

**Farmacoterapia combinada con psicoterapia. Una propuesta para el tratamiento de síntomas y trastornos mentales en la pandemia por COVID y previos a ésta en México**

Dra. Cecilia Carral Carrasco  
Dr. David N. López Garza

**Malestar emocional en pacientes con aislamiento hospitalario por SARS-CoV-2**

Dr. José Luis Jiménez López  
Dra. Magali Ivonne Pérez García  
Lic. Marcela Miranda Delgado

**Tratamiento de los síntomas psiquiátricos del síndrome post-COVID. Revisión rápida y reporte breve de casos**

Dra. Cecilia Carral Carrasco  
Dr. David N. López Garza

*Estigma y arte*

*El túnel: realidad, conocimiento y delirio*

Mtra. Andrea Amezcua Espinosa



Porque **Seguridad**  
se escribe con



**Segmir**<sup>®</sup>  
**DISPERSABLE**

Mirtazapina (15 mg, 30 mg)

Con **toda Seguridad**

- Se disgrega en menos de **3 minutos** (1)
- **Rápido** inicio de acción (2)
- **Facilita** la administración
- **Mejora** la aceptación y adhesión (1)

No se  
desmorona  
al fraccionarse

**42%** de los pacientes muestran  
**remisión estable** por al menos **4**  
**semanas**, mientras que con otros tratamientos  
solo se observa respuesta y **no remisión** (3)



Reg. 127M2014 SSA IV

REFERENCIAS:

- 1.- Fernandes Tavares DF et al. (2009). Comprimidos bucodispersables: ventajas terapéuticas y tecnológicas de elaboración. *ARS Pharmaceutica*, 50 (3): 153-167
- 2.- Abay FB et al. (2015). Orally Disintegration Tablets: A short review. *Journal of Pharmaceutics & Drug Development*, 3 (3): 303
- 3.- Danileviciute V et al. (2009). Efficacy, tolerability, and preference of mirtazapine orally disintegrating tablets in depressed patients: a 17 week naturalistic study in Lithuania. *Medicina (Kaunas)*, 45 (10): 778-784

Publicidad dirigida a  
profesionales de la salud  
[www.zydusmexico.com](http://www.zydusmexico.com)



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

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA AC

# REVISTA APM

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN

Julio - Septiembre, 2022 | Vol. 2 No. 3



**Editor**

Dr. Enrique Chávez-León

**Coeditor**

Dr. Christian Gabriel Toledo Lozano

**Vicepresidencias**

Vicepresidente Región Occidente

Dr. Gerardo Díaz Sánchez

Vicepresidente Región Noroeste

Dra. Melissa Flores Franco

Vicepresidente Región Noreste

Dr. Iván Saúl Herrera Jiménez

Vicepresidente Región Centro

Dr. Alexiz Bojorge Estrada

Vicepresidente Región Sur

Dr. Rafael González Jorge

**Comité de Finanzas**

Coordinadora

Dra. Marisa Morales Cárdenas

Miembros

Dr. Raymundo Macías Avilés

Dra. Sherezada Pool García

Dr. Armando Vázquez López Guerra

**Comité Científico**

Coordinador

Dr. Dante Manuel Alvear Galindo

Miembros

Dra. Jacqueline Cortés Morelos

Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe

Dra. Sherezada Pool García

Dra. Ingrid Vargas Huicochea

Dra. Mónica Flores Ramos

Dr. Bernardo Ng

**Comité de Ética**

Coordinador

Dr. Víctor Octavio López Amaro

Miembros

Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe

Dra. Sherezada Pool García

Dr. Juan Luis Vázquez Hernández

Dr. Iván Saúl Herrera Jiménez

**Comité de Elecciones**

Coordinador

Dr. Lauro Castanedo de Alba

Miembros

Dr. Marco Antonio López Butrón

Dr. Enrique González Ruelas

**Comité de Admisión y Membresías**

Coordinador

Dr. Víctor Octavio López Amaro

Miembros

Dr. Luis Enrique Rivero Almanzor

Dr. Rafael González Jorge

Dr. Gerardo Díaz Sánchez

Dra. Marisa Morales Cárdenas

**Comité de Estatutos**

Coordinador

Dr. Alejandro Molina

Miembros

Dr. Eduardo Ángel Madrigal de León

Dr. Enrique Chávez-León

Dr. Enrique Camarena Robles

Dr. Aldo Antonio Suárez Mendoza

**Coordinadores**

Coordinadora Secciones Académicas

Dra. Sherezada Pool García

Coordinador Académico

Dr. Dante Manuel Alvear Galindo

Coordinador Editorial

Dr. Rafael Medina Dávalos

Coordinador de contenidos digitales

Dr. Marlon Edu Saavedra Delgado

**| EXPRESIDENTES APM**

Bienio Gestión	Nombre	Bienio Gestión	Nombre
1968-1969	Dr. Ramón de la Fuente Muñiz	1996-1997	Dr. Enrique González Ruelas
1970-1971	Dr. Guillermo Calderón Narváez	1998-1999	Dr. Luis Guillermo Ruiz Flores
1972-1973	Dr. Darío Urdapilleta Bueno	2000 - 2001	Dr. Enrique Camarena Robles
1974-1975	Dr. Rafael Velasco Fernández	2002 - 2003	Dr. Marco Antonio López Butrón
1976-1977	Dr. Héctor Hernán Tovar Acosta	2004 - 2005	Dr. Luis Enrique Rivero Almanzor
1978-1979	Dr. Carlos Puche Regis	2006 - 2007	Dr. Jesús Del Bosque Garza
1980-1981	Dr. Raymundo Macías Avilés	2008 - 2009	Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe
1982-1983	Dr. Carlos Campillo Serrano † (QEPD)	2010 - 2011	Dr. Fernando López Munguía
1984-1985	Dr. Antonio Ruiz Taviel de Andrade	2012 - 2013	Dr. Eduardo Madrigal de León
1986-1987	Dr. Alejandro Díaz Martínez	2014 - 2015	Dr. Juan Luis Vázquez Hernández
1988-1989	Dr. Salvador González Gutiérrez	2016 - 2017	Dr. Enrique Chávez-León
1990-1991	Dr. Lauro Augusto Castanedo de Alba	2018- 2019	Dr. Aldo Antonio Suárez Mendoza
1992-1993	Dr. Armando Vázquez López-Guerra	2020-2021	Dr. Bernardo Ng
1994-1995	Dr. Gilberto Salgado Arteaga		

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 AC: REVISTA APM 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. Chávez-León, 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](http://www.dtres-agencia.com)

