un solo medio para obtener información veraz sobre la situación que se vive;
 - iv. desintoxicación digital: disminuir o evitar en lo posible las redes sociales y comunicación en línea saturada de información sobre la pandemia;
 - v. reconectarse con las personas queridas (familia, amigos, compañeros): de forma remota, disminuir su preocupación sobre usted, comunicarles seguridad, estar en ese momento con ellos reconociendo la importancia de esas relaciones para darle la oportunidad de no sobrepensar en los temores que pueda tener.
 - b. Estrategias para control de síntomas:
 - i. auto-monitoreo: después de algunas respiraciones profundas, revisar cómo se está sintiendo; esto reduce la intensidad de las molestias (auto-escaneo);
 - ii. pasatiempos: debe atraer la atención con la fuerza suficiente para enfocarse en esa actividad;

iii. información sobre factores de riesgo y señales de alarma de trastornos mentales: si presenta síntomas de ansiedad o depresión que no mejoran después de dos semanas, deberá solicitar consulta individual por psiquiatría.

c. Técnicas de relajación:

Respiración abdominal en tres pasos (un minuto de duración) para momentos de crisis: póngase lo más cómodo posible. A la cuenta de

- uno, no haga nada, sólo gire sus ojos hacia arriba de su cabeza;
- dos, haga dos cosas, baje los párpados de sus ojos y haga una inspiración profunda;
- tres, exhale lentamente, relaje sus ojos y concéntrese en un sentimiento de relajación constante.
- Haga esto en 30 a 60 segundos.
- Cuente de tres a uno y abra los ojos.

Imagen placentera (cinco minutos de duración) para prevención del *burnout* y estrés postraumático: incorpore la relajación de tres pasos e imagine una pantalla:

- Proyecte cualquier escena placentera que desee; esta es su pantalla. Sentirá cómo se relaja cada vez más. El ejercicio puede durar uno o cinco minutos. Se puede hacer una, dos, tres o varias veces al día.
- Imagine una delgada línea que divida la pantalla en dos, en el lado izquierdo proyecte sus preocupaciones, ansiedades y miedos. La idea es verlos pero no experimentarlos. Después cambie al lado derecho de la pantalla y, nuevamente, visualice cualquier escena placentera que desee durante uno a cinco minutos.

CONCLUSIONES

China fue el primer país en identificar problemas de salud mental en los trabajadores sanitarios y en

recomendar estrategias para su atención (Chen *et al.*, 2020; Kang *et al.*, 2020); sin embargo, los efectos de sus intervenciones aún no están disponibles (Xiang *et al.*, 2020).

Puesto que en la mayoría de los trabajadores de la salud las respuestas emocionales y conductuales forman parte de respuestas extraordinarias al estrés, las intervenciones sugeridas se basan en técnicas que han demostrado ser de ayuda para controlarlo (Mauder *et al.*, 2003; Folkman & Greer, 2000; Wu *et al.*, 2009).

En futuras investigaciones deberá evaluarse el efecto de la intervención psicológica propuesta. La protección de la salud mental de los trabajadores médicos y paramédicos es importante para el control de la epidemia y su propia salud a largo plazo.

FINANCIAMIENTO

Ninguno.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

FUENTES

Banerjee D. (2020). The COVID-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play. *Asian journal of psychiatry* 50, 102014. <https://bit.ly/2UqbIKK>

Bergerman L., Corabian P. & Harstall C. (2009). Effectiveness of organizational interventions for the prevention of workplace stress. Institute of Health Economics, Edmonton AB Canada, Report January; i-65. Disponible en: <https://bit.ly/3wRQx19>

- Chen Q., Liang M. *et al.* (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet. Psychiatry* 7(4), e15–e16. Disponible en: <https://bit.ly/3eE6rps>
- Ding Y., Qu J. *et al.* (2014). The mediating effects of burnout on the relationship between anxiety symptoms and occupational stress among community healthcare workers in China: a cross-sectional study. *PloS one* 9(9), e107130. Disponible en: <https://bit.ly/3itSOuq>
- Dosil Santamaría M., Ozamiz-Etxebarria N. *et al.* (2020). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de psiquiatría y salud mental* S1888-9891(20)30060-4. Publicación anticipada en línea. Disponible en: <https://bit.ly/3Bo1bjz>
- Dong L. & Bouey J. (2020). Public Mental Health Crisis during COVID-19 Pandemic, China. *Emerging infectious diseases* 26(7). Publicación anticipada en línea. Disponible en: <https://bit.ly/2TntVrB>
- Druss B.G. (2020). Addressing the COVID-19 Pandemic in Populations with Serious Mental Illness. *JAMA psychiatry* 10.1001/jamapsychiatry.2020.0894. Publicación anticipada en línea. Disponible en: <https://bit.ly/2TpvDCB>
- Flores A., López F.J. *et al.* (2018). Intolerance of uncertainty as a vulnerability factor for excessive and inflexible avoidance behavior. *Behaviour research and therapy* 104, 34–43. Disponible en: <https://bit.ly/3itSV9k>
- Folkman S. & Greer S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology* 9:11-19. Disponible en: <https://bit.ly/3eGoGuJ>
- Grunberg L., Moore S. *et al.* (1999). Work stress and self-reported alcohol use: The moderating role of escapist reasons for drinking. *Journal of Occupational Health Psychology* 4(1), 29–36. Disponible en: <https://bit.ly/3zdHQzG>
- Hammen C. (2005). *Stress and depression*. *Annual Review of Clinical Psychology* 1(1), 293–319. Disponible en: <https://bit.ly/36MdJn3>
- Huang J.Z., Han M.F. *et al.* (2020). Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases* 38(3), 192–195. Disponible en: <https://bit.ly/3rmiey9>
- Ivancevich J.M., Matteson M.T. *et al.* (1990). Work-site stress management interventions. *American Psychologist* 45(2), 252–261. Disponible en: <https://bit.ly/2V10XOL>
- Kang L., Li Y. *et al.* (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The lancet. Psychiatry* 7(3), e14. Disponible en: <https://bit.ly/36MGPTI>
- Lai J., Ma S. *et al.* (2020). Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA network open* 3(3). Disponible en: <https://bit.ly/3ro14zX>
- Lazarus R.S. & Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Li W., Yang Y. *et al.* (2020). Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *International journal of biological sciences* 16(10), 1732–1738. Disponible en: <https://bit.ly/3kFJ6b4>

- London R.T. (2020). Is COVID-19 leading to a mental illness pandemic? Medscape Apr 03. Disponible en: <https://wb.md/3kFwJLR>
- Maunder R., Hunter J. *et al.* (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Canadian Medical Association Journal* 168(10), 1245–1251.
- Mo Y., Deng L. *et al.* (2020). Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *Journal of nursing management* 28(5), 1002–1009. Disponible en: <https://bit.ly/3iydnFN>
- Richardson K.M. & Rothstein H.R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology* 13(1), 69–93. Disponible en: <https://bit.ly/2VSiRnd>
- Wu K.K., Chan S.K. & Ma T.M. (2005). Posttraumatic stress after SARS. *Emerging infectious diseases* 11(8), 1297–1300. Disponible en: <https://bit.ly/2VXTXm9>
- Wu P., Fang Y. *et al.* (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: Exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie* 54(5), 302–311. Disponible en: <https://bit.ly/36TX4h6>
- Xiang Y.T., Yang Y. *et al.* (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry* 7(3), 228–229. Disponible en: <https://bit.ly/3xY0n2T>

Los padres frente al diagnóstico e impacto del trastorno del espectro autista en la pandemia COVID-19: un camino hacia la adaptación

Dra. Edith A. Sanabria-Díaz*, Mtra. Gabriela Balderas-Cerón**

*Médico especialista en Psiquiatría y Paidopsiquiatría. Hospital de Salud Mental de Tijuana A.C., Tijuana, B.C.

**Psicóloga infantil y terapeuta familiar, Tijuana, B.C.

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo con implicaciones a lo largo de la vida en el contexto familiar, escolar y social para la persona que lo padece. Los padres, ante esta condición, se verán expuestos a diversas reacciones emocionales que requieren estrategias para afrontar el TEA en su hijo, con el fin de alcanzar la adaptación.

El diagnóstico oportuno y el diseño de un abordaje multidisciplinario por el profesional en salud mental, al brindar a los progenitores las habilidades para el manejo de estrés, la evaluación de los estilos y estrategias de afrontamiento frente al diagnóstico de TEA, son elementos esenciales para mejorar las condiciones de calidad de vida de los pacientes y sus familias.

El objetivo de este artículo es informar y orientar al profesional en salud mental, con base en el modelo «Un camino hacia la adaptación», sobre cómo favorecer la mejor adaptación de los padres con un hijo con trastorno del espectro autista (TEA) y su impacto con la contingencia debido al COVID-19.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista, afrontamiento, adaptación, padres, salud mental, COVID-19.

Parents in the diagnosis of autism spectrum disorder and its impact in the COVID-19 pandemic: a path towards adaptation

Dra. Edith A. Sanabria-Díaz*, Mtra. Gabriela Balderas-Cerón**

*Médico especialista en Psiquiatría y Paidopsiquiatría. Hospital de Salud Mental de Tijuana A.C., Tijuana, B.C.

**Psicóloga infantil y terapeuta familiar, Tijuana, B.C.

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopment disorder with implications throughout life in the social, school and family context for the person who has it. Parents facing this condition will be exposed to various emotional reactions that require coping strategies to reckon with their child's ASD, in order to achieve adaptation.

The timely intervention in the diagnosis and design a multidisciplinary approach by mental health professional to include parents the skills to manage parental stress, the assessment styles and coping strategies with respect of the diagnosis of ASD; They are essential to improve the quality of life of patients and their families.

The aim of this article is to inform and guide the mental health professional based on the model «A path towards adaptation» how to promote adaptation of parents with respect of the diagnosis of ASD and its impact due to the COVID-19 pandemic.

Keywords: Autism – Autism Spectrum Disorder
– Coping – Adaptation – Parents – Mental health
– COVID-19.

INTRODUCCIÓN

En marzo del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró una emergencia de salud pública por el estado de pandemia por COVID-19; dado el estrés colectivo debido a la contingencia, mantuvo un enfoque hacia la salud integral brindando recomendaciones para apoyar el bienestar psicosocial y mental de la población (WHO, 2020). En él se enfatizó que las personas con condiciones de salud preexistentes que comprometan su bienestar debían mantener prácticas que permitieran prevenir un deterioro mayor de las mismas.

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición que dura toda la vida, que causa dificultades en la interacción social y en la comunicación, y se caracteriza por comportamientos, intereses o actividades restringidas y repetitivas, cuya severidad afectará la funcionalidad en el ámbito social, escolar y familiar del individuo (American Psychiatric Association, 2013; Varela D. *et al.*, 2011); por lo tanto, este segmento de la población puede considerarse especialmente vulnerable al comprometer aún más su salud emocional y la de sus cuidadores ante la presente emergencia sanitaria del SARS-CoV-2 (Marín J.L. *et al.*, 2021).

El TEA se encuentra clasificado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5, en el capítulo de los trastornos del neurodesarrollo. La causa específica para su aparición aún se desconoce; sin embargo, los expertos en el tema han relacionado la etiología de este trastorno del neurodesarrollo con la combinación compleja de múltiples factores neurobiológicos y genéticos (Trottier G. *et al.*, 1999). Asimismo, se ha estimado que el TEA ocurre aproximadamente en uno de cada 88 niños y predomina en el sexo masculino (Instituto de Salud Mental, 2012). En el 2004, el Instituto Nacional de Estadística y Geo-

grafía (INEGI) ubicó 46,000 casos de TEA en México (Valdés A. *et al.*, 2009).

En el 2018, el sistema nacional de salud reportó una prevalencia donde uno de cada 115 niños son portadores del TEA en México, con un estimado de 400,000 personas menores de 18 años con dicha condición (Marcín C., 2013).

El diagnóstico a temprana edad (antes de los dos años) es infrecuente, debido a la complejidad y heterogeneidad de los síntomas, la variabilidad del desarrollo neurobiológico de los pacientes en sus primeros años de vida y la diversidad de patrones de crianza y de estimulación ambiental. Se suma, además, la falta de información de los padres o la resistencia a darse cuenta de que a su hijo le sucede algo. Asimismo, se ha señalado la falta de profesionales entrenados en el diagnóstico temprano (American Psychiatric Association, 2013).

Pese a ello, el promedio de edad del diagnóstico reportado por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades en Estados Unidos es de 5 años. El retraso en el diagnóstico provoca un desfase en la intervención multidisciplinaria y en el tratamiento oportuno del paciente con TEA y su familia (Klin A., 2015).

No es sorpresa que las reacciones emocionales de los padres ante el diagnóstico del TEA conduzcan a una crisis emocional, presente a lo largo de las distintas etapas del desarrollo humano (niñez, adolescencia, edad adulta y vejez). Numerosos estudios han demostrado que la convivencia con un hijo con un TEA provoca en los padres niveles de estrés superiores a los producidos por la paternidad en sí misma, e incluso a la paternidad de hijos con otras discapacidades (Martínez M.A. & Cruz M., 2008). El estudio de Ruiz N. y colaboradores (2014) en padres de niños con TEA, señaló que la menor capacidad de recuperación o resiliencia de los pa-

dres ante situaciones de estrés disminuye la percepción de tener un buen estado de salud, y además se asocia con niveles matutinos de cortisol mayores a los normales.

Igualmente, las madres de niños con TEA presentan una mayor interferencia con el funcionamiento personal y de la familia, mayor pesimismo y síntomas depresivos, incluso en comparación con las madres de niños con síndrome de Down, ello debido al grado de dificultad en el manejo de la conducta del niño con TEA. En este sentido, se ha encontrado que en los padres de niños con trastorno vinculado al desarrollo se presentan índices más altos de divorcio en comparación con padres de niños que no tienen dificultades en el desarrollo (Rey L. & Jaimes M., 2013). Con base en lo anterior, se generan diferentes tipos de respuestas ante los ajustes que deberá realizar la familia para adaptarse a las nuevas demandas que plantea el curso del TEA en ese hijo.

Debido a las características de la persona con TEA, la interrupción de actividades de la vida diaria debido al brote de COVID-19 exacerbó comportamientos disruptivos con mayor intensidad y frecuencia (Alhuzimi T., 2021; Colizzi M. *et al.*, 2020), de acuerdo con lo observado por los familiares.

Los cuidadores puntuaron niveles de ansiedad más altos en ellos mismos que en sus hijos en ambos grupos, y señalaron importantes desafíos, como la enseñanza infantil, el manejo del comportamiento de los niños, el mantenimiento de rutinas, el mantenimiento de los niños ocupados y el aislamiento social (Amorim R. *et al.*, 2020).

Considerando que a este proceso de adaptación a las demandas del TEA se agregan las medidas de prevención y cuidado necesarias durante la pandemia por COVID-19, entre ellas el confinamiento, para los padres de las personas con TEA, que en

su mayoría experimentan aislamiento emocional por el diagnóstico reciente (Bravo-Benítez J. *et al.*, 2019), la situación actual limita los recursos y las redes de apoyo disponibles, comprometiendo con ello su capacidad resolutoria ante la crisis actual.

DESCRIPCIÓN

En el año 2012, Lutz y colaboradores, en su artículo «Afrontando el autismo», explican el modelo llamado «Un camino hacia la adaptación» (*A Journey Toward Adaptation*), el cual se basa en las aportaciones previas de los modelos realizados por Hill (1958), y de McCubbin & Patterson (1983); en estos trabajos, se define elemento estresor al evento que causa impacto o impresión en el organismo humano, y *afrontamiento*, a las acciones concretas y específicas que la persona utiliza para enfrentar la situación estresante (Ruiz N. *et al.*, 2014; Lutz H. *et al.*, 2012).

En este sentido, se ha planteado que las estrategias de afrontamiento serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes, tales como la resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión de emociones, apoyo social, evitación de problemas, pensamientos ansiosos, autocrítica y retirada social.