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA AC

# REVISTA APM

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN

Julio - Septiembre, 2022 | Vol. 2 No. 3

## Contenido

---

7 Mensaje del coeditor

---

11 A propósito de la psicoterapia y su combinación con el tratamiento farmacológico

---

17 Farmacoterapia combinada con psicoterapia. Una propuesta para el tratamiento de síntomas y trastornos mentales en la pandemia por COVID-19 y previos a ésta en México

---

25 Malestar emocional en pacientes con aislamiento hospitalario por SARS-CoV-2

---

35 Tratamiento de los síntomas psiquiátricos del síndrome post-COVID. Revisión rápida y reporte breve de casos

---

42 Relación de las características clínicas de un grupo de pacientes psiquiátricos de larga estancia y los síntomas de COVID-19 en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental en Villahermosa

---

61 *Estigma y Arte: El túnel: realidad, conocimiento y delirio*

---

63 Guía para el autor

---



### **Estimados asociados de la APM:**

La pandemia causada por el SARS-CoV-2 ha permeado en todos los aspectos de nuestra vida desde finales del 2019, cuando se detectaron los primeros casos, hasta la fecha (1), por lo que hemos tenido que adaptarnos a nuevas normas de convivencia, modificar diversos aspectos de nuestra vida y lidiar con las múltiples manifestaciones orgánicas y sistémicas que este virus ha ocasionado en la población (2). Destacan las afectaciones neuropsiquiátricas que se han vinculado directa o indirectamente a esta enfermedad y, aunque aún no se esclarecen por completo los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, la evidencia actual apunta a las propiedades neurotróficas de este virus que produce neuroinflamación (3), disfunción mitocondrial y microglía e hipoxia en ciertas regiones cerebrales (4), lo cual puede derivar en diversas manifestaciones neurológicas como cefalea, mialgias, eventos vasculares cerebrales, catatonía, crisis convulsivas, encefalitis, hiposmia, anosmia, etc., así como síntomas psiquiátricos, por ejemplo delirium, trastornos depresivos y ansiosos, trastornos del sueño, psicosis, entre otros (5-7).

Respecto a las afectaciones de salud mental relacionadas con la pandemia, éstas pueden deberse no sólo a los efectos del SARS-CoV-2 sobre nuestro organismo, sino también a las consecuencias psicosociales debidas a medidas sanitarias como el distanciamiento social y el confinamiento (8), o relacionadas con las repercusiones económicas, laborales, académicas y sociales. Se conoce que muchas personas con un trastorno mental preexistente han presentado una exacerbación de su sintomatología (9), pero también se ha registrado un aumento en la incidencia de los trastornos mentales por el resto de factores mencionados.

Muchos de estos efectos sobre la salud mental al parecer no se limitan al corto plazo (10), y será conveniente realizar un seguimiento de estos casos, lo cual nos permitirá conocer las repercusiones que se presentan a lo largo del tiempo («Long COVID»), para reorientar nuestros esfuerzos diagnósticos, terapéuticos y pronósticos.

Los artículos que se incluyen en este número abordan temas relacionados con la prevalencia de los trastornos mentales en el contexto de la pandemia, el malestar emocional relacionado con el aislamiento y el manejo farmacológico y psicoterapéutico de los síntomas psiquiátricos posteriores a la infección por SARS-CoV-2. Todo esto



es fundamental para aumentar la participación de nuestro gremio dentro del discurso científico relacionado con el COVID-19 (11), profundizar nuestro conocimiento sobre esta patología y contar con mejores elementos e intervenciones para afrontar los retos que tenemos con nuestros pacientes y sus familias, y optimizar el trabajo conjunto con otros profesionales de salud.

Sobre los recursos disponibles, es relevante tomar en consideración los avances tecnológicos que permitieron una rápida generación de vacunas y otros tratamientos efectivos para la reducción de la morbimortalidad y, de forma particularmente relevante en nuestro campo, las intervenciones mediante Tecnologías de la Información y Comunicación que han sido utilizadas de forma muy extendida durante este periodo y que nos han permitido continuar brindando las atenciones clínicas a nuestros pacientes, teniendo en cuenta la accesibilidad, el mayor alcance y el posible impacto positivo hacia la población en general (10).

Por último, después del éxito de nuestro reciente Congreso de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y el VI Congreso Mundial de Patología Dual, deseamos contar cada vez más con su participación en todas las actividades que se realicen dentro de esta, su Asociación.

Les envío un afectuoso saludo.

Atentamente,

CHRISTIAN GABRIEL TOLEDO LOZANO

*Médico adscrito a Investigación Clínica, Centro Médico Nacional  
«20 de Noviembre», ISSSTE.*

*Académico de la Facultad de Medicina, UNAM.*

*Coeditor de la Revista de la Asociación Psiquiátrica Mexicana A. C.*



## FUENTES

1. OMS. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [cited 2022 Aug 8]. p. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
2. Li D., Wang Q., Jia C., Lv Z. & Yang J. An Overview of Neurological and Psychiatric Complications During Post-COVID Period: A Narrative Review. *J Inflamm Res* [Internet]. 2022 Jul [cited 2022 Aug 8]; 15:4199. Disponible en: [/pmc/articles/PMC9342586/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3342586/)
3. Matschke J., Lütgehetmann M. *et al.* Neuropathology of patients with COVID-19 in Germany: a post-mortem case series. *Lancet Neurol* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2022 Aug 8]; 19(11): 919–29. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33031735/>
4. Stefano G.B., Ptacek R., Ptackova H., Martin A. & Kream R.M. Selective Neuronal Mitochondrial Targeting in SARS-CoV-2 Infection Affects Cognitive Processes to Induce «Brain Fog» and Results in Behavioral Changes that Favor Viral Survival. *Med Sci Monit* [Internet]. 2021 [cited 2022 Aug 8]; 27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33487628/>
5. Butler M., Pollak T.A., Rooney A.G., Michael B.D. & Nicholson T.R. Neuropsychiatric complications of COVID-19. *BMJ*. 2020 Oct. 13; 371.
6. López-Pérez B.J., Cruz-Chávez D.A. *et al.* Neurological Manifestations in Pediatric Patients Hospitalized for COVID-19: Experiences of the National Medical Center «20 de Noviembre»; in Mexico City. *Child* 2022, Vol 9, Page 746 [Internet]. 2022 May 19 [cited 2022 Aug 8]; 9(5): 746. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9067/9/5/746/htm>
7. García S., Cuatrecasas-Burgos F.M. *et al.* Neurological Manifestations and Outcomes in a Retrospective Cohort of Mexican Inpatients with SARS-CoV-2 Pneumonia: Design of a Risk Profile. *Healthc* 2021, Vol 9, Page 1501 [Internet]. 2021 Nov 4 [cited 2022 Mar 24]; 9(11): 1501. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/11/1501/htm>
8. Rogers J.P., Chesney E. *et al.* Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2021 Apr 16]; 7(7): 611–27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32437679/>
9. Kumar A. & Nayar K.R. COVID 19 and its mental health consequences. *J Ment Heal*. 2020; 1–2.
10. The Lancet Psychiatry. COVID-19 and mental health. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2022 Aug 8]; 8(2): 87. Disponible en: <http://www.thelancet.com/article/S2215036621000055/fulltext>
11. Mitra S. & Kavoor A.R. The missing discourse on mental health of psychiatrists during COVID-19. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2022 Aug 8]; 55(3): 325–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32900212/>



## A propósito de la psicoterapia y su combinación con el tratamiento farmacológico

Dr. Enrique Chávez-León\*

---

\*Coordinador de Posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac México. Editor de la Revista APM de la Asociación Psiquiátrica Mexicana AC

---

La psicoterapia ocupa un lugar importante en el tratamiento de los pacientes con enfermedad mental, aun considerando que los tratamientos psicológicos no se han beneficiado de innovaciones recientes en la ciencia, y posiblemente la ciencia tampoco de las aportaciones de la psicoterapia (1).

Varios tratamientos biológicos y psicológicos basados en la evidencia están disponibles para una variedad de trastornos mentales. Sin embargo, se estima que estos tratamientos pueden reducir la carga de la enfermedad sólo en aproximadamente un 40%, en condiciones óptimas y cuando todos los pacientes con una enfermedad mental reciben tratamiento.

Un fenómeno preocupante es que entre 1996 y 2016, el porcentaje de consultas de psicoterapia entre los especialistas en psiquiatría disminuyó significativamente del 44.4% en 1996-1997 al 21.6% en 2015-2016. La disminución en la atención psicoterapéutica fue mayor para los pacientes diagnosticados con fobia social (29% a 8%), trastorno distímico (65% a 30%) y trastornos de la personalidad (68% a 17%). Para los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, la atención con psicoterapia se mantuvo estable (10%-12%). En el periodo 2010-2016, aproximadamente la mitad de los psiquiatras (53%) ya no proporcionaron psicoterapia (2).

Para algunos trastornos las psicoterapias constituyen el tratamiento de primera línea. Para otros, son un complemento importante de los tratamientos farmacológicos, facilitando la adherencia al tratamiento, brindando psicoeducación a los pacientes sobre su trastorno, dando *insight* o brindando apoyo para lidiar con las consecuencias psicológicas de padecer un trastorno mental grave.

La psicoterapia individual abarca una serie de técnicas psicoterapéuticas en las que un terapeuta trabaja con un solo paciente. Aunque hay muchos tipos de psicoterapia y sus autores enfatizan las diferencias, la mayoría de las psicoterapias tienen elementos comunes (3).

Sigmund Freud, quien desarrolló el psicoanálisis clásico a principios del siglo XX, aportó conceptos fundamentales que la psicoterapia psicodinámica sigue utilizando. Esta psicoterapia se utiliza para pacientes con trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad y depresión leve, y normalmente se realiza cara a cara. En ella se anima al paciente a revisar las relaciones con sus padres y otras personas importantes, centrándose en el presente. El psicoterapeuta, quien mantiene la neutralidad, interviene ocasionalmente para ayudar al paciente a entender las dinámicas subyacentes que determinan su comportamiento. La psicoterapia psicodinámica típicamente involucra una o dos sesiones a la semana y puede durar dos años o más (3).

La psicoterapia dinámica breve busca producir el cambio a través de las intervenciones activas dirigidas o focalizadas del terapeuta, y una mayor participación del paciente y objetivos delimitados como foco de la terapia. El término *breve* se define en función a la duración de máximo seis meses y 24 sesiones. En las últimas décadas han aparecido diferentes tipos de psicoterapias breves con intervenciones dirigidas a distintos trastornos mentales.

La psicoterapia psicodinámica breve, también denominada psicoterapia psicodinámica de objetivos limitados, usa como premisa que los problemas del paciente son el resultado de conflictos internalizados ocurridos en sus relaciones significativas tempranas. Esos conflictos son controlados por defensas psicológicas hasta que reaparecen nuevamente en las relaciones, dando lugar a ansiedad y a otros síntomas psicopatológicos. El terapeuta considera a los síntomas no como manifestaciones de un trastorno mental, sino como producto de conflictos inconscientes y del uso de defensas psicológicas.



La terapia psicodinámica va estableciendo puentes entre las manifestaciones actuales y sus orígenes psicológicos en las relaciones con las figuras parentales tempranas. La estrategia terapéutica es la interpretación tanto de las defensas como de los patrones de conducta del paciente y las emociones que lo acompañan. Aunque las relaciones tempranas y las relaciones pasadas y actuales son el blanco de la interpretación, es la relación con el terapeuta (transferencia) uno de los elementos principales (4).

Las características de la psicoterapia dinámica breve son: foco en el aquí y el ahora, criterios de selección de los pacientes, relación positiva que brinde una experiencia emocional correctiva y un ambiente terapéutico emocionalmente intenso que facilite el cambio (4).

### **TERAPIA INTERPERSONAL**

La terapia interpersonal tiene como foco las relaciones actuales del paciente: no se busca comprender cómo los eventos del pasado influyen en éstas, por lo que no se abordan los aspectos transferenciales de la relación del paciente con el terapeuta ni su patrón de relación interpersonal del pasado (4, 5).

La terapia interpersonal busca ser mucho más corta que la psicoterapia dinámica breve. Su duración habitualmente va de ocho a 20 sesiones.

El modelo de esta terapia es la de diátesis estrés. Un evento estresante de carácter interpersonal, especialmente cuando no existe un apoyo social suficiente, va a causar malestar y la aparición de síntomas en el área en la que la persona es vulnerable (diátesis). Se enfoca a tres áreas problemáticas: duelo y pérdida, relacionados con la muerte, el divorcio o la pérdida de la salud o el trabajo; las dificultades interpersonales y su relación con el patrón de comunicación del paciente, y el cambio de rol (matrimonio, divorcio, cambio de estatus y jubilación), así como transiciones naturales como la maternidad y el envejecimiento (5).