Los estilos de afrontamientos, en cambio, se refieren a las predisposiciones personales con las cuales se hacen frente a las situaciones y que son las responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Los estilos de afrontamiento son resultado del uso de las estrategias de afrontamiento, dirigidos a modificar el problema o actuar sobre la emoción, al regular la evaluación del problema. Los estilos de afrontamiento pueden darse de forma activa, pasiva o evitativa.



La forma activa hace referencia a realizar esfuerzos de distintos tipos para darle solución a la situación; la pasiva, a basarse en no hacer nada directamente sobre la situación y esperar que cambien las condiciones; la forma evitativa consiste en intentar evitar o huir de la situación o de sus consecuencias. Por ello, *adaptación* se define como el proceso en el cual el individuo se ajusta a múltiples circunstancias y condiciones para lograr un estado funcional. Un afrontamiento deficiente no consolidará la adaptación (Bermejo J. *et al.*, 2010).

Con base en el modelo «Un camino hacia la adaptación», los padres, frente al diagnóstico del TEA (el cual es un elemento estresor), responden con dolor e ira, lo que a su vez condiciona la estrategia de afrontamiento en respuesta al diagnóstico, que llevará a los padres a la zona de adaptación por un tiempo. Sin embargo, nuevamente el diagnóstico del TEA genera en los padres tensión, afectando tres dimensiones: 1) el área psicológica, donde surge el miedo y ansiedad; 2) el área fisiológica, con

síntomas físicos secundarios al estrés relacionado con el soporte y supervisión continua hacia el hijo; y por último, 3) el área social, donde se manifiestan la estigmatización, las creencias erróneas de la sociedad con respecto al TEA, el aislamiento social y las preocupaciones económicas de los padres ante las demandas de este diagnóstico.

La siguiente estrategia de afrontamiento, utilizada usualmente por los padres para compensar la tensión debida al diagnóstico, es reforzar o estabilizar las redes de apoyo primario, como la familia y las amistades, así como las redes de apoyo secundarias, con la aproximación a las creencias religiosas, grupos de apoyo, asociaciones o instituciones en donde se promueve la socialización y la espiritualidad. Estas estrategias llevan a los padres a retomar provisionalmente la zona de adaptación para responder a los sentimientos de culpa e incertidumbre, que les produce el diagnóstico de trastorno del espectro autista, ante el pensamiento «¿estaremos haciendo lo correcto?, ¿habrá alternativas en el tratamiento del TEA?».

Con el apoyo de las redes primarias y secundarias, los padres pueden alcanzar la comprensión de no centrar su vida en el TEA y sí habituarse a las propias necesidades de su hijo, y al mismo tiempo, aprender a ver lo positivo de las circunstancias con una visión amplia, llegando a apreciar la vida y las pequeñas cosas, limitando el impacto del TEA en la familia y redefiniendo el significado de la vida y la flexibilidad para ejercer múltiples roles y resguardar la integridad de la persona con TEA. Así, la relación entre la respuesta al estresor y las estrategias de afrontamiento previamente referidas llevarán a los padres de nuevo a la adaptación.

No obstante que este modelo es dinámico y está diseñado para dar respuesta a las necesidades del individuo y su familia, la exposición continua de los padres al elemento estresor (diagnóstico del TEA) en su hijo les genera decepción y sacrificio. Estos sentimientos temporales en los padres y la vulnerabilidad a los pensamientos o imágenes de cómo sería su hijo sin TEA, son más frecuentes cuando el niño alcanza una mayor edad y en los momentos cruciales del menor y su familia. Los sentimientos de sacrificio se relacionan con el tiempo utilizado en la atención y cuidado, la socialización, otros hijos y los ajustes de estilo de vida. Por lo anterior, los padres tendrán que utilizar estrategias de afrontamiento, como la revisión de sueños y planeación de metas, mientras contemplan el futuro del menor con base en sus necesidades.

Este modelo no tiene un orden en particular. El estresor y las estrategias de afrontamiento pueden ocurrir simultáneamente o por separado durante el curso del desarrollo del individuo con TEA. Esto hace que el proceso para alcanzar la adaptación en los padres sea un reto con múltiples implicaciones en la vida cotidiana.

Conociendo hacia dónde puede manifestarse la dimensión sintomática de la persona con TEA,

podemos visualizar el impacto de la disrupción inadvertida por las medidas de confinamiento resultado del COVID-19 en los pacientes y sus familias. Ante este cambio, presentan mayores desventajas los padres de población neuroatípica que cursan la primera infancia, aquellos que requieren mayor apoyo, comorbilidades con alta disfuncionalidad, que exacerba un mayor desgaste del cuidador.

DISCUSIÓN

Son pocos los estudios que nos permiten comprender las estrategias de afrontamiento que utilizan los padres de niños con enfermedades o discapacidades (como en el TEA), y más específicamente en su capacidad de adaptación. Sin embargo, algunos estudios en padres que tienen hijos con TEA exponen que éstos se enfrentan en su vida diaria a dificultades derivadas de las alteraciones sociales, comunicativas y de conducta que presentan sus hijos con el trastorno. A su vez, se plantean necesidades y demandas en los diferentes contextos (educativos, sociales y comunitarios) en los que se encuentra inmersa la familia, a las que tienen que hacer frente desarrollando una serie de estrategias (Pozo P. *et al.*, 2008).

Algunos estudios han revelado que las estrategias de afrontamiento tienen un importante papel en el resultado de la adaptación pero, a pesar de su importancia, aún existe un pequeño número de investigaciones que muestran las estrategias de afrontamiento utilizadas por los padres y madres de hijos con diagnóstico de TEA (Pozo P. *et al.*, 2008).

Un estudio sobre este tema fue el realizado por Hastings R. & Johnson E. (2001), quienes encontraron que padres y madres de hijos con autismo utilizaban estrategias de escape-evitación al cuidado de sus hijos, presentaban gran nivel de estrés y problemas de salud mental como depresión y ansiedad. En contraste, aquellos que utilizaban

una reestructuración positiva ante la situación presentaban menos estrés en el afrontamiento de ésta. Asimismo, investigaciones como la de Jones J. & Passey J. (2005), concluyen que los padres con adaptación funcional tienen mayor control de la situación y cuentan con estrategias de afrontamiento e introspección para unir los recursos familiares y los personales para lograr la consecución de metas con su hijo con TEA.

Por otro lado, Hastings R. y colaboradores (2005), después de analizar las estrategias de afrontamiento en madres y padres de niños con TEA, destacan las diferencias de género. Los autores enfatizan que las madres utilizan más estrategias focalizadas en el problema que los padres. Asimismo, las madres utilizan mayor número de estrategias de afrontamiento de evitación y de afrontamiento positivo que los padres.

La crianza de un niño con TEA es todo un reto para los padres, los cuales, tras la aceptación del diagnóstico, deben empezar a desarrollar estrategias adaptativas que favorezcan el desarrollo de sus hijos y de la familia como un conjunto.

En el estudio de las estrategias de afrontamiento en padres de hijos con TEA, es importante utilizar instrumentos, adaptados a la población mexicana y mundialmente aceptados, tanto para evaluar a los padres como para el diseño de dichas estrategias. Los objetivos son: permitir al profesional de salud mental, orientar y diseñar un abordaje multidisciplinario para lograr en los padres la adaptación funcional frente al diagnóstico del TEA y, a la vez, abrir la posibilidad de efectuar estudios en diferentes países y distintas prácticas culturales (Sánchez R. & Echeverry J., 2004).

Si bien los instrumentos anteriormente mencionados valoran la dinámica a nivel del sistema familiar como un rubro importante, actualmente un factor adicional a tomar en consideración durante el

acompañamiento a la adaptación funcional respecto al TEA requiere hacer énfasis en un panorama global y sus efectos en el microsistema del paciente. Por lo tanto, el profesional de la salud mental tendrá que considerar los efectos psicosociales de la contingencia a largo plazo en las familias de esta población para el logro de estos objetivos (Adhonom Ghebreyesus T., 2020).

Alrededor del mundo, se han conducido diversas investigaciones para indagar sobre los efectos psicológicos del estrés en las familias de personas con TEA. De acuerdo con los hallazgos en un estudio entre la población española (McDevitt S.E., 2021), el 50% de los padres evaluados reportaron un nivel de estrés considerado «alto»; previo a la pandemia, un 40% de los sujetos encuestados había evaluado su estrés en ese nivel de intensidad, mientras que el 31% de ellos lo reportó como «peor» en comparación con el inicio del aislamiento por COVID-19.

Los adultos con TEA, en el mismo estudio, indicaron una disminución en su autopercepción del estrés previo a la pandemia por COVID-19; este dato fue inversamente proporcional al reportado por los cuidadores de niños y adolescentes con TEA (Marín J.L. *et al.*, 2021), especialmente aquellos que requieren mayor asistencia y que en su mayoría no pudieron continuar con los servicios de atención a salud mental y educación especial al ser interrumpidos, sobre todo al inicio del aislamiento social estricto.

Un programa reciente en el contexto de la contingencia integró elementos compatibles con el modelo «Un camino hacia la adaptación» para promover un afrontamiento más funcional en población con las características antes mencionadas. Se realizó por medio de una intervención transnacional *online* a través de un modelo de entrenamiento para padres en formato remoto a una población de China con escasos servicios de atención para el TEA durante el inicio de la cuarentena. Los hallazgos de este

estudio cualitativo mostraron como un resultado que el que los entrenadores del modelo teleasistido atendiera la perspectiva psicológica de los padres les proveyó de un espacio para su propia gestión emocional derivado del impacto de la pandemia, incluyendo las vivencias traumáticas en el contexto cultural de tener un hijo con TEA. Con ello, favoreció las habilidades que les permitieron involucrarse activamente en la corregulación emocional paterno-filial al responder a patrones de expresión emocional de sus hijos. Este intercambio entre entrenadores y padres sentó la base para construir y sostener una relación auténtica que el última instancia mejoró sus prácticas y herramientas (McDevitt S.E., 2021).

En la población mexicana, Nava Q. y colaboradores (2010) validaron el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), adaptado al castellano por Cano y colaboradores (2007). Asimismo, podemos encontrar otros instrumentos de uso en Latinoamérica para evaluar las estrategias de afrontamiento, como son: la escala de coping-revisado (EEC-R) de Charot y Sadin (1993), validada por Londoño y colaboradores (2006), y la escala de estilos y estrategias de afrontamiento al estrés, elaborada por Fernández (1997) (Nava Q. *et al.*, 2010).

Incluir al tratamiento multidisciplinario de un paciente con TEA la evaluación de los estilos y estrategias de afrontamiento de los padres frente a este diagnóstico es un recurso del profesional para la orientación y apoyo para propiciar la adaptación funcional y así mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

En este sentido, durante la complejidad de la pandemia será aún más valioso tomar lo anterior en cuenta en el tratamiento, ya que los estilos y estrategias de afrontamiento de las familias se verán más expuestas en tanto que ésta ha conducido a un incremento de síntomas psicológicos de perturbación emocional, hipotimia, irritabilidad, ira, depresión y

estrés (Brooks *et al.*, 2020) en la población y particularmente con un riesgo más agudo en aquellos en situaciones previamente vulnerables.

Para concluir, podemos decir que el proceso de adaptación en los padres con un hijo con TEA se da en todo el transcurrir del desarrollo del menor y puede verse impactado por situaciones inesperadas como la de una emergencia sanitaria mundial; los padres habilitan el hogar, ajustan su estilo de vida, establecen patrones de crianza y modifican los planes del futuro para satisfacer las necesidades del niño de forma racional.

Alcanzar la adaptación funcional con estrategias acertadas y específicas para el individuo con TEA, requiere la aproximación de los padres a los profesionales de la salud mental, con el objetivo de recibir orientación, apoyo e intervención, y así alcanzar la adaptación dentro de un ambiente cálido, seguro, asertivo, con reglas y límites coherentes y claros que favorezcan la unión familiar, la resiliencia, el bienestar y la satisfacción de los miembros del núcleo familiar.

Especialmente durante esta crítica etapa de adaptación a los retos derivados de la pandemia, el profesional de salud mental tendrá como rol medular orientar y proveer apoyo al sistema familiar priorizando el bienestar socioemocional de los cuidadores de persona con TEA durante y posterior a la contingencia por COVID-19 (White L.C. *et al.*, 2021). Todos los profesionales de salud deben estar capacitados para la vigilancia del impacto en la salud mental en las familias durante y después de este periodo. Finalmente, tomando en cuenta los hallazgos de la literatura mencionada, es necesario hacer un llamado a las aproximaciones innovadoras y futuras intervenciones que atiendan las adaptaciones socioambientales que faciliten un tratamiento esencial a las personas en situación de salud mental vulnerable, en este caso, las personas con TEA y sus familiares, ya que esta emergencia sanitaria requiere que la población con alguna con-

dición del neurodesarrollo continúe su tratamiento necesario, el cual, al ser multidisciplinario, brinda apoyo a los padres al proveerles recursos de empoderamiento y eficacia emocional para el enfrentamiento ante una crisis de esta magnitud aunada al diagnóstico de TEA.

FUENTES

- Adhanom Ghebreyesus T. (2020). Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(2), 129–130. Disponible en: <https://bit.ly/36MA8jR>
- Alhuzimi T. (2021). Stress and emotional wellbeing of parents due to change in routine for children with Autism Spectrum Disorder (ASD) at home during COVID-19 pandemic in Saudi Arabia. *Research in Developmental Disabilities* 108, 103822.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*. Washington, DC. London, England: American Psychiatric Publishing.
- Amorim R., Catarino S. *et al.* (2020). Impacto de la COVID-19 en niños con trastorno del espectro autista. *Rev. neurol.* (Ed. impr.), 285-291.
- Bermejo J., Magaña M. *et al.* (2010). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. *Rev Psicoter.* XXII (88):85-95.
- Bravo-Benítez J., Pérez-Marfil M.N. *et al.* (2019). Grief Experiences in Family Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder (ASD). *International journal of environmental research and public health* 16(23), 4821. Disponible en: <https://bit.ly/3eAwNsr>
- Brooks S.K., Webster R.K. *et al.* (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet* 395(10227), 912-920.
- Colizzi M., Sironi E. *et al.* (2020). Psychosocial and Behavioral Impact of COVID-19 in Autism Spectrum Disorder: An Online Parent Survey. *Brain sciences* 10(6), 341. Disponible en: <https://bit.ly/2VXNAzf>
- Hastings R. & Johnson E. (2001). Stress in UK families conducted intensive home-based behavioral intervention for their young child with autism. *J Autism Dev Disord.* 31:327-336.
- Hastings R., Kovshoff H. *et al.* (2005). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-schoolchildren with autism. *J Autism Dev Disord.* 35(5): 635-644.
- Instituto de Salud Mental (2012). *Guía para padres sobre el Trastorno del Espectro Autista*. Washington, DC.
- Jones J. & Passey J. (2005). Family adaptation, coping and resources: parents of children with developmental disabilities and behavior problems. *J Dev Disabil.* 11(1):31-46.
- Klin A., Klaiman C. & Jones W. (2015). Rebajar la edad de diagnóstico del autismo: la neurociencia del desarrollo social afronta un importante problema de salud pública. *Rev Neurol.* 60 (Supl. 1): S3-S11.
- Lutz H., Patterson B. & Klein J. (2012). Coping with Autism: A journey toward adaptation. *J Pediatric Nursing.* 27: 206-213.
- Marcín C. (2013). Prevalencia de autismo en México. *Clínica Mexicana de Autismo*. Disponible en: <https://bit.ly/2UnKwMH>

- Marín J.L., Gustemps L.G. *et al.* (2021). COVID-19 pandemic effects in people with Autism Spectrum Disorder and their caregivers: Evaluation of social distancing and lockdown impact on mental health and general status. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 101757.
- Martínez M.A. & Cruz M. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Intervención Psicosocial* 17(2): 215-230.
- McDevitt S.E. (2021). While quarantined: An online parent education and training model for families of children with autism in China. *Research in developmental disabilities* 109, 103851. Disponible en: <https://bit.ly/3y7jQOV>
- Nava Q., Ollua P. *et al.* (2010). Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicol Salud* 20(2): 213-220.
- Pozo P., Sarriá E. & Brioso A. (2008). Estrategias de afrontamiento en padres y madres de personas con trastorno de espectro autista. Trabajo presentado en XIV Congreso Nacional de Autismo. Bilbao, España. Disponible en: <https://bit.ly/3eFYvEI>
- Rey L. & Jaimes M. (2013). Estudio correlacional entre estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Universidad Pontificia Boliviana, 1-56. Disponible en: <https://bit.ly/3zkfmV2>
- Ruiz N., de Andres S. *et al.* (2014). Highly resilient coping entails better perceived health, high social support and low morning cortisol levels impairments of children with autism spectrum disorder. *Rev Dev Disabil* 35(3):686-695.
- Sánchez R. & Echeverry J. (2004). Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Pública* 6(3): 302-318.
- Trottier G., Srivastava L. & Walker C. (1999). Etiology of infantile autism: a review of recent advances in genetic and neurobiological research. *Psychiatry Neurosci.* 24(2):103-15.
- Valdés A., Cisneros M.A. *et al.* (2009). Creencias erróneas de padres de niños con autismo. *Psicol Iberoamericana* 17(1):15-23.
- Varela D., Ruiz M. *et al.* (2011). Conceptos actuales sobre la etiología del autismo. *Acta Pediatr Mex.* 32(4):213-222.
- White L.C., Law J.K. *et al.* (2021). Brief Report: Impact of COVID-19 on Individuals with ASD and Their Caregivers: A Perspective from the SPARK Cohort. *Journal of autism and developmental disorders*, 1-8. Advance online publication. Disponible en: <https://bit.ly/3rqcm6J>
- World Health Organization (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020 (No. WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1).

Actualidades del trastorno límite de la personalidad

Dr. Enrique Camarena Robles, Dr. Carlos Armando Herrera Huerta*

.....
*Servicio de Psiquiatría, UMAE Hospital de Especialidades
Centro Médico Nacional Siglo XXI, CDMX, México
.....

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una entidad diagnóstica grave que afecta aproximadamente al 3% de la población mundial y que fue incluida categorialmente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana en su tercera edición (DSM-III, 1980), a pesar de que su descripción clínica data por vez primera de finales del siglo XIX. Representa un trastorno que tiene serias repercusiones en el individuo y la familia y, por ende, en la sociedad. Por la intensidad de sus síntomas, la heterogeneidad de estos y lo complejo en su manejo, se ha convertido en objeto de estudio en múltiples centros de investigación.

Aunque se han descrito más de 250 síntomas del trastorno, los elementales continúan siendo la impulsividad, la heteroagresividad (generalmente dirigida a familiares y pares cercanos), la autoagresividad (que puede acabar en suicidio), la desregulación emocional, las conductas de alto riesgo, patrones frenéticos para evitar el abandono,

los cuadros micropsicóticos y disociativos, inestabilidad de la autoimagen y de la identidad, así como oscilaciones extremas en las relaciones interpersonales. Los notables avances conseguidos en la investigación neurobiopsicológica del TLP siguen sin clarificar las contradicciones en su conceptualización clínica y diagnóstica.

Este hecho puede entenderse como producto de la carencia de una interpretación exacta de los estudios sobre su etiopatogenia, la falta de una eficacia unitaria en las diferentes intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas, y quizás también debido a la muy incipiente neurociencia de la personalidad como disciplina científica integrada.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente artículo es una revisión temática selectiva de publicaciones sobre el trastorno límite de la personalidad disponibles en los siguientes buscadores: Dialnet, Redalyc, Google Académico, Scielo, Pscynet y Pubmed. Nuestra investigación documental tomó trabajos publicados en el intervalo del año 2000 al 2018 para los lineamientos psicoterapéuticos y farmacológicos recomendados internacionalmente. Se utilizaron para la búsqueda exhaustiva en las bases de datos las palabras clave *trastorno límite de la personalidad*, *trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad*, *borderline disorder personality disorder*, *BPD*. Se excluyeron todos los artículos que carecían de una metodología concordante con los lineamientos internacionales del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas (CIERM). Asimismo, se respetaron los lineamientos de la Guía para el autor de revista y sus criterios editoriales de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM).

INTRODUCCIÓN

Un punto de partida conveniente sería preguntarnos si el nombre trastorno límite de la personalidad es el más apropiado. Como suele suceder con muchas de las categorías diagnósticas acuñadas a finales del siglo XIX y principios del XX, el TLP ha quedado en el vocabulario de todos los profesionales de salud mental del orbe, y por el momento no hay un nombre que lo sustituya. En el ámbito anglosajón se le conoce como *borderline disorder*: un significado prácticamente equivalente. Fueron Charles H. Hughes (1884) y Adolf Stern (1938) quienes hablaron por primera vez del término, el primero como campo fronterizo de la personalidad (entendiéndose que en un campo los límites son menos precisos) y el segundo como trastorno límite de la personalidad, haciendo alusión al hecho de que los síntomas podrían estar «enfascados»

entre la neurosis y la psicosis. Estos últimos dos conceptos que hoy en día están claramente comprendidos, delimitados y categorizados, situación que antaño no existía cuando los dos autores acuñaron el término. El trastorno ha sido estudiado a profundidad en el campo clínico y en las últimas cuatro décadas resalta su presencia en el área de la neurobiología.

La polémica científica y académica que mantuvo esta entidad influyó que fuera incluido en la década de los ochenta el DSM-III. Aunque es innegable el valor de los sistemas nosológicos internacionales de los trastornos mentales en la creación de un lenguaje unitario en términos sintomáticos entre los profesionales de la salud, no sucede lo mismo con el TLP: existe poca concreción conceptual, hay solapamiento sintomático con otros trastornos de la personalidad, del estado de ánimo y del control de los impulsos. El diagnóstico categorial sin duda facilita el trabajo del clínico en el entorno hospitalario, pero también es cierto que se sacrifica la riqueza psicopatológica del trastorno.

En los últimos años ha habido dos tendencias claras para entender y definir al trastorno, el considerarlo como un espectro (emulando lo aplicado para el trastorno afectivo bipolar y las psicosis del espectro de la esquizofrenia), o el considerar varios subtipos o variantes del trastorno. En el campo del psicoanálisis, en 1967 Otto Kernberg realizó una importante aportación al diagnóstico del TLP, al definirla como una organización de la personalidad, en un nivel intermedio entre los pacientes más graves con una organización psicótica y aquellos más sanos con una organización neurótica que coincidía en cierta forma con la visión semántica de Stern, pero dándole un enfoque psicodinámico. Hoy en día, el TLP tiene su lugar dentro del campo de la psicopatología, distinguiéndolo de otros trastornos, como es el caso de la esquizofrenia y el trastorno depresivo mayor.

Se ha logrado identificar situaciones clínicas particulares y propias del trastorno, lo cual ayuda a ubicarlo como una entidad nosológica compleja pero separada de otras categorías diagnósticas. O como más recientemente ha apuntado el recién fallecido J. Akiskal (2004), «el TLP, más que ser un trastorno específico de la personalidad, representa un conjunto de trastornos de la personalidad». Asimismo, Millon (1996) indicaba que «el propio término presagia problemas de definición. Por lógica, todo aquello que en principio se conoce por lindar con algo, como es natural, no puede constituir en sí mismo una entidad propia». Hernández Espinosa (1996) definió la concepción tradicional de la personalidad límite como una personalidad fronteriza entre la neurosis y la psicosis, donde participan las características de ambas sin ser plenamente ni una ni otra, volviendo al abordaje de Stern de principios del siglo pasado.

PREVALENCIA

La mayoría de los autores consideran que el TLP es un síndrome heterogéneo, difícil de demarcar, que se diferencia en sus causas etiológicas y en sus formas clínicas y conductuales de presentación, no sólo de un individuo a otro sino, incluso, de una etapa a otra en la evolución del mismo paciente. Esto conlleva que su definición diagnóstica resulte a menudo problemática, pese a la existencia de criterios que lo categorizan como el DSM-5. El profesional de la salud se enfrenta a una realidad compleja ante el paciente con TLP, por su diversidad y fluctuación sintomática. Cabe decir que estas dificultades contrastan con la elevada prevalencia del TLP, que puede variar del 2 al 3.5% de la población abierta estudiada. Es decir, su prevalencia dobla a la de la esquizofrenia y la mayoría de los autores coinciden en que es más frecuente en el sexo femenino en una proporción de 3:1. No sobra decir que cada país puede aplicar diferentes metodologías a la hora de medir su incidencia y prevalencia, y de ahí la diver-

sidad de los resultados estadísticos publicados en la literatura. Aun así, vale citar algunas estadísticas nacionales e internacionales. Según la Fundación de la Universidad Nacional Autónoma de México, lo padece el 2% de la población mundial. Los datos de la Secretaría de Salud de México calculan el 1.5% de la población mexicana, con predominio en el sexo femenino. Reportes internacionales señalan una prevalencia del TLP que lo sitúa entre el 1.1 y el 4.6% y la media se establece en un 2% (APA, 1994; Mattia & Zimmerman, 2001). Sin embargo, cuando acudimos a estudiar las referencias de las estadísticas de los servicios ambulatorios, este porcentaje se eleva al 10%, y cuando obtenemos datos estadísticos de las unidades hospitalarias especializadas, el porcentaje puede situarse hasta en un 40%.

MODELOS ETIOPATOGÉNICOS

En psicopatología, se tiende a separar radicalmente la perspectiva estructural de la descriptiva, plasmándose ese divorcio en el desorden que nos ocupa: nos referimos a los conceptos de organización límite y trastorno límite de la personalidad. La primera corresponde a una perspectiva estructural de corte psicodinámico, mientras que la segunda implica una formulación descriptiva.

Siendo un trastorno de personalidad, podríamos afirmar por definición que el peso de factores psicosociales es el que más valor tiene en su génesis. Sin embargo, esta afirmación puede ser cuestionada a la luz de las investigaciones recientes en donde se han encontrado factores neurobiológicos de peso (incluyendo el genético). Seguramente, en cada caso analizado habrá diferencias, es decir, en algunos pacientes con TLP los factores psicodinámicos tendrán más peso y en otros serán los neurobiológicos los que expliquen más el trastorno.

En el momento actual, el modelo más aceptado es el que considera al TLP como un trastorno del

desarrollo, resultado de una relación transaccional entre la vulnerabilidad constitucional del individuo y la irrupción de estresores psicosociales en periodos de mayor riesgo (infancia y adolescencia), durante el proceso madurativo (Grosjean & Tsai 2007). Dentro de este enfoque se sitúan dos de los modelos con mayor relevancia en la actualidad, la teoría biosocial (Linehan 1993) y la teoría de la mentalización (Bateman & Fonagy 2010).

Siguiendo el cuaderno de la Salud Mental del Consejo Asesor sobre la Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental del Servicio Catalán de Salud, haremos una descripción con base en la propuesta de este documento, con la debida actualización de algunos datos, ya que ésta fue publicada en febrero de 2006. Se agregaron dos columnas en donde se plantean las limitaciones de los modelos y sus alcances (cuadro 1).

No es nada infrecuente encontrar en la evaluación clínica de los pacientes con TLP dos antecedentes de su infancia: el trastorno por déficit de la atención con hiperactividad (TDAH) y el trastorno oposicionista desafiante (TOD). Característicamente, el TDAH es un hallazgo frecuente en el paciente adulto con un perfil disejecutivo (fallas en la planeación, priorización y organización), mientras que en el TOD su constelación de rasgos le da el cariz distintivo al TLP (rabia, negativismo, oposicionismo ante la autoridad o sus pares). La conjugación psicopatológica de ambas entidades explica la causalidad de la inestabilidad en las relaciones interpersonales y el desprendimiento frecuente de las ligas laborales y de pareja.

BASES BIOLÓGICAS

La complejidad del fenotipo de la categoría diagnóstica TLP hace difícil delimitar su mapa biológico, por lo que se recomienda tomar como referencia las diferentes dimensiones o componentes que

constituyen la psicopatología del trastorno (Anderson, 2010). En este sentido, tradicionalmente se ha reconocido el correlato psicobiológico de dos componentes base o eje de la psicopatología del TLP: la agresión impulsiva como manifestación típica de la impulsividad, y la inestabilidad afectiva (Siever & David, 1991). Sin embargo, hay otros síntomas eje a los que también se ha tratado de encontrar una correlación psicobiológica, como las serias dificultades para el desapego, las manifestaciones disociativas, los cuadros micropsicóticos y las deficiencias neuropsicológicas

Las cuatro grandes áreas donde se han desarrollado los estudios son: identificación de genes alterados, heredabilidad del trastorno a través de los estudios de gemelos homocigotos y heterocigotos, posibles neurotransmisores afectados y observación de cambios estructurales a través de la imagenología estática (imagen 1).

Algunas investigaciones han señalado variados genes alterados y los sistemas de neurotransmisión que representan (cuadro 2). Especial mención merece el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. Este eje representa un sistema fundamental de respuesta al estrés y la evidencia científica creciente alude a que es disfuncional en la población de pacientes con TLP. Se ha demostrado que tanto en el trastorno por estrés postraumático (TPPT) como en el TLP, la exposición aguda al estrés en el primero y crónica en el segundo alteraría el funcionamiento de este eje. Son bien reconocidos en múltiples publicaciones los antecedentes de maltrato psíquico y físico durante la infancia (incluyendo el abuso sexual) de los pacientes con el trastorno, a tal grado que algunos autores consideran al TLP como una variante del TPPT. Bandelow intentó explicar el origen del TLP a través del sistema opioide endógeno (SOE), según el cual los cambios neurobiológicos tendrían como sustrato una alteración de dicho sistema, consistente en una posible reducción de la sensibilidad

a los receptores de endorfinas o un nivel bajo de opioides endógenos, además de una respuesta excesiva mediada por dichos receptores (Bandelow & Wedekind, 2015).

HEREDABILIDAD

Los estudios genéticos en TPL han estimado la heredabilidad de este trastorno, mostrando una concordancia de 35% en gemelos monocigóticos y de 7% en dicigóticos (Torgersen, 2000). Sin embargo, y a pesar de la extensa evidencia de una base genética del TLP, a través de estudios de adopción, gemelos y estudios familiares (Amad *et al.*, 2014; Bassir Nia *et al.*, 2018), no podemos definir un modelo genético exacto del mismo, hecho que se ve dificultado y se entiende por qué el trastorno es el resultado de las interacciones muy complejas entre factores genéticos y ambientales, con numerosos genes aportando un pequeño efecto (Pérez-Rodríguez *et al.*, 2018). La epigenética explica cómo factores externos adversos cambian la expresión de los genes sin afectar la secuencia del ADN. Como ejemplo, encontramos la metilación del ADN, responsable de la silenciamiento y sobreexpresión de genes (Yang *et al.*, 2014), que está mediada por los factores ambientales.

Un gran número de autores están de acuerdo en la participación de un sustrato genético; con base en lo descrito con antelación, hay varios sistemas neurobioquímicos afectados que, al estar influidos por medios adversos en la infancia, como el maltrato físico o psíquico intenso, junto con el abandono (con los respectivos sentimientos de desamparo), dan como resultado los síntomas centrales del TLP. Esto explicaría por qué no todos los niños víctimas de maltrato llegan a tener este trastorno; quizás otros, como trastornos de personalidad, depresión y una gama de trastornos neuróticos, pero no TLP. E inclusive, algunos, demostrado por sus biografías, llegaron a ser hombres muy destacados (imagen 1).