### **TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL**

La terapia cognitivo conductual (TCC), desarrollada principalmente por Aaron Tempkin Beck, se basa en el supuesto de que las estructuras o esquemas cognitivos determinan la forma en que las personas interpretan, reaccionan y se adaptan a las

situaciones de la vida. Cada persona está equipada con estructuras cognitivas específicas que determinan cómo reaccionará ante los eventos estresantes. El paciente desarrolla un trastorno psiquiátrico, como ansiedad o depresión, cuando esos esquemas se vuelven hiperactivos, predisponiéndolo a desarrollar una respuesta patológica o negativa (3).

El uso más amplio de la terapia cognitivo conductual es en el tratamiento de la depresión (6). En ésta, el paciente tiene esquemas cognitivos que dan lugar a interpretaciones negativas. Según la tríada cognitiva de Beck, los principales patrones cognitivos observados en la depresión son:

- Una visión negativa de sí mismo.
- Una interpretación negativa de las situaciones actuales.
- Una visión negativa del futuro.

La terapia cognitivo conductual también resulta útil para tratar los trastornos de ansiedad, de la alimentación, obsesivo compulsivo, de la personalidad y muchos otros, como el insomnio. La TCC se enfoca en enseñar a los pacientes a cambiar los esquemas mal adaptativos.

La terapia cognitivo conductual es de corto plazo y altamente estructurada. El objetivo es ayudar a los pacientes a reestructurar sus cogniciones negativas para que perciban la realidad de una manera menos distorsionada y aprendan a reaccionar apropiadamente.

La TCC combina la reestructuración cognitiva con técnicas conductuales. Éstas incluyen tareas y un programa gradual de actividades para enseñar a los pacientes que sus esquemas negativos son incorrectos y que son capaces de lograr pequeños éxitos e interpretarlos como tales. Las técnicas cognitivas están diseñadas para ayudar al paciente a identificar y corregir los esquemas disfuncionales que determinan su percepción de la realidad. Incluyen la identificación de las distorsiones cognitivas a las que el paciente es propenso y de los pensamientos automáticos que producen actitudes negativas.

Además de estas interpretaciones erróneas, los pacientes a menudo se ven influenciados por diversos pensamientos automáticos. Los pensamientos automáticos específicos varían entre individuos, pero siempre involucran temas negativos como la autodevaluación y el fracaso. Estos pensamientos aparecen espontáneamente y

producen malestar emocional. Se pide a los pacientes identificarlos y aprender formas de contrarrestarlos. Tales técnicas incluyen la sustitución de los pensamientos automáticos con otros realistas y objetivos a través de técnicas conductuales e identificando y cuestionando los supuestos que subyacen a los pensamientos. El objetivo del componente cognitivo de esta terapia es identificar y reestructurar los esquemas negativos que determinan las percepciones del paciente (6).

### **TRATAMIENTO COMBINADO: PSICOTERAPIA Y PSICOFÁRMACOS**

La práctica de combinar la farmacoterapia y la psicoterapia como tratamiento de los pacientes con trastornos mentales es un abordaje terapéutico frecuente. La formación del psiquiatra en México incluye, además de la psicofarmacología, neuroanatomía, neurobiología, bioquímica, genética y otras materias biológicas, los aspectos teóricos y prácticos (supervisión) de la psicoterapia.

En el modelo diátesis estrés de las enfermedades mentales, queda establecida la importancia tanto de los factores genéticos (y por ende los biológicos) y la trascendencia de los eventos de la vida, tempranos y actuales. En la mayoría de los casos, la combinación de estas dos modalidades resulta más efectiva y benéfica que usar cada modalidad por separado (7).

El artículo de la Dra. Cecilia Carral y del Dr. David López Garza resulta muy actual para entender los efectos que la pandemia ha tenido en nuestra salud mental (8).



## FUENTES

1. Holmes E.A., Ghaderi A. *et al.* The Lancet Psychiatry Commission on psychological treatments research in tomorrow's science. *Lancet Psychiatry* 2018; 3: 237-286.
2. Tadmon D. & Olfson M. Trends in outpatient psychotherapy provision by U.S. psychiatrists: 1996-2016. *American Journal of Psychiatry* 2022; 179, 110-121.
3. Black D.W. & Andreasen N.C. *Introductory Textbook of Psychiatry*. 7th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2021.
4. Dewan M.J., Steenberg B.N. & Greenberg R.P. Brief Psychotherapies. En Weiss-Roberts L. *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2019, 899-924.
5. Bleiberg K.L. & Markowitz J.C. Interpersonal Psychotherapy for Depression. En Barlow, D.H. (editor). *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step-by-Step Treatment Manual*. New York, NY: The Guilford Press; 2021, 317-338.
6. Young J.E, Ward-Ciesielski E.F., Rygh J.L. & Beck A.T. Cognitive Therapy for Depression. En Barlow, D.H. (editor). *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step-by-Step Treatment Manual*. New York, NY: The Guilford Press; 2021, 257-316.
7. Riba M.B. & Balon R. *Competency in Combining Pharmacotherapy and Psychotherapy. Integrated and Split Treatment*. First edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association, Inc.; 2005.
8. Carral C. & López-Garza D. Farmacoterapia combinada con psicoterapia. Una propuesta para el tratamiento de síntomas y trastornos mentales en la pandemia por COVID-19 y previos a ésta en México. *Revista APM Asociación Psiquiátrica Mexicana* Vol. 2 No. 3. Julio - Septiembre 2022, 17.



# Farmacoterapia combinada con psicoterapia. Una propuesta para el tratamiento de síntomas y trastornos mentales en la pandemia por COVID-19 y previos a ésta en México

Dra. Cecilia Carral Carrasco\*, Dr. David López Garza\*\*

.....  
\*Anestesióloga, Centro Médico ABC y Hospital Ángeles de las Lomas

\*\*Psiquiatra Emérito Centro Médico ABC  
.....

## RESUMEN

**O**bjetivo: revisar el uso combinado de farmacoterapia y psicoterapia para los trastornos mentales de la pandemia COVID-19 y los trastornos mentales previos a la pandemia.

Metodología: búsqueda de metanálisis con las palabras clave «farmacoterapia combinada con psicoterapia» basadas en evidencias empíricas y «farmacoterapia combinada con psicoterapia basada en la práctica clínica», para los trastornos mentales de la pandemia por COVID-19 y los trastornos mentales comunes previos a la pandemia, en la base de

datos PubMed de la Biblioteca Nacional del gobierno de los EUA.

Resultados: Se encontraron seis metanálisis, cuatro de depresión, uno de estrés postraumático y otro de abuso y dependencia de alcohol y drogas, que incluyeron cerca de 40,000 pacientes adultos, adolescentes y niños. Tomados en conjunto, estos metanálisis permiten afirmar que la farmacoterapia y la psicoterapia tienen la misma efectividad y el tratamiento combinado de ambos tiene mayor efectividad que cada uno por separado. De artículos basados en la práctica clínica encontramos dos artículos con cerca de 500 pacientes. Los autores

muestran su experiencia personal en la práctica clínica de la farmacoterapia combinada con terapia cognitivo-conductual y psicodinámica durante más de 20 años.

Conclusiones: la farmacoterapia combinada con cualquier psicoterapia basada en evidencias y en la práctica clínica es efectiva para los síntomas y trastornos mentales de la pandemia por COVID-19 y los trastornos mentales comunes previos a ésta.

## INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 ha producido un grave impacto en la salud mental de la población general y del personal de salud en todos los países afectados. La estimación de los colaboradores en salud mental de la COVID-19 reportan un incremento global del 27.6% en el trastorno depresivo mayor y de 25.6% en los trastornos de ansiedad (1). En otro reporte de estudios de la población general de China, Japón, Italia, EUA, Turquía, India, España, Grecia y Singapur, la prevalencia de síntomas de ansiedad fue de 32.6%, depresión 27.6%, insomnio 30.3% y estrés postraumático 16.7% (2).

En México, los síntomas de ansiedad y depresión en la población general se encontraron en 20.8% y 27.5%, respectivamente (3). El 30% de los niños y adolescentes presentaron cambios del estado de ánimo (4). Los trabajadores de la salud en servicios no COVID-19 presentaron insomnio (45.7%), depresión (37.4%), síntomas de estrés postraumático (33.9%), ansiedad y somatización (21.3%), y los trabajadores de la salud en primera línea de servicios de pacientes con COVID-19: insomnio (52.4%), depresión (43.4%), síntomas de estrés postraumático (40.3%), y ansiedad y somatización (26.1%) (5).



Estos trastornos requieren atención urgente, por lo que los expertos recomiendan tratamientos combinados de farmacoterapia y psicoterapia en la atención de salud mental pública en caso de pandemias, desastres naturales, violencia social y otras crisis humanitarias.

## MÉTODO

Se hizo una revisión de los metanálisis registrados en la base de datos PubMed de la Biblioteca Nacional del gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica usando las palabras clave «farmacoterapia combinada con psicoterapia» para los trastornos mentales de la pandemia por COVID-19 y los trastornos mentales comunes previos a ésta (depresión,



ansiedad, estrés postraumático, dependencia de alcohol, trastorno por déficit de atención y trastorno de conducta en niños). Recuperamos siete metanálisis con cerca de 54,000 pacientes. Las evidencias de la práctica clínica de los autores se mencionarán más adelante. Además, se agregan los principios de la psicoterapia dinámica interpersonal breve manualizada del sistema de salud del Reino Unido.

## RESULTADOS

La práctica basada en evidencias de la investigación empírica recomienda seguir los resultados de los estudios controlados aleatorizados (ECA) y los metanálisis y revisiones sistemáticas, por lo que primero se presentan estos estudios y luego las

evidencias de la práctica clínica, incluyendo la de los autores.

## EVIDENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

### *Trastornos depresivos*

El tratamiento de los trastornos depresivos y de la conducta suicida en niños, adolescentes y adultos sigue siendo un gran reto de la salud mental pública y para los profesionales encargados de su atención, por lo que se presenta primero un metanálisis sobre los resultados del tratamiento combinado (fármacos y psicoterapia) en los trastornos depresivos.

En 58 ensayos clínicos realizados en 9,301 pacientes mayores de 18 años con trastornos depresivos tratados por médicos generales con farmacoterapia, psicoterapia y su combinación, se observó que la psicoterapia sola y los antidepresivos solos fueron significativamente más efectivos que la lista de espera y el placebo, sin encontrar diferencia significativa entre los dos tratamientos, siendo el tratamiento combinado más efectivo que la psicoterapia. También se observó mayor efectividad del tratamiento combinado sobre la farmacoterapia, aunque sólo en estudios de bajo sesgo, y en los que la psicoterapia fue terapia cognitivo conductual (TCC) (6).

En 150 ECA de adultos con 29,879 participantes con trastornos depresivos, la psicoterapia y la farmacoterapia tuvieron resultados moderados similares en el funcionamiento y calidad de vida. Al ajustar los resultados para publicación, la psicoterapia fue mejor y la combinación aún más efectiva (7).

En el metanálisis de 71 ECA con 9,510 pacientes de trastornos depresivos en niños y adolescentes, los resultados indicaron que la fluoxetina sola y su combinación con TCC fueron las opciones más efectivas; la psicoterapia interpersonal fue más efectiva que la TCC y la psicoterapia psicodinámica (8).

### *Trastornos de ansiedad*

El trastorno de estrés postraumático, previamente clasificado como un trastorno de ansiedad, en 12 ECA con 922 pacientes no se encontraron diferencias significativas entre los dos tratamientos, aunque fue más efectivo el combinado. En el seguimiento, la psicoterapia tuvo mejores resultados que el tratamiento farmacológico. Tampoco hubo diferencias significativas en la aceptabilidad o deserciones entre los tres tratamientos (9).

En cuanto a los trastornos de ansiedad, la ansiedad y las somatizaciones por temor al contagio o estar contagiado con COVID-19 y el aislamiento voluntario son muy frecuentes en niños, adolescentes y adultos. En 115 ECA con 7,719 niños de 9.2 años de edad en promedio con trastornos de ansiedad, los antidepresivos redujeron significativamente la ansiedad y permitieron la respuesta y remisión. La TCC fue mejor que la fluoxetina. La combinación de sertralina con TCC resultó mejor que los tratamientos administrados como monoterapia. El tratamiento con venlafaxina se acompañó de ideas suicidas. Se presentaron menos deserciones con TCC (10).

### *Trastorno por déficit de atención*

En cerca de 190 ECA con 26,114 niños con TDAH, la TCC sola o en combinación con estimulantes y no estimulantes (atomoxetina) fue más eficaz que el placebo. La TCC con estimulantes fue superior a esti-

mulantes y no estimulantes solos. Los estimulantes fueron superiores a la TCC y a los no estimulantes. La TCC con estimulantes fue la más aceptada. Los estimulantes y no estimulantes fueron bien tolerados. El metilfenidato, la anfetamina, la atomoxetina, la guanfacina y la clonidina fueron más eficaces que el placebo. El metilfenidato y la anfetamina fueron más eficaces que la atomoxetina y la guanfacina. El metilfenidato y la clonidina son más aceptados que el placebo y la atomoxetina. Los más eficaces tuvieron efectos secundarios como anorexia, pérdida de peso e insomnio (11).