CAMBIOS ESTRUCTURALES EN EL SNC

Los estudios en neuroimagen más consistentes en los hallazgos reportados ponderan a la región prefrontal como la más afectada en pacientes con TLP, lo que tiene una notable concordancia con las alteraciones neuropsicológicas que, sistemáticamente, se suelen encontrar en la clínica. Ruocco (2005) realizó un metaanálisis de las alteraciones neuropsicológicas en TPL, destacando disfunciones cognitivas en diversos dominios: atención, memoria de trabajo, memoria semántica y episódica, memoria procedural (incluyendo habilidades sociales, condicionamiento al miedo y habituación), sistemas ejecutivos (planificación, resolución de conflictos, adaptación a cambios ambientales) y en dominios de cognición social (reconocimiento emocional, interpretación de las emociones, mentalización). Otros investigadores han observado un mayor índice de amnesia anterógrada en respuesta a estímulos negativos, efecto que no se producía ante estímulos positivos funcional (cuadro 3 e imagen 2).

TRATAMIENTO

No hay consenso sobre cuál es el tratamiento idóneo del TLP. Además, no existe ningún fármaco aprobado por la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos (AEEM) y la Food and Drug Administration (FDA) con una indicación específica para el tratamiento del TLP. La primera se inclina por el uso de uno o pocos psicotrópicos, y la segunda aconseja el uso de varios de ellos. Los psicofármacos más estudiados y que han dado mejores resultados son los antipsicóticos atípicos, los antidepresivos y los estabilizadores del estado de ánimo, pasando a segundo término las benzodiazepinas, por su potencial adictivo, particularmente en los pacientes con TLP, que con mucha frecuencia cursan con diversos trastornos por consumo de sustancias.

Es quizás, junto con el trastorno afectivo bipolar y la esquizofrenia, una de las entidades nosológicas donde se recurre a la utilización de dos a más psicofármacos para su tratamiento. Los síntomas objetivo son aquellos que llegan a ser más disfuncionales, como es el caso de la depresión, la ansiedad y la impulsividad (imagen 3). Aquí, los anti-depresivos a dosis más altas que la convencionales que se utilizan para el manejo de la depresión y otros trastornos han resultado ser efectivos. Para el manejo de la agresividad heterodirigida y auto-infligida, así como la disforia, se aconseja el uso de los estabilizadores del estado de ánimo, siendo los más estudiados, derivados del ácido valproico, el carbonato de litio, el topiramato, la lamotrigina y la oxcarbazepina (imagen 4). Donde hay un claro acuerdo es en el manejo de los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS), cuando hay síntomas depresivos, cumpliendo estos últimos una doble función sobre los síntomas afectivos, ansiosos y de la impulsividad. Ripoll (2013) realizó una revisión bibliográfica de los

ensayos clínicos aleatorizados de los tratamientos farmacológicos empleados en el TLP. Sus conclusiones ponderan al aripiprazol y a la olanzapina como efectivos en la reducción de síntomas afectivos, impulsividad, agresividad, sensibilidad interpersonal y una mejora global del trastorno.

En la experiencia cotidiana, el ensayo-error, dentro de este espectro de posibilidades farmacológicas es una práctica común entre los profesionales, ya que en ocasiones debemos probar uno o más ensayos hasta llegar a la combinación ideal para cada paciente. Así pues, el tratamiento debe ser individualizado en cada caso, tomando en cuenta el perfil clínico, la respuesta individualizada y las contraindicaciones por los posibles efectos adversos, sobre todo si estamos usando polifarmacia. Recientemente se ha recomendado el uso de la naltrexona para tratar las conductas agresivas y los síntomas disociativos, así como ácidos grasos omega 3, pero se requieren más estudios para confirmar la utilidad de estas alternativas. En lo que sí hay acuerdo



es que la mejor opción es la conjugación terapéutica: la combinación de tratamiento farmacológico con el psicoterapéutico. En los últimos años se ha puesto énfasis en la terapia dialéctica conductual, corriente psicoterapéutica desarrollada por Marsha Linehan en la década los noventa que integra intervenciones clásicas de la terapia cognitiva conductual para la reestructuración del pensamiento y principios de la filosofía budista para la aceptación de emociones (imagen 5).

DISCUSIÓN

En general, todos los autores están de acuerdo en que los trastornos de la personalidad son la expresión de características extremas de varias dimensiones sintomáticas y clínicas: un espectro dinámico y evolutivo. Pero si nos apegamos estrictamente al TLP, y con base en todos los reportes de su rica y compleja sintomatología, hay quienes opinan que en realidad debe considerársele como entidad aparte de los trastornos de personalidad. Hay trastornos de la personalidad que se mantienen a lo largo del ciclo vital de un individuo y nunca buscan ayuda profesional, porque se encuentran en una constante egosintonía de su psicopatología, sin generarles problemas que ameriten algún tratamiento o porque el nivel de introspección de su trastorno es bajo, o bien, la misma estructura caracteral no da cabida a la más mínima autocrítica, como es el caso del trastorno narcisista de la personalidad. No es el caso del TLP; la elevada prevalencia del trastorno en los registros de los servicios ambulatorios, como en los hospitales, habla claramente de ello, desplazando inclusive a diagnósticos como el de la esquizofrenia y del trastorno afectivo bipolar. Es pues, sin duda, un trastorno grave, de repercusiones serias en la vida de los pacientes, de sus familiares y de la sociedad en su conjunto. Indudable es la necesidad de desarrollar estudios retrospectivos y prospectivos con elevado rigor científico para entender con mayor claridad su naturaleza clínica y sus límites

nosológicos: ya sea como de una entidad patológica cuya variabilidad sintomática depende de la edad, o simplemente como producto de una combinación desafortunada de los núcleos psicopatológicos de trastornos del estado de ánimo y de los impulsos, fenómeno que se observa con elevada frecuencia en los pacientes con diagnóstico de TLP.

CONCLUSIONES

El trastorno límite de la personalidad es una alteración psiquiátrica grave, que quizás quede ubicada en los próximos años en una categoría diagnóstica aislada, sindromática y espectral, que aqueja a un porcentaje relativamente alto de la población femenina, sin excluir a la masculina. En los últimos años ha pasado a ser un trastorno protagónico, tanto en los servicios de salud mental ambulatorios, como en los de mediana estancia. Es clara la asociación entre la exposición a medios ambientes adversos durante la infancia y el TLP, entre los que se encuentran el abuso sexual, físico y psíquico extremos. Se han hecho avances importantes en la identificación de las bases neurobiológicas del trastorno. Es patente que al menos en algunos casos la heredabilidad existe, pero es necesario hacer más estudios concluyentes. Los posibles genes candidatos son los pertenecientes a los sistemas serotoninérgico, dopaminérgico y noradrenérgico, lo que explica la desregulación afectiva, la autoagresividad y las conductas impulsivas. Uno de los sistemas neuronales más estudiados es el eje Hipotálamo Hipófisis Adrenal. Otro hallazgo es la falla en la metilación del receptor de los glucocorticoides (GR) alterado por los traumas infantiles (teoría epigenética). No hay un acuerdo unitario entre el mejor tratamiento farmacológico, aunque los antidepresivos, los antipsicóticos atípicos y los estabilizadores del estado ánimo son los que mejor resultado han dado. Se ha avanzado en la identificación de las estrategias psicoterapéuticas más efectivas; la terapia cognitivo conductual y la dialéctica conductual son las que han demostrado mayor efectividad.

FUENTES

- Acta Psychiatrica Scandinavica & Akiskal H.S. (2004). Demystifying borderline personality: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum.
- American Psychiatric Association (1994). «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)». Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2002). Guía Clínica para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. Barcelona: Ars Medica.
- American Psychiatric Association (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Pub.
- Azcárate J.C., Bayón C. *et al.* (2005). Recorriendo los límites. Guía práctica para familiares y pacientes con trastorno límite de personalidad. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo.
- Bateman A. & Fonagy P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American journal of Psychiatry* 156(10), 1563-1569.
- Beck A.T., Davis D.D. & Freeman A. (2005). Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad. Artmed Editora.
- Beck A.T., Davis D.D. & Freeman A. (eds.) (2015). Cognitive therapy of personality disorders. Guilford Publications.
- Bohus M., Haaf B. *et al.* (2000). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder—a prospective study. *Behaviour research and therapy* 38(9), 875-887.
- Calvo Piñero N., Caseras Vives X. *et al.* (2002). Adaptación española del Personality Diagnostic Questionnaire-4+(PDQ-4+). Actas Españolas de Psiquiatría.
- Cervera G. (2005). Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. Ed. Médica Panamericana.
- Cloninger C.R., Przybeck T.R. *et al.* (1994). The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use.
- Costa P.T. & McCrae R.R. (1992). Revised neo personality inventory (neo pi-r) and neo five-factor inventory (neo-ffi), vol. 101. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Dolan-Sewell R.T., Krueger R.F. & Shea M.T. (2001). Co-occurrence with syndrome disorders.
- Espinosa V.H. (1996). Personalidad borderline y el criterio de realidad. *Temas de Psicoanálisis* (1), 127-144.
- Eysenck H.J., Eysenck M.W (1985). «Personality and Individual Differences. A natural science approach». Nueva York: Plenum.
- Fernández-Guerrero M.J. (2017). Los confusos límites del trastorno límite. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría* 37(132), 399-413.
- Ferrer Vinardell M. (2014). Trastorno límite de la personalidad: diferentes manifestaciones de un mismo trastorno. Universitat Autònoma de Barcelona.
- First M., Spitzer R.L. *et al.* (1999). Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del

- DSM-IV: SCID-I. Versión Clínica. Barcelona: Ed. Masson.
- Gray J.A. (1982). Précis of The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system. *Behavioral and brain sciences* 5(3), 469-484.
- Grupo de trabajo del Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental (2006). *Trastorno límite de la personalidad (TLP)*. Servicio Catalán de la Salud, Departamento de Sanidad y Seguridad Social (ed.). Cuaderno de Salud Mental ed., Vol. 8. Barcelona; CATSALUT.
- Gunderson J.G. & Links P.S. (2001). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Washington: American Psychiatric Pub.
- Gunderson J.G. & Links P.S. (2002). *Trastorno límite de la personalidad: guía clínica*. Ars Medica.
- Gunderson J.G., Kolb J.E. & Austin V. (1981). The diagnostic interview for borderline patients. *The American Journal of Psychiatry*.
- Gutiérrez F., Torrens N. *et al.* (2001). Psychometric properties of the Temperament and Character Inventory (TCI) questionnaire in a Spanish psychiatric population. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103(2), 143-147.
- Kernberg O.F. (1993). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
- Koons C.R., Robins C.J. *et al.* (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior therapy* 32(2), 371-390.
- Linehan M.M. (1993). «Skills Training Manual for Borderline Personality Disorders». Nueva York: Guilford Press.
- Linehan M.M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford press.
- Linehan M.M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Madrid: Paidós.
- Linehan M.M., Armstrong H.E. *et al.* (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry* 48(12), 1060-1064.
- Linehan M.M., Dimeff L.A. *et al.* (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and alcohol dependence* 67(1), 13-26.
- Linehan M.M., Heard H.L. & Armstrong H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry* 50(12), 971-974.
- Linehan M.M., Schmidt H. *et al.* (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions* 8(4), 279-292.
- Linehan M.M., Tutek D.A. *et al.* (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry* 151(12), 1771-1775.
- López-Ibor J.J. & Carrasco J.L. (2009). Alteraciones neuropsicológicas en el trastorno límite de la personalidad: estrategias de detección. *Actas Esp Psiquiatr* 37(4), 185-190.
- Low G., Jones D. *et al.* (2001). The treatment of deliberate self-harm in borderline personality

- disorder using dialectical behaviour therapy: A pilot study in a high security hospital. *Behavioural and cognitive psychotherapy* 29(1), 85-92.
- Magnavita J.J. (ed.) (2004). *Handbook of personality disorders: Theory and practice*. John Wiley & Sons.
- Matthew M., Mackay M. *et al.* (2017). *Manual Práctico de Terapia Dialéctico Conductual*. Ed. Descléc de Brouwer, S.A.
- Millon T. & Davis R.O. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. John Wiley & Sons.
- Montoliú J.M., Gunderson J.G. & Gabbard G.O. (2002). Psicoterapia en los trastornos de personalidad. John G. Gunderson y Glen O. Gabbard (comps.). Editorial Ars Medica (Col. Revisiones en Psiquiatría) Barcelona: Psiquiatría Editores. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis* (12), 12.
- Oldham J.M., Skodol A.E. & Bender D.S. (2007). *Tratado de los trastornos de la personalidad*. España: Elsevier.
- OMS I. (1996). *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Meditor.
- Pfohl B., Blum N. & Zimmerman M. (1997). *Structured interview for DSM-IV personality: Sidp-IV*. American Psychiatric Pub.
- Roca Bennasar M (coord.) (2004). *Trastornos de la Personalidad*. Barcelona: Psiquiatría editores, S.L.
- Roth A. & Fonagy P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: The Guilford Press.
- Rothe J.P. (ed.) (2017). *The scientific analysis of personality*. Routledge.
- Rubio-Larrosa V. (2021). Los síntomas ocultos en el trastorno límite de la personalidad. *Trastorno límite*. Disponible en: <https://bit.ly/3rB9aFP>
- Ruocco A (2005). The neuropsychology of borderline personality disorder: A meta-analysis and review. *Psychiatry Research* 137:191-202.
- Szerman N., Díaz M.D.P. & Sancho A.R. (2004). *Trastorno borderline de personalidad*. Grupo Editorial Entheos.
- Thomas N., Gurvich C. & Kulkarni J. (2019). Borderline personality disorder, trauma, and the hypothalamus-pituitary-adrenal axis. *Neuropsychiatric disease and treatment* 15, 2601.
- Torgersen S., Lygren S. *et al.* (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive psychiatry* 41(6), 416-425.
- Van den Bosch L.M., Verheul R. *et al.* (2002) Dialectical Behavior Therapy for borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long term effects. *Addiction Behavior* vol. 27 (6): 911-23.
- Young J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Zanarini M.C., Gunderson J.G. *et al.* (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders. *Journal of personality Disorders* 3(1), 10-18.
- Zuckerman M. (1984). Sensation seeking: A comparative approach to a human trait. *Behavioral and brain sciences* 7(3), 413-434.