### *Trastornos por abuso y dependencia de alcohol y drogas*

Los trastornos por consumo de alcohol y drogas antes y durante la pandemia por COVID-19, además de ser un problema en sí mismos, también son factores precipitantes de violencia doméstica hacia mujeres, niños y adultos mayores.

En 30 ECA de TCC con farmacoterapia para abuso y dependencia de alcohol y drogas, alcohol (15), cocaína (7) y opioides (6) en pacientes varones principalmente (88%), con edad promedio de 39 años tratados con naltrexona, y acamprosato, metadona o buprenorfina, naltrexona, disulfiram y otros, la TCC y la farmacoterapia combinadas resultaron benéficas, pero la TCC no fue superior a otras psicoterapias (12).

Los resultados de los metanálisis descritos, tomados en conjunto, confirman una efectividad similar de la farmacoterapia y la psicoterapia, y mejores resultados con tratamientos combinados para trastornos leves, moderados y graves, algunos tratados en los primeros niveles de atención por médicos generales o en equipos colaborativos de terapeutas, médicos y profesionales de la salud mental.



## EVIDENCIAS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE FARMACOTERAPIA COMBINADA CON PSICOTERAPIA

Otros artículos de PubMed acerca de la utilidad de la farmacoterapia y la psicoterapia de los trastornos mentales fueron los siguientes:

- En 276 adultos de 18 años y más en atención colaborativa de psicoeducación, medicación, activación conductual, prevención de recaída por trabajo social, con seis a 12 contactos en 14 semanas supervisados por psiquiatra, se observó una reducción significativa de las mediciones de depresión y satisfacción con el tratamiento (13).
- En pacientes entre 18 y 75 años con depresión resistente a antidepresivos, la TCC (12-18 sesiones) produjo una respuesta en el 46.1% versus 21.6% con el tratamiento habitual (14).

## DISCUSIÓN

La farmacoterapia combinada con psicoterapia es más efectiva que cada una por separado y los dos tratamientos solos son igualmente efectivos en el tratamiento agudo. En algunos estudios se

reporta que, en el largo plazo y para prevenir las recaídas y recurrencias, es más efectiva la psicoterapia aplicada por especialistas en psiquiatría y médicos generales, según los estudios basados en evidencias de la investigación empírica y de la práctica clínica.

El primer metanálisis de la efectividad de la terapia psicológica combinada con farmacoterapia en el tratamiento de trastornos depresivos por médicos generales es de gran trascendencia, porque en países de alto, mediano y bajo ingreso los tratamientos conducidos sólo por psiquiatras y sólo por psicoterapeutas no han disminuido significativamente la incidencia y prevalencia de los trastornos depresivos, los cuales ocupan el segundo lugar en la discapacidad laboral en el mundo. Otro valor del estudio es que, en trabajos previos del investigador principal, se ha probado que en el corto plazo todos los tipos de psicoterapia tienen la misma efectividad, con muy pequeñas diferencias (15, 16).

El segundo metanálisis de niños con depresión mayor, depresión bipolar y depresión psicótica, desde la edad de tres hasta los 18 años de edad, llega a las mismas conclusiones de mejores resultados con tratamientos combinados de farmacoterapia y psicoterapia. Lo mismo se puede afirmar del trata-



miento del estrés postraumático, de los trastornos de ansiedad, del trastorno por déficit de atención y de los trastornos por consumo de sustancias (alcohol y drogas).

De importancia para la práctica clínica es la utilidad de tratamientos combinados colaborativos y con mediciones de cada sesión, donde mejoran notablemente los pacientes con depresión moderada y depresión resistente al tratamiento, condición que en muchos casos requiere el uso de la estimulación magnética transcraneal, la terapia electroconvulsiva, la infusión intravenosa de ketamina, el spray nasal de esketamina o la estimulación cerebral profunda con electrodos dentro del cerebro.

El conocimiento de lo presentado puede no coincidir con los resultados del profesional que sólo sigue las guías de práctica clínica, porque éstas se actualizan siempre con más de cinco años de intervalos y en general se refieren a las clases de medicamentos y no a cada psicofármaco en particular. Lo mismo ocurre con las psicoterapias, que están en constante revisión y actualización (17).

Otra reserva que debe tenerse es sobre los artículos con estudios de resultados de los nuevos y los viejos antidepresivos y en la casi ausencia de artículos con resultados negativos. Para esto es recomendable revisar las investigaciones conducidas por la FDA, consideradas el estándar de oro de los estudios de eficacia de los medicamentos (18).

En cuanto a la efectividad de las psicoterapias, ya mencionamos que en el corto plazo todos los tipos de terapias tienen resultados similares en cuanto a reducción de síntomas y mejoría de la calidad de vida de casi todos los trastornos mentales, sin embargo, hay muy poca investigación en cuanto a

preferencia de resultados por los pacientes, resultados negativos y costos (19). El mayor proyecto de aprovechamiento de la psicoterapia es el programa del sistema de salud del Reino Unido, llamado en inglés Improving Access to Psychological Therapies (IAPT), en el que, en los más de diez años de establecido, han atendido gran cantidad de pacientes.

## FUENTES

1. Daly M. & Robinson E. Depression and anxiety during COVID-19. *Lancet*. 2022 Feb 5; 399(10324):518.
2. Xuerong L., Mengyin Z., Rong Z. *et al*. Public mental health problems during COVID-19 pandemic: a large-scale meta-analysis of the evidence. *Transl Psychiatry* 2021; 11:384.
3. Galindo-Vázquez O., Ramírez-Orozco M., Meneses-García A. *et al*. Symptoms of anxiety, depression and self-care behaviors during the COVID-19 pandemic in the general population. *Gac Med Mex*. 2020; 156(4):298-305.
4. Reséndiz-Aparicio J.C. How the COVID-19 contingency affects children. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2021; 78(3):216-224.
5. Robles R., Medina-Mora M.E. & Madrigal de León E.Á. Mental Health Problems among COVID-19 Frontline Healthcare Workers and the Other Country-Level Epidemics: The Case of Mexico. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 19(1):421. doi: 10.3390/ijerph19010421.
6. Cuijpers P., Oud M., Karyotaki E. *et al*. Psychologic Treatment of Depression Compared With Pharmacotherapy and Combined Treatment in Primary Care: A Network Meta-Analysis. *Ann Fam Med* 2021; 19:262-270.

7. Kamenov K., Twomey C., Cabello M. *et al.* The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: a meta-analysis. *Psychol Med.* 2017; 47(3):414-425.
8. Xinyu Z., Teng T. & Peng X. Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2020; 7(7): 581-601.
9. Merz J., Schwarzer G. & Gerger H. Comparative efficacy and acceptability of pharmacological, psychotherapeutic, and combination treatments in adults with posttraumatic stress disorder: A network meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2019; 76(9):904-913.
10. Wang Z., Whiteside S.P.H., Sim L. *et al.* Comparative effectiveness and safety of cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for childhood anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2017; 171(11):1049-1056.
11. Catalá-López F, Hutton B., Núñez-Beltrán A. *et al.* The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PLoS One.* 2017; 12(7): e0180355.
12. Ray L.A., Meredith L.R., Kiluk B.D. *et al.* Combined pharmacotherapy and cognitive behavioral therapy for adults with alcohol or substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2020; 3(6): e208279.
13. Richards D.A., Hill J.J. & Gask L. Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2013; 347:f4913.
14. Wiles N., Thomas L., Abel A. *et al.* Clinical effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy CoBaT randomised controlled trial. *Health Technology Assess.* 2014; 18(31):1-167, VII-VIII.
15. Cuijpers P., Quero S., Dowrick C. & Arroll B. Psychological treatment of depression in primary care: recent developments. *Curr Psychiatry Rep.* 2019; 21(12):129.
16. Cuijpers P., Karyotaki E., de Wit L. & Ebert D.D. The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: a meta-analytic review. *Psychother Res.* 2020; 30(3):279-293.
17. Luo Y., Ostinelli E.G., Sahker E. *et al.* Antidepressant prescriptions have not fully reflected evolving evidence from cumulative network meta-analyses and guideline recommendations. *J Clin Epidemiol.* 2021; 133:14-23.
18. Turner E.H., Cipriani A., Furukawa T.A. *et al.* Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy: Updated comparisons and meta-analyses of newer versus older trials. *PLoS Med.* 2022; 19(1): e1003886.
19. Cuijpers P. Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: an overview. *World Psychiatry* 2019; 18:276-285.
20. Wakefield S., Kellett S., Simmonds-Buckley M. *et al.* Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence. *Br J Clin Psychol.* 2021 Mar; 60(1):1-37.







# Malestar emocional en pacientes con aislamiento hospitalario por SARS-CoV-2

Dr. José Luis Jiménez-López\*, Dra. Magali Ivonne Pérez-García\*,  
Lic. Marcela Miranda-Delgado\*\*

.....  
\*Médico especialista en Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría y Psicología, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México

\*\*Licenciada en Psicología. Departamento de Psiquiatría y Psicología, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México  
.....

## RESUMEN

**I**ntroducción. Se ha descrito que los pacientes en aislamiento hospitalario debido al SARS-CoV-2 presentan síntomas de malestar emocional como soledad, ira, ansiedad, depresión, insomnio y estrés postraumático, atribuidos directamente al aislamiento.

**Objetivo.** Conocer si el malestar emocional de los pacientes hospitalizados por COVID-19, explorados cara a cara por personal especializado en salud mental, coincide con los reportes internacionales obtenidos a distancia.

**Material y Métodos.** Estudio cualitativo (análisis de contenido), retrospectivo y transversal que uti-

lizó las notas médicas psiquiátricas y psicológicas (unidades de análisis) de pacientes hospitalizados en área COVID. Tres investigadores codificaron y analizaron de forma independiente los diferentes tipos de malestar emocional mencionados y los motivos referidos (unidades de registro). Se discutieron los hallazgos y las diferencias informadas entre los investigadores.

**Resultados.** El malestar emocional de los pacientes evaluados coincide con lo reportado en otros estudios, principalmente ansiedad e insomnio. Se identificaron dos categorías emergentes de motivos del malestar: la preocupación por su familia y la incertidumbre sobre la evolución de la enfermedad, que no se menciona como una causa específica de malestar en otros estudios.

Conclusión. Esta hipótesis sobre motivos específicos para el malestar emocional debe estudiarse con diseños prospectivos porque, de confirmarse, permitirá a los profesionales de la salud mental proporcionar intervenciones psicológicas específicas que mitiguen el malestar y contribuyan a mejorar el pronóstico de la enfermedad.

**Palabras clave:** SARS-CoV-2, COVID-19, aislamiento, angustia psicológica, salud mental.

## INTRODUCCIÓN

La emergencia médica global de la pandemia por COVID-19 se convirtió rápidamente en una emergencia también para la salud mental. La intolerancia a la incertidumbre es el mecanismo mental básico que subyace tanto al desarrollo de los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y psicóticos, la generación de defensas psicológicas (por ejemplo, la evitación), así como de conductas mal adaptativas, incluyendo la agresión y las conductas suicidas (1). Al mismo tiempo, los altos niveles de miedo y estrés afectan negativamente a las personas con afecciones de salud mental preexistentes exacerbando su sintomatología, ocasionando recaídas y actuando como un factor desencadenante de nuevos casos de trastorno mental. Estas consecuencias para la salud mental han sido particularmente severas, no sólo para los pacientes gravemente enfermos por COVID-19, también para los profesionales de la salud que deben soportar la peor parte de la crisis (2).

En el estudio sobre trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por coronavirus en China (3) se describen altos niveles de depresión (50%), ansiedad (45%), insomnio (34%) y angustia (71.5%). Wu, Chan y Ma (4) y Xiang *et al.*

(2), por otro lado, mencionan que los pacientes pueden experimentar soledad, ira, ansiedad, depresión, insomnio y síntomas de estrés postraumático, producto del aislamiento. Los pacientes hospitalizados con SARS-CoV-2 clínicamente estables fueron evaluados por Bo *et al.* (5), encontrando estrés postraumático en el 96.2% antes del egreso hospitalario.

Si bien existen ramas médicas (neumología, infectología, medicina interna, epidemiología, salud pública) prioritarias para enfrentar los desafíos impuestos por la pandemia por COVID-19, la psiquiatría y la psicología no están menos involucradas; aunque pueda parecer que están en la periferia de la respuesta médica, hay cuestiones críticas que deben abordarse también en estos frentes.

La primera estrategia de atención recomendada se basa en las telecomunicaciones, ya que la atención presencial conduciría a la propagación de la infección. Los servicios de salud de todo el mundo han incorporado la telemedicina a través de visitas por video, lo que también ha ampliado el acceso a la atención psiquiátrica y psicológica (6, 7).

Otra estrategia fue la creación de servicios de atención psicológica las 24 horas del día para abordar los efectos emocionales del estrés, debido a las circunstancias atípicas en las que trabaja el personal sanitario, y para apoyar a los familiares de las personas hospitalizadas (8).