ANEXOS

Cuadro 1. Análisis de los diversos modelos etiopatogénicos del TLP

Modelo	Características	Limitaciones	Alcances
Clasificación Psiquiátrica, DSM V	<p>Se fundamenta en el modelo médico tradicional y utiliza el concepto categorial entendido como un conjunto limitado de síntomas que se suponen relacionados y forman un prototipo frecuente en la clínica. Pretende ser atórica y no plantea hipótesis explicativas. Se ha aceptado por consenso como taxonomía oficial.</p> <p>Trata de describir y clasificar operativamente los trastornos de la personalidad con el objetivo de aumentar la fiabilidad diagnóstica. Presupone la existencia de límites claros entre normalidad y patología y entre los diferentes trastornos, que se consideran entidades independientes. Los cambios en las categorías han sido prácticamente nulos.</p>	<p>El número de síntomas es limitado con base en la mayoría de las publicaciones.</p> <p>Algunas de las categorías no son universalmente aceptadas. Estas últimas podrán en un futuro ser más descriptivas y detalladas y por ende más propias del trastorno. Por ejemplo, la impulsividad y la agresividad, que parece ser más selectiva a determinados contextos y situaciones.</p>	<p>Tiene un sentido práctico para identificar el cuadro clínico.</p> <p>Se homogeniza el trastorno para favorecer la comunicación entre los profesionales de la salud mental.</p>
Modelos de rasgos	<p>Se basan en un concepto dimensional de la personalidad. Los sujetos se sitúan a lo largo de unos rasgos continuos: neuroticismo-estabilidad; extraversión-introversión; afiliación-dureza; impulsividad-control; etc. Así pues, el diagnóstico de TLP se aplica a sujetos con rasgos extremos de neuroticismo, impulsividad, necesidades de estimulación, dependencia, etc.</p>	<p>Algunos de estos modelos se apoyan en una base casi exclusivamente estadística [el de Cattell (1965), los Cinco Grandes (Costa y McCrae, 1992). Y no utilizan para el estudio otras variables</p>	<p>Presentan un mayor soporte empírico que los modelos categóricos y reflejan mejor la naturaleza continua de las diferencias individuales.</p> <p>Han encontrado relaciones entre los rasgos y las estructuras cerebrales o variables psicofisiológicas (Eysenck y Eysenck, 1985), Gray (1982), Zuckerman (1986), Cloninger (1994) o Siever y Davis (1991)].</p>

Modelo	Características	Limitaciones	Alcances
Modelos cognitivos	<p>Utilizan conceptos de procesamiento de la información. Los trastornos de la personalidad son consecuencia de sesgos perceptivos (por ejemplo, detección de amenazas), pensamientos irracionales (p.e., «me abandonará») o esquemas disfuncionales (p.e., «necesito que cuiden de mí»). Se han desarrollado diferentes teorías cognitivas de los trastornos de la personalidad (Beck & Freeman, 1992; o Young, 1994).</p>	<p>Se necesita hacer más estudios de las deficiencias cognitivas y su correlación con los estudios de gabinete, como resonancia magnética, imagenología funcional, etc.</p>	<p>Abordan un aspecto que no se había profundizado en los primeros estudios y abre la posibilidad de desarrollar modelos terapéuticos más específicos sobre las limitaciones cognitivas.</p>
Modelos biosociales		<p>En este modelo, los factores ambientales asociados al TLP han sido las vivencias de eventos negativos durante la infancia, como los traumas, sobre todo abusos físicos o psicológicos, o las negligencias de los cuidadores o tutores (Zanarini <i>et al.</i>, 2002).</p> <p>Entre los factores ambientales, la teoría de la mentalización y lo biosocial consideran de especial relevancia el apego inseguro o desorganizado y el ambiente invalidante (Levy, Beeney & Temes, 2011; Linehan, 1993), acontecimientos vitales estresantes, carencias afectivas y distorsiones relacionales de la primera infancia (Kernberg, Kohut, Mahler, Masterson y Erikson).</p>	<p>Estos factores de riesgo por sí solos no se consideran causa suficiente para el desarrollo de la psicopatología que caracteriza al trastorno (Paris, 2007), siendo necesaria la interacción recíproca de estos con la vulnerabilidad biológica de base.</p> <p>Se trata de un modelo de etiopatogenia complejo en el que un mismo factor ambiental puede dar lugar a diferentes manifestaciones del trastorno (Moffitt, Caspi y Rutter, 2005)</p>

Cuadro 2. Principales alteraciones moleculares en pacientes con TLP

- a) SISTEMA SEROTONINÉRGICO
 - Transportador de la Serotonina (SCL6A4)
 - Receptor de la Serotonina 1A (HTR1A)

- b) SISTEMA DOPAMINÉRGICO
 - Transportador de la Dopamina (SCL6A3)
 - Receptores de la Dopamina
 - Tiroxinahidroxilasa (Polimorfismo VAL81MET)
 - Dopadescarboxilasa

- c) ENZIMAS DE DEGRADACIÓN DE MONOAMINAS
 - Monoaminoxidasa A (MAO A)
 - La Catecol O-metiltransferasa (COMT)

- d) SISTEMAS DE TRANSMISIÓN DEL GLUTAMATO y el NMDA (N-metil-D-aspartato) como uno de sus receptores.

- e) N FACTOR NEUROTROFICO DERIVADO DEL CEREBRO (FNDC)
 - VASOPRESINA
 - RECEPTOR DE SODIO DEPENDIENTE DE VOLTAJE SCN9A

- f) SISTEMA OPIOIDE
 - Reducción de la sensibilidad de los receptores de endorfinas
 - Nivel bajo de opioides endógenos

- g) GLUCOCORTICOIDES
 - Fallas en la metilación del receptor de los glucocorticoides (GR) alterado por los traumas infantiles (teoría epigenética).

Cuadro 3. Principales hallazgos de anomalías neurobiológicas en pacientes con TLP mediante técnicas de neuroimagen funcionales y morfológicas (López-Ibor y Carrasco 2009)

Estudios morfológicos	Estudios funcionales
En RM se encontró una disminución de volumen de hasta el 6.2% a nivel frontal en comparación con controles sanos.	Hipoactividad a nivel frontal (orbitofrontal y cíngulo anterior).
En RMN alteraciones del cuerpo caloso: mayor delgadez en el istmo del cuerpo caloso, más objetivable a mayor número de antecedentes traumáticos en la infancia.	Alteraciones de metabolismo amigdalario (pico de creatinina entre un 11-17%).
A nivel de corteza parietal también se ha observado un mayor volumen del giro poscentral izquierdo y del volumen precúneo derecho; aumenta en función del incremento de síntomas disociativos.	RMNf, imágenes (neutras y estimulantes): activación en ínsula, COF bilateral, cíngulo anterior izquierdo, CPFM y áreas parietal y parahipocampal.
Menor volumen de sustancia gris en hipocampo (proporcional al número de hospitalizaciones); relacionado con el comportamiento agresivo.	Pacientes con TLP + TEPT: mayor actividad del lóbulo temporal anterior derecho.
Relación inversa en el volumen hipofisario y la frecuencia de conductas parasuicidas.	Disminución del 19% del N-Acetil-Aspartato: valor indirecto de muerte neuronal.
Volumen amigdalino y síntomas depresivos crónicos.	Hipoactividad a nivel frontal (orbitofrontal y cíngulo anterior).
Mayor compromiso de la sustancia blanca frontal (altos niveles de anisotropía).	

Imagen 1. Elementos neurobiopsicológicos más estudiados en el TLP

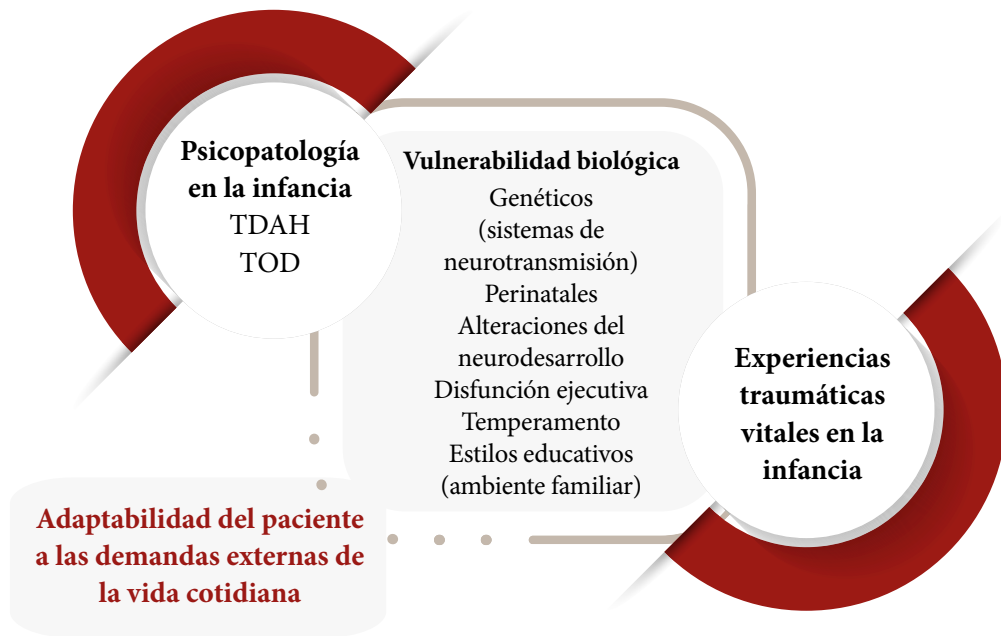


Imagen 2. Conjugación de los modelos etiopatogénicos del TLP

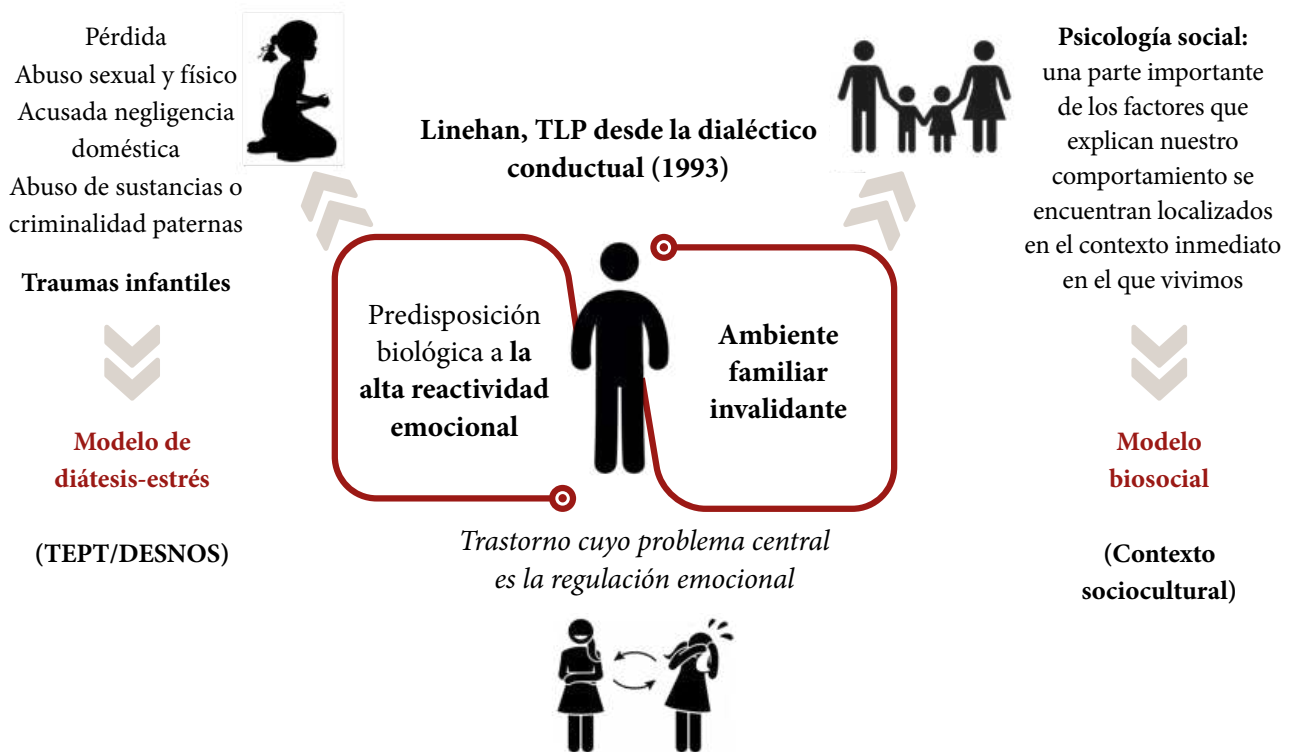


Imagen 3. Esquemas farmacológicos dirigidos a la sintomatología nuclear del paciente con TLP

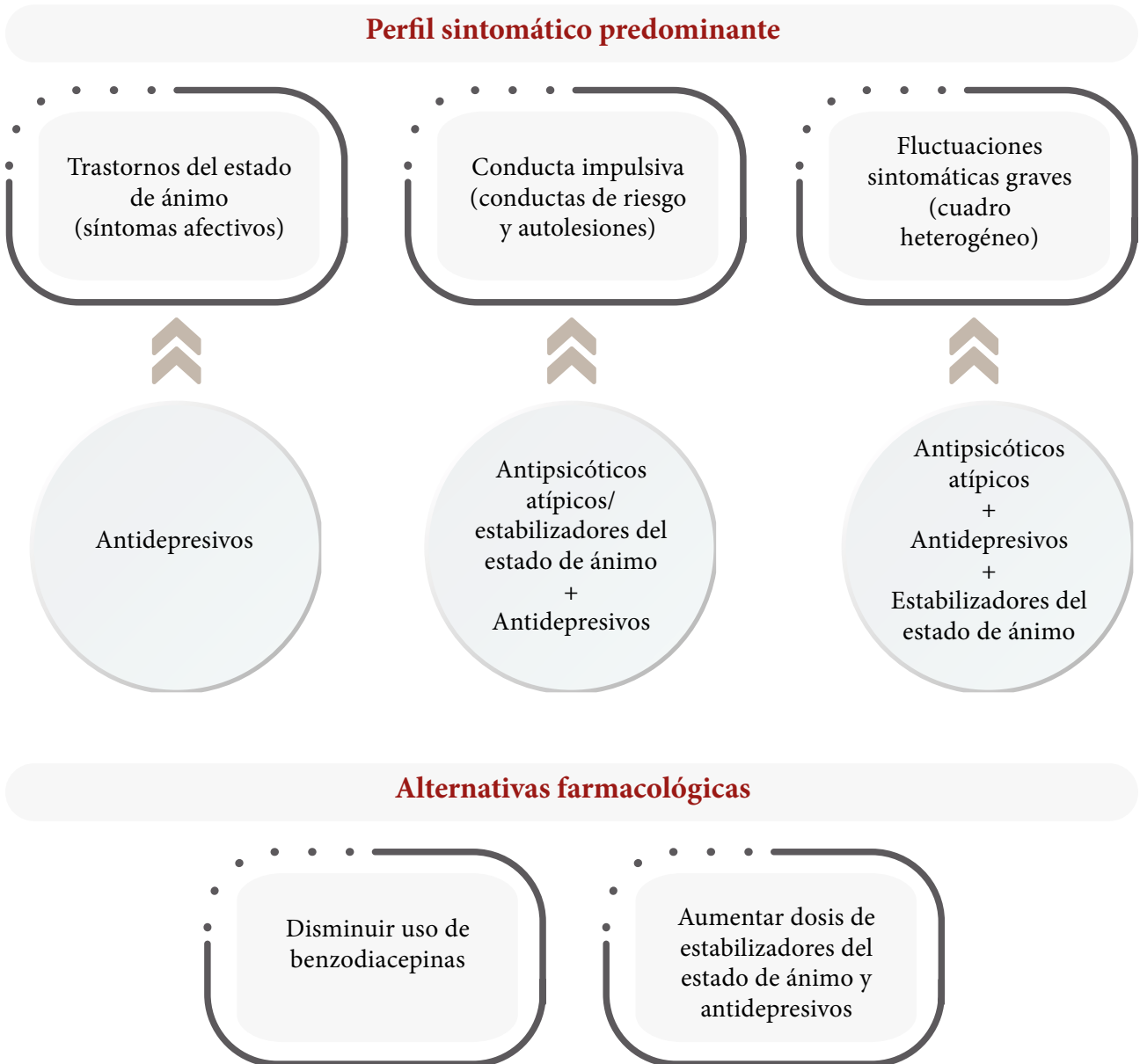




Imagen 4. Tratamiento farmacológico en los pacientes con TLP

Farmacoterapia

ISRS:

**Fluoxetina, fluvoxamina y
paroxetina**

Antipsicóticos:

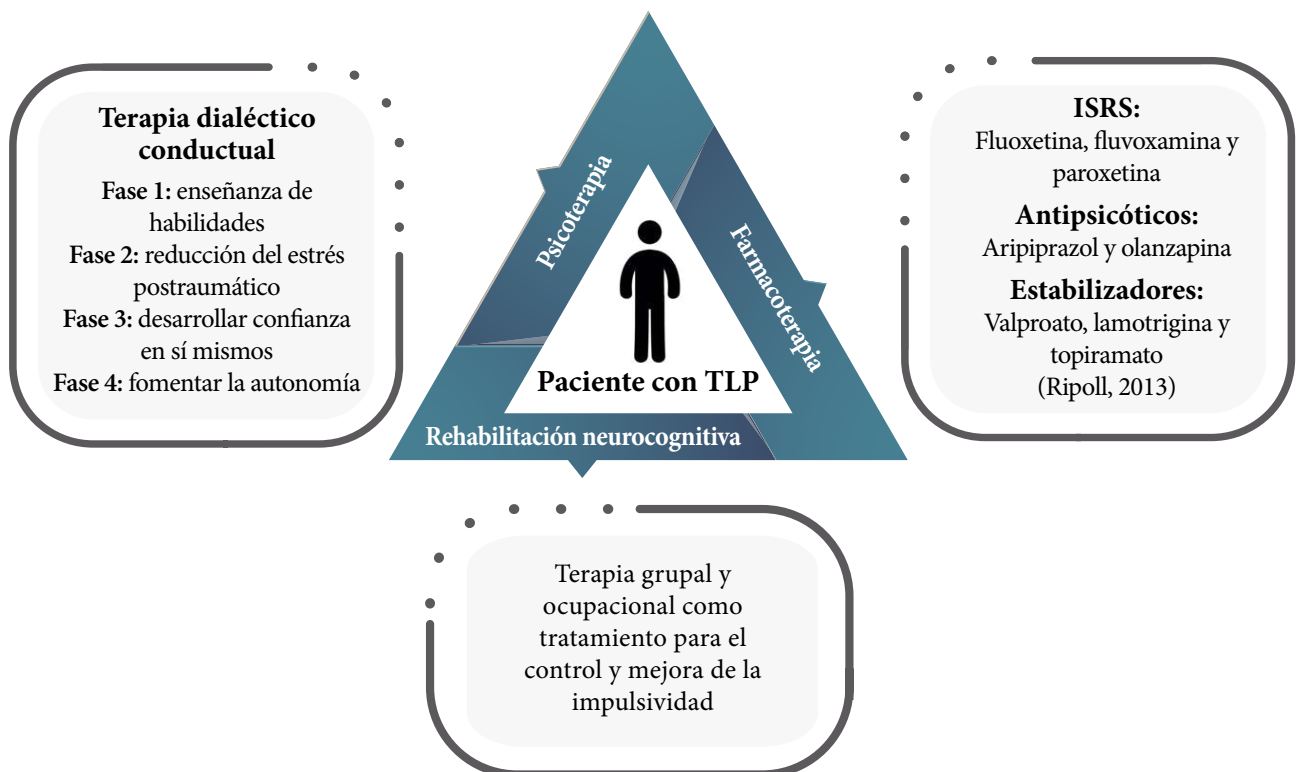
Aripiprazol y olanzapina

Estabilizadores:

**Valproato, lamotrigina y
topiramato**



Imagen 5. Tratamiento integral en los pacientes con TLP



Trastorno bipolar y neurofibromatosis. Reporte de caso

Dra. Génesis Velázquez Blanco*, Dr. Rodrigo Morales García**

*Médico residente de tercer año de Psiquiatría, Instituto Veracruzano de Salud Mental Dr. Rafael Velasco Fernández
**Profesor titular de la especialidad de Psiquiatría, Instituto Veracruzano de Salud Mental Dr. Rafael Velasco Fernández

El trastorno bipolar es una enfermedad multifactorial con una heredabilidad del 79-93% que se caracteriza por alternar episodios de manía y depresión.

La neurofibromatosis de tipo I es una enfermedad autosómica dominante, progresiva, que afecta la piel y el sistema nervioso central y periférico. Está asociada a desórdenes psiquiátricos, que son frecuentes en esta enfermedad en comparación con la población general.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 33 años de edad con trastorno bipolar tipo I y neurofibromatosis tipo I; se plantea la posibilidad de una asociación genética entre estas entidades a causa de polimorfismos localizados en el mismo cromosoma pero en distintos genes. Constituye el primer caso identificado en el estado de Veracruz. En la literatura revisada se encontró un caso reportado previamente en Cuba en el año 2014.

Palabras clave: trastorno bipolar, neurofibromatosis, polimorfismo, cromosoma 17, asociación.

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar es un padecimiento crónico, degenerativo e incapacitante que alterna episodios de manía y depresión. Están involucrados factores genéticos, biológicos y psicosociales.

Los episodios de manía proporcionan el diagnóstico de trastorno bipolar; las personas que lo padecen también experimentan episodios depresivos. Se intercalan periodos de alteración del estado de ánimo con periodos de remisión parcial o total.

Durante la época clásica, la manía fue sinónimo de locura, se definía por la presencia de ira, agresión, excitación y pérdida del control. Pinel la cla-

sifica como excitación y euforia acompañada de agitación, y permanece con este significado hasta finales del siglo XIX (Pinel, 1804). A mediados de siglo XIX, la manía se reconoce como un trastorno primario del afecto. A inicios del siglo XX, se define como una psicosis funcional al ser considerada una locura parcial que por momentos se expresaba pero no persistía totalmente (Esquirol, 1820). Emil Kraepelin fue el primero en describirla como psicosis maniaco depresiva, lo que coincide en gran parte con los criterios actuales, y diferenciando esta entidad de la esquizofrenia (Chaslin, 2010). Por otra lado, la melancolía evoluciona a través de los años para considerarse una enfermedad, no un episodio inferior a la manía. En los años sesenta se dividen los trastornos afectivos entre unipolares y bipolares. Los pacientes unipolares maniacos no se diferenciaban genéticamente de los bipolares, lo que apoyó que la psicosis bipolar y la depresión unipolar son entidades distintas (Pichot, 1995; Pichot, 2006).

La epidemiología en población mexicana es de 0.2-1.6%. En los estudios de la Organización Mundial de la Salud sobre la morbilidad de las enfermedades, ocupa el sexto lugar, constituyendo uno de los trastornos mentales más comunes, severos y persistentes. Los hombres, a diferencia de las mujeres, presentan episodios unipolares a temprana edad y de larga duración (Grant *et al.*, 2005). La edad de inicio es en la adolescencia o adultez temprana. Existe un periodo de ocho años de diferencia desde la presentación del primer episodio afectivo hasta que se establece el diagnóstico (Mackin & Young, 2004).

La mitad de los pacientes tiene un familiar de primer grado con un trastorno afectivo y las siguientes generaciones tienen un riesgo 5-10 veces mayor de desarrollar la enfermedad que la población general. Las investigaciones previas apoyan una herencia poligénica y se han reportado alteraciones en alelos de diferentes genes.

Los estudios con gemelos afirman que el 85% de la varianza puede ser explicada por predisposición genética. Franz Kallman realizó por primera vez en Berlín estudios en mellizos; luego, en Nueva York, sus trabajos influyeron en el campo de la psiquiatría. Un área de interés del Dr. Kallman fue la psicosis maniaco-depresiva, se interesó también en el asesoramiento genético, creando un servicio especializado. Al aumento de la frecuencia del padecimiento se ha denominado «tendencia secular». Se han realizado investigaciones enfocadas en familias, gemelos y adopción; estos estudios constituyen la piedra angular sobre la que se han establecido las bases genéticas. Se ha propuesto una habilidad genética compartida existente en el espectro (Gabbard, 2008; Bleiweiss, 1992).

Los antecedentes familiares implican una edad de inicio temprana y una mayor gravedad para el trastorno en las siguientes generaciones. Los estudios gemelares han mostrado cifras de predisposición genética de un promedio de 59%, lo que significa que este porcentaje del fenotipo está determinado genéticamente. Se ha propuesto un modelo «epistático», que consiste en la interacción conjunta de por lo menos tres genes, siendo una especie de herencia autosómica triple y sinérgica a la vez.

Los genes candidatos han sido varios en la susceptibilidad a desarrollar el trastorno determinando su complejidad clínica y que esta entidad no siga un patrón de herencia mendeliano simple. Los estudios que se han publicado hasta el momento reportan ligamiento genético en múltiples regiones del genoma; los diversos reportes positivos son difíciles de comparar debido a la variabilidad de los criterios diagnósticos, complicando a su vez definir regiones claramente comprometidas en la etiología del trastorno, lo que subraya la necesidad de estudios adicionales que evalúen cada una de las regiones candidatas (Uribe-Villa *et al.*, 2012).

Los estudios genéticos también describen los cambios que provocan los tratamientos; por ejemplo, se ha relacionado la eficacia del valproato en el tratamiento con la actividad inhibitoria que ejerce, sugiriendo por tanto una modificación epigenética (Castañeda & Tirado, 2008).

Autores diversos han señalado la utilidad de identificar los endofenotipos neurocognitivos para mejorar la capacidad de detección de los genes que predisponen a su aparición, ya que parecen estar involucradas disfunciones en los sectores laterales del lóbulo temporal durante las fases de manía/hipomanía (Ospina-Duque *et al.*, 2001).

Se ha reportado una disfunción del eje hipotalámico-pituitario-adrenal en todas las etapas del trastorno, incluyendo los periodos de remisión total.

La neurofibromatosis tipo I es una enfermedad autosómica dominante, variable clínicamente, que afecta la piel, sistema esquelético, las glándulas de secreción y el sistema nervioso central/periférico. Se observa alteración en el crecimiento celular de los tejidos neurales (Yimenicioğlu, 2012). Fue descrita por Friedrich Von Recklinghausen en 1882. Afecta a 1 de 3,000 personas de la población mundial; la expresividad varía, en el 50% de los casos no hay antecedentes familiares de la enfermedad, existiendo una mutación espontánea. Se manifiesta clínicamente en la niñez o adolescencia. Es progresiva y empeora en la pubertad.

La mutación se encuentra en el gen NF1 localizado en cromosoma 17, en su brazo largo, banda 11.2, que codifica para una proteína llamada neurofibromina; su concentración máxima se encuentra en tejido nervioso. La mutación altera el control sobre el crecimiento celular, provocando así una proliferación responsable de la aparición de los tumores. El cuadro clínico está caracterizado por la aparición de manchas color «café con leche» distribui-

das de forma aleatoria en el cuerpo, múltiples neurofibromas, pecas axilares, nódulos de Lisch y, en algunos casos, anormalidades neurológicas (Hirbe & Gutmann, 2012).

A continuación abordamos la descripción de un paciente con trastorno bipolar y neurofibromatosis tipo I y analizaremos una posible asociación genética.

CASO CLÍNICO

Masculino de 33 años, originario de Salina Cruz, Oaxaca, residente de Veracruz, separado, religión cristiana, escolaridad preparatoria completa, sin ocupación.

Antecedentes personales patológicos de escoliosis, espina bífida.

Antecedentes heredofamiliares de rama materna con presencia de manchas «café con leche».

Inicia padecimiento actual en el año 2014 secundario a factor estresante externo (problemas familiares), presentando alteraciones en el estado de ánimo, errores de juicio y conducta, disminución en la necesidad del sueño, aumento en la energía, acompañado de ideas delirantes paranoides.

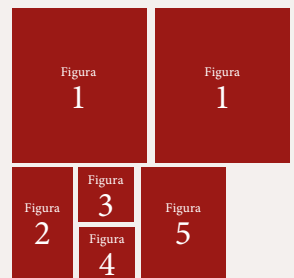
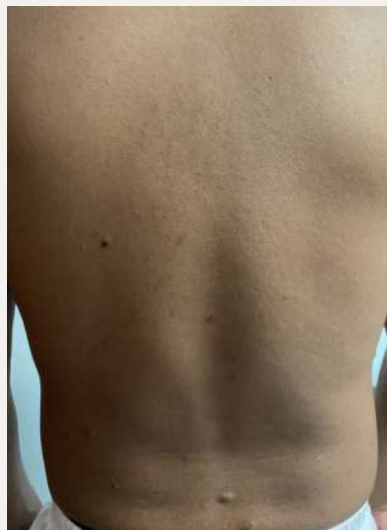
En el año 2018 presenta, en tres ocasiones, periodos de 14 días caracterizados por un estado de ánimo anormal, sentimientos de grandeza, aumento de la actividad intencionada, dromomanía, fácil distractibilidad, fuga de ideas, verborrea, patrón del sueño con alteraciones, participación en actividades de riesgo, agitación psicomotora, acompañándose de sintomatología psicótica. Se ofrece hospitalización, estableciendo manejo farmacológico con antipsicótico atípico, estabilizador del estado de ánimo y benzodiacepina.

Ha presentado episodios depresivos de manera intermitentemente durante estos años, y se han trata-

do de forma ambulatoria. Durante el año 2020 presentó otros dos episodios de manía que requirieron hospitalización.

A su nacimiento, presenta neurofibromas localizados en cuero cabelludo (figura 1), dorso (figura 2), miembros superiores, inferiores (figura 3) que han ido aumentando de tamaño y esparciéndose en distintas zonas durante varios años (figura 4). Máculas hipocrómicas en abdomen (figura 5).

Se reportan estudios de laboratorio: química sanguínea con glucosa 68 mg/dl, ácido úrico 12.0 mg/dl. Perfil tiroideo y pruebas de función hepática sin alteraciones. El electroencefalograma muestra mínima anomalía por el predominio de ritmos rápidos Beta en forma generalizada y de bajo voltaje que indica un aumento en la actividad cortical en relación con el efecto de medicamento. Cuenta con prueba molecular para neurofibromatosis.



DISCUSIÓN

El trastorno bipolar cuenta con una predisposición genética del 79-93% (Barnett & Smoller, 2009). Se han utilizado los métodos de ligamiento, que posibilitan el mapeo de genes. Esta técnica se basa en que cualquier marcador genético asociado a un determinado carácter está cercano a un gen específico que influye en dicho carácter. La hipótesis evalúa que existe una relación de ligamiento entre un factor genético conocido y un rasgo que se sabe que está determinado genéticamente, pero que todavía no ha sido mapeado en un cromosoma. Se considera que dos loci genéticos están ligados si se localizan prácticamente juntos en un cromosoma.

Los problemas de esta metodología en los trastornos afectivos son la etiología compleja, los patrones de herencia (probablemente más de un locus está implicado en la susceptibilidad a estos trastornos) y una forma de transmisión desconocida.

Investigaciones actuales orientan a la evidencia de enlace en el cromosoma 18p. Otros loci mencionados son el cromosoma 4p, 5p, 6p, 10q, 12q, 16p y 22q. Se ha encontrado relación positiva entre la enfermedad bipolar y el gen de la tiroxina hidroxilasa en el cromosoma 11. Se han realizado estudios de marcadores de serotonina, entre ellos, el gen SLC6A4, que ha sido clonado y mapeado en una región que abarca 37.8 kb en el cromosoma 17q.11.2 (Ramamoorthy *et al.*, 1993). Los polimorfismos en este loci actúan como elementos de regulación transcripcional de SLC6A4, lo cual asocia con inicio tardío del trastorno bipolar (Bellivier *et al.*, 2002).

En la Neurofibromatosis tipo 1 la mutación está dada en la región 17q.11.2. Existe la mutación espontánea de «novo», donde los padres no poseen ninguna alteración cromosómica (Yimenicioğlu, 2012). El gen NF1 secreta una proteína conocida como neurofibromina, la cual tiene como fun-

ción inhibir el crecimiento celular anormal (Hirbe & Gutmann, 2012). Está asociada a desordenes psiquiátricos, los cuales son de mayor frecuencia en esta enfermedad que en la población general. El trastorno depresivo persistente es el de mayor prevalencia, seguido por trastornos de ansiedad y personalidad. El riesgo de suicidio es cuatro veces mayor que en la población general.

En tres ocasiones se han reportado síntomas neuropsiquiátricos observados en pacientes con neurofibromatosis. El primer reporte (Samuelson & Riccardi, 1989) es un estudio descriptivo de los síntomas psiquiátricos, repercusiones sociales de la Neurofibromatosis tipo 1, en un grupo de 69 pacientes. El segundo (Zöller & Rembeck, 1999), es un estudio prospectivo de 12 años, se evaluaron síntomas en 74 pacientes. El tercer estudio, es retrospectivo de Harris & Barraclough (1994) y trata sobre el suicidio en las llamadas enfermedades «médicas» (Belzeaux & Laçon, 2006). El único paciente documentado previamente con presentación de estas dos entidades fue en febrero del 2014 en Cuba (Blazquez *et al.*, 2014).

CONCLUSIÓN

La comorbilidad de trastorno bipolar con neurofibromatosis tipo I coincide genéticamente en el brazo largo del cromosoma 17, banda 11.2, en donde se presentan polimorfismos de diferentes genes. La ocupación mayor a un alelo en el gen SLC6A4 provoca una susceptibilidad para un trastorno afectivo, coincidiendo en el mismo cromosoma que el gen NF1, y plantea una posible relación entre estas dos enfermedades.

La investigación en este campo es importante para mejorar nuestro conocimiento epidemiológico sobre la asociación entre neurofibromatosis y trastornos psiquiátricos, por lo que se deben plantear nuevas hipótesis psicopatológicas y etiopatogénicas.

FUENTES

- Artigas Pallares J., Guitart M. & Gabau Vila E. (2013). Bases genéticas de los trastornos del neurodesarrollo. *Revista de Neurología* 56 (1), 23-34.
- Barnett J.H. & Smoller J.W. (2009). The genetics of bipolar disorder (review). *Neuroscience* (164), 331-343.
- Blázquez M.J., Marcheco-Teruel B. *et al.* (febrero, 2014). Trastorno bipolar y neurofibromatosis. Presentación de un caso. 15º Congreso Virtual Interpsiquis.
- Bellivier F., Leroux M. *et al.* (2002). Serotonin transporter gene polymorphism influence age at onset in patients with bipolar affective disorder. *Neurosci Lett.* (334), 17-20.
- Belzeaux R. & Lançon C. (2006). Neurofibromatose de type 1. Troubles psychiatriques et altération de la qualité de vie. *Presse Med* (35) 277-280.
- Bleiweiss, H. (1992). Genética aplicada a la psiquiatría. *ALCMEON Revista Argentina de Neuropsiquiatría* 2(1), 1-20.
- Castañeda F.M. & Tirado D.E. (2008). Deficiencias mnésicas, ejecutivas y atencionales como endofenotipos neurocognitivos en el trastorno bipolar: una revisión. *Salud Mental* 31 (2), 145 -150.
- Chaslin P. (2010). Elementos de semiología y clínicas mentales, traducción de Natalia D'Aquino y Alicia Peiro. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Esquirol JE. (1820). Melancolie. En: Dictionnaire des Sciences Médicales et de chirurgiens. París: Panckoucke.
- Gabbard G.O. (2008). Tratamiento de los trastornos psiquiátricos. México: Ars Medica, 371-394.
- Grant B.F., Stinson F.S. *et al.* (2005). Prevalence, Correlates, and Comorbidity of Bipolar I Disorder and Axis I and II Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry* 66 (10), 1205-1215.
- Hirbe C.A. & Gutmann D.H. (2012). Neurofibromatosis type 1: a multidisciplinary approach to care. *Lancet Neurol* (13), 834-843.
- Mackin P. & Young A.H. (2004). Rapid cycling bipolar disorder: historical overview and focus on emerging treatments. *Bipolar Disord. Blackwell Munksgaard* (6), 523-529.
- Ospina-Duque J., Ochoa L. *et al.* (2001). El trastorno afectivo bipolar. *Revista Colombiana de Psiquiatría* (3).
- Pichot P. (1995). The birth of bipolar disorder. *Eur Psychiatry* (10) 1-10.
- Pichot P. (2006) Tracing the origins of bipolar disorder: From Falret to DSM-IV and ICD-10. *J Affect Disord* (96) 145-148.
- Pinel P. (1988). Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía. traducción de Luis Guarnerio y Allavena de 1804. Madrid: Ediciones Nieva.
- Ramamoorthy S., Bauman A.L. *et al.* (1993). Antidepressant and cocaine sensitive human serotonin transporter: molecular cloning, expression, and chromosomal localization. *Proc Natl Acad Sci USA* (90), 2542-2546.

Uribe-Villa E., Gutiérrez-Briceño P. *et al.* (2012).
Perfiles psicopatológicos en los hijos de los
sujetos con trastorno afectivo bipolar. *Revista
Colombiana de Psiquiatría* (41), 15-25.

Yimenicioğlu S., Yakut A. *et al.* (2012). A new
nonsense mutation in the NF1 gene with neu-
rofibromatosis-Noonan syndrome phenotype.
*Child's Nervous System: Chns: Official Journal
Of The International Society For Pediatric Neu-
rosurgery* 28 (12), 2181-3.

La película *La libertad del diablo* vista con la lupa de la neurociencia

Dr. José Luis Jiménez-López*

*Médico psiquiatra, Departamento de Psiquiatría y Psicología,
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza,
Instituto Mexicano del Seguro Social

En ambientes académicos, el cine se ha utilizado como un instrumento para reforzar conocimientos. En este trabajo, se presenta un abordaje neurobiológico de la empatía a partir del análisis de las experiencias narradas por víctimas y victimarios de la violencia en México, documentada en la película *La libertad del diablo*. Al final se presenta un comentario sobre la transición a un nuevo paradigma en la manera de difundir información psicopatológica mediante el cine con base en los conocimientos aportados por las neurociencias.

Palabras clave: empatía, neuronas espejo, neurociencia.

INTRODUCCIÓN

El cine es una herramienta poderosa de aprendizaje que, en el contexto de la psiquiatría, permite afianzar conocimientos sobre los diferentes aspectos del ejercicio profesional. Tradicionalmente, se ha utilizado como un recurso psicoeducativo para los pacientes y como un medio para la representación de diagnósticos y cuadros clínicos en ambientes académicos.

Sin embargo, debido al abordaje principalmente psicológico y con escaso análisis neurobiológico, este ejercicio en el nivel médico de pregrado suele calificarse como de «enriquecimiento de la cultura general» (Hernández & Peña, 2013; Gutiérrez *et al.*, 2019).

Este trabajo analiza lo que expresan los protagonistas de la película *La libertad del diablo* desde la perspectiva neurocientífica, como una propuesta de herramienta de enseñanza-aprendizaje en temas de psiquiatría para estudiantes de medicina de pregrado y residentes de psiquiatría.

ANIMAL DE LUZ

67^a Internationale
Filmfestspiele
Berlin
Berlinale Special

artegios



LA LIBERTAD
DEL DIABLO

Una película de Everardo González

ACERCA DE LA PELÍCULA *LA LIBERTAD DEL DIABLO* (MÉXICO, 2017)

Es un documental del mexicano Everardo González que presenta testimonios de la violencia en México, narrados por víctimas y victimarios, niños y niñas, mujeres y hombres, criminales y militares. Los entrevistados usan una máscara color piel que les oculta gran parte del rostro y responden a preguntas directas sobre el sufrimiento en carne propia ocasionado por la delincuencia y los sentimientos experimentados por quienes generan el sufrimiento.

UNA MIRADA CON EL LENTE DE LA NEUROCIENCIA

El documental ofrece varios aspectos que pueden ser estudiados con un enfoque neurobiológico; tratarlos todos ocuparía demasiado espacio, por lo que este análisis está centrado en el tema más evidente (y de moda, por cierto) en todo el filme: la empatía, con enfoque en la narrativa de dos sicarios y de un exmilitar.

El título inevitablemente hace pensar en el bien y el mal y, por asociación, en la moral que, además, no es posible desligar de la ética. La ética y los valores morales son atributos humanos universales que se utilizan para juzgar una acción como «correcta o incorrecta», «buena o mala». Esta universalidad plantea la interrogante de si el sentido moral es una dimensión más de los distintos atributos biológicos del ser humano. Investigadores de diferentes disciplinas se han interesado en el mecanismo psicológico del juicio moral tratando de conocer si es producto de procesos emocionales, de la razón o de una combinación de ambos, lo que finalmente ha llevado a intentar averiguar qué zonas del cerebro participan cuando una persona realiza juicios de este tipo. Incluso, grupos de filósofos que buscan evidencia empírica a favor de sus propuestas han

creado modelos para estudiar los procesos cerebrales involucrados; este método de investigación se conoce como filosofía experimental (Tovar & Ostrosky, 2013).

Entrevistador: ¿Qué produce matar a alguien, qué te da?

Hombre 2: ...Pues, poder: «Tengo tantos muertos». «Tengo tantas muertes detrás de mí». Es como un poder, nada más; «una raya más al tigre», le dicen. La vez que me agarraron fue algo muy chistoso porque yo andaba muy, muy ebrio... Ese día yo en mi locura agarré, pateé su puerta, me metí... Le empecé a pegar, lo empecé a agarrar a cachazos y le dije: «Préstame el dinero y la droga». Y me dijo: «Pues ya estuvo, pues sí... ¿por qué me agravias? Sí te voy a pagar». Y entonces me acuerdo que... Cuando me di la vuelta él me sacó una 22 y me dijo: «¡Te voy a matar!». Y le digo: «Relax». Pues a mí... Mi locura ya... No sé qué tenía, en serio. Yo era de las personas que si me sacaban la pistola pues les decía: «¡Jálale!». Y me acuerdo que me di cuenta que su arma no estaba cargada. Yo agarré la mía y le metí dos disparos. El primero se lo metí en el esternón y el siguiente se lo metí en medio de la frente.

Entrevistador: ¿Qué se siente quitar una vida?

Hombre 2: Pues ya no se sentía nada.

Las normas morales, como guías de comportamiento que prohíben el daño físico o psicológico, se han asociado a la empatía. Cuando se alude a la empatía, generalmente se piensa únicamente en sentimientos o emociones que se experimentan en una relación interpersonal; esta misma conceptualización ha llevado a la conclusión de que en la psicopatía existe carencia de empatía.

Los hallazgos de las investigaciones sobre la correspondencia cerebral de esta capacidad, concluyen que consta de dos componentes, uno afectivo y otro cognitivo. La dimensión afectiva engloba la experiencia compartida de estrés y alegría; la

dimensión cognitiva incluye la comprensión emocional y la adopción de la perspectiva del otro. En otras palabras, la empatía permite saber cómo se sienten las otras personas o qué es lo que están pensando, comprender las intenciones de los otros, predecir sus comportamientos y entender sus emociones. En definitiva, permite interactuar de diferentes maneras con el mundo social. Los resultados de las investigaciones en los dos componentes de esta capacidad cuestionan la validez del constructo de la personalidad psicopática, porque sugieren que en estos casos existirían diferencias en la manera de procesarla y, tal vez, estas personas tendrían mejor desarrollado, o cuando menos intacto, el componente cognitivo (teoría de la mente) lo que les daría la habilidad para seducir, engañar y conseguir sus objetivos al prever las respuestas del otro sin repercusión en sus propias emociones debido al menor desarrollo del componente afectivo (Blair, 2005).

Hombre 3: Allí, en ese trabajo, no hay compasión. Nada de compasión hay. La recompensa es el dinero. «¿Sabes qué? Quítale la vida». No es tu familia: es una persona, no la conoces. Tú no sientes... ¿Por qué le vas a tener compasión? Y la recompensa ahí era el dinero.

Hombre 6: Es bien bonito que la gente huya de ti. Cuando a mí me miraban y me decían «oficial» o «soldado» y me daban la mano y... Eso me llenaba de... Ora sí que de una soberbia. Algún poder que te da esto. Yo creo que la más dura es de que si la gente no obedece, entonces va a haber un... Un toque de avanzar. Porque si el ejército dice que se va a implementar la fuerza letal en ese momento tienes que acceder a matar gente inocente. Tienes que acceder y tienes que ir caminando hacia enfrente y tienes que ir quitando la vida a las personas cuando se autoriza que va a haber... fuerza letal. Simplemente te tienes que involucrar mucho. Si quieres dinero, si quieres pasarla bien, entonces te tienes que involucrar demasiado.

Las personas con conducta antisocial toman decisiones personales y sociales de manera defectuosa, aun teniendo un rendimiento intelectual aparentemente normal. No son capaces de aprender de sus errores y repiten su comportamiento. Del mismo modo, siempre buscan una recompensa o un placer inmediato, sin tener en cuenta las consecuencias a mediano y largo plazo.

Una clasificación de utilidad clínica de la conducta antisocial distingue entre psicopatía, la cual tiene un componente genético, y la sociopatía, que se adquiere ya sea por daño en el lóbulo frontal o por experiencias que han obligado al sujeto a dar un cambio en su modo de vida (Tovar & Ostrosky, 2013); es decir, las personas con sociopatía son susceptibles de rehabilitación. Se debe evitar pensar en que al ser adquirida por determinadas experiencias no existe un componente biológico, porque se corre el riesgo de caer en una falsa dicotomía, orgánico vs. no orgánico. Aunque existen avances importantes en el estudio del funcionamiento cerebral, aún no es posible identificar de qué manera se modifica por la influencia de factores ambientales. En ese rubro, los hallazgos de Kandel (1998) en sus investigaciones sobre la memoria y el aprendizaje dan alguna luz al confirmar como pueden modificarse los circuitos cerebrales al fortalecer o debilitar ciertas sinapsis (plasticidad cerebral).

Los experimentos de electrofisiología, neuropsicología e imagen en donde se comparan sujetos con daño cerebral, comportamiento antisocial y personas sanas, proporcionan un acercamiento a las estructuras cerebrales y circuitos neuronales comprometidos en la conducta antisocial. Las estructuras relacionadas son la corteza orbitofrontal, la prefrontal ventromedial, la dorsolateral y la amígdala. La actividad de los circuitos neuronales de estas zonas se traduce en toma de decisiones, elaboración de juicios morales, reconocimiento de la expresión facial de miedo, reconocimiento de di-

ferentes entonaciones de voz y cognición social. Los resultados de diferentes estudios sugieren que el sistema de neuronas espejo es el encargado de vincular la capacidad empática con las normas morales y éticas.

Las neuronas espejo se identificaron en la corteza cerebral de monos de experimentación (*Macaca nemistrina* and *Macaca mulatta*), en la región F5 del área premotora ventral (regiones posteriores del giro inferior frontal en humanos) y en el área inferior parietal. Su funcionamiento ha servido como cimiento para la explicación neurobiológica de la empatía y, desde que se sabe que conectan diferentes áreas cerebrales, se conocen como Sistema de Neuronas Espejo (SNE). Moll *et al.* (2002) encontraron que el surco temporal superior se activaba cuando los participantes de sus experimentos veían películas que involucraban violaciones morales pero no con películas que eran emocionalmente molestas pero sin connotaciones morales. Sus resultados sugieren que una red consistente con regiones centrales del SNE, que incluyen la corteza orbitofrontal, el giro frontal medial y el surco temporal superior, está relacionada con el procesamiento moral.

Los resultados de estas investigaciones tienen implicaciones clínicas porque sugieren que una disminución en la actividad de las neuronas espejo puede estar involucrada en la fisiopatología de condiciones psiquiátricas que se caracterizan por déficits en la cognición social, como el autismo y la esquizofrenia, además de la psicopatía (Dapretto, 2006; Fecteau *et al.*, 2008).

Entrevistador: ¿Por qué la familia?

Hombre 3: ...El vato se desapareció. Pero él dejó a su familia. Preguntamos por el vato muchas veces... no quiso la señora decir. Y fue cuando el patrón dijo: «No pues... la familia, para que más le duela». Y sí, la familia fue la que la llevó ahí.

Entrevistador: ¿Qué hiciste?

Hombre 3: Pues hicimos... lo que se debe hacer... el trabajo. Matarlos. A lo que más le duele a uno es... es a los niños. Porque hay gente que pues también tiene hijos. Y dices: «No les gustaría que les pasara eso».

Una sensación con gran carga emocional e importante para la supervivencia es el dolor. El dolor nociceptivo es el más habitual e incluye todos los tipos de dolor producidos por un estímulo dañino para los tejidos. Cuando se es testigo del dolor de otras personas y se observa su sufrimiento se experimenta lo que se ha llamado «dolor empático». Los estudios de esta experiencia han demostrado que existe una superposición entre las áreas corticales que se activan durante el dolor físico y durante el dolor empático. Algunas de las áreas comunes que se activan son la ínsula anterior y la corteza cingulada (Zaki *et al.*, 2016).

Las verdaderas causas de las alteraciones cerebrales que dan lugar a los comportamientos antisociales siguen sin conocerse. El estudio de las estructuras involucradas y las redes neuronales que las vinculan proporcionan un acercamiento a la fisiopatología de esta condición.

COMENTARIO

Los avances tecnológicos en investigación médica han permitido a las ciencias encargadas del estudio del cerebro un acercamiento cada vez más preciso al mecanismo por el cual emerge lo que se conoce como «mente». Por ejemplo, el estudio de la conciencia, considerado el más difícil de entre todas las funciones emanadas de la actividad cerebral, ha aportado evidencia de la existencia de redes neuronales que se organizan en circuitos y se activan o inactivan en respuesta a estímulos internos o externos. En 2001 se identificó la primera red neuronal, conocida como Default Mode Network (DMN),

que podría calificarse como el estado basal del cerebro en vigilia (Edelman & Tononi, 2005). En estudios de diferentes funciones cognitivas se ha observado que dichas funciones guardan relación con esta red; en el caso de la empatía, el SNE y la DMN comparten áreas cerebrales, por lo que existen estudios que buscan un mejor entendimiento de esta relación.

El cúmulo de conocimientos producto del acelerado desarrollo de las neurociencias ha ocasionado cierta presión en la psicología y la psiquiatría porque, como dice Ariane Bazan (2011, 2), «si la neurociencia puede explicar las funciones psicológicas, entonces ¿qué es psicológico?»; o porque los nuevos conocimientos han abolido los límites que prevalecían entre la neurología y la psiquiatría. En lo referente a la frontera entre neurología y psiquiatría, la neurociencia clínica se ha propuesto como el campo de acción de ambas profesiones, con funciones complementarias sin dejar de ser distintivas (Reynolds *et al.*, 2009). El quehacer de la psiquiatría se asienta mejor en este contexto porque es probable que los avances en la evaluación, el tratamiento y la prevención de los trastornos cerebrales se originen en estudios de etiología y fisiopatología basados en la neurociencia clínica y traslacional. Dentro de las estrategias que Reynolds *et al* (2009) proponen para esta transición, se incluye una modificación temprana y sostenida en la formación multidisciplinar (investigación y clínica) que refuerce la infraestructura académica orientada a la integración de la neurología y psiquiatría.

Está claro que el método hermenéutico es más atractivo que el científico cuando se utilizan el cine para reforzar el aprendizaje en temas de psiquiatría. Sin embargo, los conocimientos que están aportando las neurociencias están obligando a un cambio de paradigma en la manera de proporcionar el conocimiento por este medio.

FINANCIAMIENTO

Ninguno.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

FUENTES

- Bazan A. (2011). The grand challenge for psychoanalysis – and neuropsychology: Taking on the game. *Frontiers In psychology* 2(220), 1-3.
- Blair R.J. (2005). Responding to the emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and cognition* 14(4), 698–718. Disponible en: <https://bit.ly/2V3AVdI>
- Dapretto M., Davies M.S. *et al.* (2006). Understanding emotions in others: mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders. *Nature Neuroscience* 9(1), 28–30. Disponible en: <https://bit.ly/3roarzO>
- Edelman G.M. & Tononi G. (2005). *El universo de la conciencia*. 2ª ed. España: Crítica.
- Fecteau S., Pascual-Leone A. & Théoret H. (2008). Psychopathy and the mirror neuron system: preliminary findings from a non-psychiatric sample. *Psychiatry research* 160(2), 137–144. Disponible en: <https://bit.ly/3eJDGrE>
- Gutiérrez H., García Á.L. *et al.* (2019). El cine debate como recurso del aprendizaje en la enseñanza de la Psiquiatría. *EDUMECENTRO* 11(2), 148–162. Disponible en: <https://bit.ly/3zoytxu>

- Hernández P. & Peña F. (2013). El cine como herramienta en la docencia de Psiquiatría. *Humanidades Médicas* 13(1), 244-265. Disponible en: <https://bit.ly/36SQYxS>
- Kandel E.R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *The American journal of psychiatry* 155(4), 457-469. Disponible en: <https://bit.ly/3BDHBQK>
- Moll J., Oliveira-Souza R. de *et al.* (2002). The neural correlates of moral sensitivity: a functional magnetic resonance imaging investigation of basic and moral emotions. *The Journal of neuroscience* 22(7), 2730-2736. Disponible en: <https://bit.ly/3wVWydo>
- Reynolds C.F., Lewis D.A. *et al.* (2009). The future of psychiatry as clinical neuroscience. *Academic medicine* 84(4), 446-450. Disponible en: <https://bit.ly/3hU9iN3>
- Tovar Bohorquez J.O. & Ostrosky-Shejet F. (2013). *Mentes criminales ¿eligen el mal? Estudios de cómo se genera el juicio moral.* Mexico: Manual Moderno.
- Zaki J., Wager T.D. *et al.* (2016). The Anatomy of Suffering: Understanding the Relationship between Nociceptive and Empathic Pain. *Trends in cognitive sciences* 20(4), 249-259. Disponible en: <https://bit.ly/3kN7sQ3>

Estigma y Arte: La locura vista por la literatura. Los endeble límites de la sanidad según Machado de Assis

Dr. Rafael Medina*

*Psiquiatra, Instituto Jalisciense de Salud Mental – SALME.
Coordinador editorial de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM)

La salud del alma es la ocupación más digna de un médico.

SIMAO BACAMARTE, *EL ALIENISTA*

Una de las razones por las cuales el hombre escribe es porque necesita entender el mundo, la realidad que lo circunda. Al escribir traduce, cataliza, digiere, metaboliza la existencia. Obtiene más preguntas de las preguntas que se hace al escribir. Y a veces responde las de otro, jamás las de él, por eso el escritor sigue escribiendo: siempre será un insatisfecho perenne, hambriento perpetuo, pordiosero demandante. No hay otra alternativa para el artista sino encarar a la vida con su trabajo: la obra de arte. Para nuestra fortuna, las grandes preguntas de la existencia siguen y seguirán abiertas; gracias a eso los creadores siguen trabajando, preguntando a la escurridiza vida su razón de ser. O su sinrazón. Por qué sus múltiples, y a veces terribles rostros: el dolor, la muerte, la locura.

Sobre esta última, no son pocos los que se han preguntado dónde está su verdadera esencia, su origen, sus causas, sus fronteras. ¿Dónde están los verdaderos límites de la locura? Pregunta luminosa, lacerante, huérfana, aun hoy en día, de una respuesta convincente. Y lo interesante es que, alguna vez, alguien hoy casi olvidado, llamado Joaquín María Machado de Assis (1839-1908), se lo preguntó de manera genial. Su pregunta se titula *El alienista*, un relato de los muchos valiosos que escribió este escritor latinoamericano por desgracia tan de pocos. Y es que era mulato y los críticos nunca le perdonaron que no escribiera como tal. Como si la piel determinara un tipo de literatura, como si existieran los apellidos en el arte de escribir, como si existiera una clasificación fuera de la buena y mala literatura. Su error fue

apostar por la universalidad desde Brasil, su tierra natal. Por eso es que, aunque respetado en vida, cuando murió lo enterraron tanto y de tal manera que casi se le olvida al mundo.

La historia del relato *El alienista* se desarrolla en el Brasil colonial, en una pequeña y marginal población llamada Itaguaí. Su protagonista, un médico muy particular de la época: el memorable Simao Bacamarte, «hijo de la nobleza de la tierra y el mejor de los médicos del Brasil, de Portugal y de las Españas». Personaje al que, por sus claras cualidades, el mismísimo rey le pide que se quede, al finalizar sus estudios, en Coimbra, dirigiendo la Universidad, o en la capital, Lisboa, atendiendo los negocios de la monarquía. Y éste le contesta de manera más que rimbombante: «La ciencia es mi empleo único; Itaguaí es mi universo». Tenía todo para triunfar en su tierra natal aplicando las sangrías y cataplasmas correspondientes a su tiempo; sin embargo, después de sus afanosas lecturas y atinadas prácticas, se dio cuenta de algo más que relevante: «Mal explorada, o casi inexplorada, no había en toda la colonia, ni aun en el reino, una sola autoridad en la patología cerebral». Así que, después de meditarlo no mucho, el Dr. Bracamarte se hace un propósito heroico: convertirse en un alienista, el primer alienista del reino.

Tenía justificaciones de sobra, basta la descripción que hace Machado dentro del relato de la situación de los enfermos mentales, imagen, para desgracia de ellos, no muy distinta a la de la actualidad:

El Ayuntamiento de Itaguaí, entre otros pecados que le achacan los cronistas, tenía el de no hacerle caso a los dementes. Así es que cada loco furioso era trancado en una alcoba, en su propia casa, donde no era curado, sino descurado, hasta que la muerte le venía a quitar el beneficio de la vida; los pacíficos andaban sueltos por las calles.

Así que el primer paso del reluciente alienista es solicitar al Ayuntamiento la habilitación de un lugar donde se puedan atender, observar, estudiar y curar a los dementes. Así se construye, en la Calle Nueva, «la más bella calle de Itaguaí por aquel tiempo», la primero alentadora, y después temible, Casa Verde, describiéndola de esta manera el autor:

Tenía cincuenta ventanas a cada lado, un patio en el centro y numerosos cuartos para huéspedes. Como era gran arabista, encontró en el Corán que Mahoma declara venerables a los locos, por la consideración de que Alá les quita el juicio para que no pequen. La idea le pareció bonita y profunda y la hizo grabar en el frontispicio de la casa, pero como tenía miedo al vicario, y por lo tanto al obispo, atribuyó el pensamiento a Benedicto XIII...

Y partir de ese momento la obsesión del alienista por encontrar los límites de la cordura se convierte en el desencadenante para las situaciones más divertidas e hilarantes que jamás haya escrito Machado de Assis. Y es que si primero, sin mayor complicación, fueron hospedados los locos reconocidos, después, de manera gradual (según iba profundizando el galeno en sus estudios y observaciones sobre la locura), fueron internados casi todos los pobladores de Itaguaí. Sin dejar de lado, por supuesto, a los gobernantes, a los políticos, al barbero, al cura, al boticario, al matraquero y a la misma esposa del médico. Igual fueron encerrados el celoso, el avaro, el glotón, el dispendioso, el inmoral. Como una iluminación, descubrió que el problema radicaba en la búsqueda de la insania, que era la constante, siendo que el verdadero camino para encontrar los límites de la cordura era hallar primero ésta, como bien lo explica el mismo Dr. Bacamarte:

Suponiendo que el espíritu humano es una vasta concha, mi objetivo, señor Soares, es ver si puedo extraer la perla, que es la razón; en otros términos,

demarquemos definitivamente los límites de la razón y de la locura. La razón es el perfecto equilibrio de todas las facultades; fuera de esto, insania, y sólo insania.

Y es que de inmediato se percató de que no había en verdad nadie en total cabalidad; todos, de alguna manera, eran alienados. Cuatro quintas partes del pueblo terminó recluido en la Casa Verde, pese a las quejas, protestas y una formal revuelta por las cada vez más estrictas y absurdas disposiciones del alienista. Pero cada respuesta, cada reacción tomada por los pobladores sólo venía a consolidar la teoría del médico, sobre todo con el motín y la consecuente intervención del ejército: meros casos de locura extremos que había que tratar con mayor energía y redoblados estudios. Cada desviación era atendida con la particularidad de la homeopática teoría del Dr. Bacamarte:

En verdad, era difícil imaginar sistema terapéutico más racional. Estando los locos divididos por clases, según la perfección moral que en cada uno de ellos sobresaliera, Simao Bacamarte se preocupó por atacar de frente la calidad predominante. Supongamos un modesto. El alienista aplicaba el medicamento que pudiera infundirle el sentimiento opuesto; y no iba enseguida a las dosis máximas, las graduaba de acuerdo al estado civil, a la edad, al carácter, a la posición social del enfermo. A veces bastaba una casaca, una cinta, una peluca, un bastón, para restituir la razón al alienado; en otros casos la enfermedad era más rebelde; recurría entonces a los anillos de brillantes, a las distinciones honoríficas, etcétera. Hubo un enfermo, poeta, que resistió a todo. Simao Bacamarte empezaba a desesperar de la cura, cuando tuvo la idea de mandar anunciarlo por las calles con una matraca, pregonándolo como un rival de Garçon y de Píndaro.

—Fue un santo remedio —contaba la madre del infeliz a una comadre—: fue un santo remedio.

La alienación de la moral, del espíritu, de toda una sociedad retratada sin condescendencia alguna por la pluma crítica de Machado de Assis. Dardos al apabullante espíritu cientificista que empezaba ya a dar visos de su soberbia y de su pronta entronización en que se encuentra hoy en día, sin señales visibles de un sentido de autocritica ante su papel en la sociedad y su relación con la ética y la moral, tan necesariamente humanas. Los juegos de poder en los que se ve envuelto el hombre de ciencia, el médico y, en una situación muy particular, el psiquiatra. Papel escudriñado y analizado, muchos años después, a veces con saña excesiva y planteamientos frágiles, por los teóricos de la antipsiquiatría europea, pero que no dejan de tener visos de verdad: ¿quiénes son estos hombres que deciden el destino de sus semejantes, que deciden quién debe ser confinado, institucionalizado el resto de sus días? ¿Por qué ellos deciden quién es el anormal, el loco? Y otra vez: ¿ellos conocen los límites precisos de la sanidad mental? Gran responsabilidad la de estos hombres que están propensos, como todos los demás, a los excesos, a la desviación, a la no «lineación». Tal vez por eso, al final del relato, Simao Bacamarte decide dejar vacía la Casa Verde y encerrarse él mismo, hasta responderse cada uno de los planteamientos que se abrieron en su exploración de los márgenes: hasta curarse él mismo de su locura.

Pero habrá que precisar algo importante: Machado de Assis no es Orwell; el trato narrativo que le da al tema, sin dejar de ser igualmente crítico, es mucho más gentil para el lector. El alienista es un relato lleno de humor. Es una obra, antes que nada, divertida. No hay dramatismo lacrimoso, diálogos panfletarios o anatemas teóricos en su discurso, Machado cuenta su historia y no intenta demostrar nada, cumple la premisa de Octavio Paz: el artista muestra, no demuestra. Obra literaria atractiva desde todos los ángulos

que se le intente ver: breve, divertida y profunda. Tríada no muy habitual que puede representar un magnífico pretexto para conocer a este autor de iniciados y que vale la pena rescatar del olvido en que se ha mantenido pese a la alta factura de su trabajo y la importancia que llegó a tener para la lengua portuguesa de las postrimerías del siglo XIX e inicios del XX. Autor de más de 200 relatos, novelas memorables como *Las memorias de Blas Cubas* y fundador de la Academia de la Lengua de su país.

Agradecemos que preguntas como la que alguna vez se planteó Joaquín María Machado de Assis sigan abiertas, como todas las verdaderamente trascendentes de la existencia humana. La vida sigue siendo un misterio fascinante y debido a esto el escritor sigue y seguirá escribiendo. Intentará entender el mundo al contarlo a los demás. Muchos, mediante el trabajo del artista, entenderán un poco de este complejo rompecabezas que representa la realidad humana. Aunque para el pobre escritor, de la misma manera que Sísifo, su trabajo será eterno.



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.



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

Fe de erratas

La Revista APM informa: La adscripción de la Mtra. María Fernanda Busqueta Mendoza no es: Hospital Español de México, Jefa del Departamento de Psicología Pediátrica. Académica Universidad Anáhuac México-Norte.

La correcta es: Investigadora del Centro Anáhuac de Investigación en Psicología, Universidad Anáhuac México. Directora del Centro de Estudios Psicosociales Aplicados a la Salud (CENEPAS).