Li (9) informó que las «Unidades Psiquiátricas COVID-19-Positivo» se crearon en Corea para atender a pacientes con enfermedades mentales que requieren hospitalización, pero se desconoce cuántos están abiertos actualmente, dónde se encuentran y cómo funcionan.



Finalmente, se ha recomendado crear equipos específicos de salud mental para la atención de diferentes grupos durante la pandemia, siendo China el primer país en publicar sus *Principios de Intervención Psicológica en Crisis por COVID-19* (10, 11). Sin embargo, Xiang *et al.* (2) afirman que las necesidades de salud mental de los pacientes con COVID-19 confirmado y con sospecha de infección, los familiares en cuarentena y el personal médico, se han visto afectadas por problemas en la organización y gestión de las actividades de intervención psicológica, principalmente por operar de forma independiente y por la escasez de psiquiatras y psicólogos (12). Por otro lado, bajo estrictas medidas de protección, el personal de psiquiatría y psicología se considera no esencial, por lo que se desaconseja su entrada en salas de aislamiento para pacientes con SARS-CoV-2, de tal manera que los trabajadores sanitarios de primera línea se convierten en el personal que proporciona intervenciones psicológicas a los pacientes en los hospitales. Para las personas con sospecha de infección que están en cuarentena o en el hogar, el

personal de los servicios de salud comunitarios debe proporcionar atención médica primaria y atención de salud mental.

Aunado a lo anterior, la falta de formación estandarizada en psiquiatría y psicología clínica del personal médico y paramédico de primer contacto ocasionan que no siempre sepan cómo mitigar el malestar psicológico de los pacientes. Una característica de los estudios sobre el estado emocional de los enfermos por COVID-19 es que se han realizado de forma remota (con encuestas *online* o telefónicas y teleconsultas). Los investigadores atribuyen el malestar emocional al aislamiento o a la separación de la familia (5, 13).

El objetivo de este estudio fue conocer si las alteraciones emocionales, y sus causas, de pacientes ingresados en un área de hospitalización por COVID-19 obtenidas cara a cara y por profesionales de la salud mental coinciden con lo reportado en estudios realizados a distancia.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio realizado en una Unidad Médica de Alta Especialidad de la Ciudad de México, reconvertida a hospital híbrido con la finalidad de mantener la hospitalización para padecimientos no COVID (80% COVID, 20% no COVID), fue retrospectivo, transversal e incluyó los registros médicos electrónicos de pacientes evaluados entre el 27 de mayo de 2020 y el 10 de marzo de 2021. La muestra estuvo compuesta por enfermos hospitalizados en área COVID y que fueron evaluados por profesionales de la salud mental (psiquiatra y psicóloga) de acuerdo con los siguientes criterios: 1) mayores de 18 años, 2) ambos sexos, 3) sin trastorno mental y 4) sin impedimento para entablar comunicación verbal con el personal de salud (intubación, negativa a la consulta psiquiátrica o psicológica).

Dado que la estrategia inductiva es la que permite la comprensión de las experiencias en un entorno específico, se utilizó el método de investigación cualitativa (análisis de contenido) para conocer las experiencias individuales de personas aisladas en un área de hospitalización por COVID (14) a partir de la observación participativa mediante conversación con pacientes (observador interno) (15).

Las unidades de contexto fueron los expedientes electrónicos y las unidades de registro del malestar emocional reportado en las notas médicas (unidades de análisis). De acuerdo con las experiencias emocionales en pacientes aislados reportadas por Wu *et al.* (4) y Xiang *et al.* (2) y las intervenciones recomendadas en diferentes grupos durante la pandemia por COVID-19 en China (10), se desarrolló una categoría temática con sus unidades de registro iniciales que se presentan en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Categoría temática inicial

Categoría	Unidades de registro
Malestar emocional	Miedo
	Preocupación
	Enojo
	Soledad
	Tristeza
	Insomnio

**Fuente:** elaboración propia a partir de los estudios de Wu *et al.* (2005); Xiang *et al.* (2020) y Dong & Bouey (2020).



Cada investigador dio una lectura cuidadosa de las notas médicas, por separado y con la libertad de usar la codificación preferida (la codificación hecha a mano fue privilegiada para mantener la proximidad al texto —resaltar, subrayar, notas al margen, etc.). Se prestó especial atención a las frases descritas literalmente (seguidas de *sic*). Se discutieron los análisis individuales y las diferencias existentes.

Para mantener la privacidad y confidencialidad del paciente, sólo se imprimieron notas de evaluación psiquiátrica o psicológica (unidades de análisis) y se registraron algunos datos sociodemográficos (edad, sexo y días de estancia). Este estudio fue calificado como libre de riesgos por los comités locales de investigación y ética.

## RESULTADOS

Se evaluaron 247 pacientes, principalmente hombres (55%), con una edad promedio de 54 años, estancia media de siete días y con malestar emocional prevalente que coincide con lo reportado en otros estudios: preocupación, tristeza e insomnio.

La mayor preocupación reportada estaba relacionada con la familia, era su deseo saber cómo estaba,

si estaban informados, si no estaban infectados, si estaban bien, como dijo un hombre con diez días de internamiento: «Me preocupa mi familia porque no sé cómo están»».

Esta preocupación era más común cuando había niños en la familia; un hombre de 46 años con seis días de internamiento comentó: «Me preocupa que no pueda ver o saber cómo están mis hijos». Debido a la recurrencia de esta molestia en las notas médicas evaluadas, se consideró como categoría emergente.

Otra preocupación recurrente fue la falta de información sobre la evolución que seguiría la enfermedad, la mayoría expresó no saber qué esperar; esta fue otra categoría emergente llamada «incertidumbre sobre la enfermedad» (sensación de seguir la evolución de los que murieron). Un paciente con nueve días de internamiento lo expresó de la siguiente manera: «Esto es muy difícil, pensar en empeorar y morir, me desespera».

En la Tabla 2 se presentan los porcentajes de las unidades de registro y las categorías emergentes. Cabe mencionar que algunos pacientes reportaron más de un malestar.

**Tabla 2.** Frecuencia de las unidades de registro y categorías emergentes

Unidades de registro	n	%	Categorías emergentes
Preocupación	98	41.5	Malestar emocional por falta de noticias acerca de la familia
Tristeza	48	20.3	
Insomnio	27	11.4	
Desesperanza y sensación de mal pronóstico	26	11	Malestar emocional por la incertidumbre sobre la enfermedad
Miedo	23	9.7	
Enojo	11	4.6	
Soledad	3	1.2	
Total	236	100	

**Fuente:** notas médicas archivadas en el Departamento de Psiquiatría y Psicología de la unidad médica.

Aunque las referencias a la preocupación por los niños en la familia eran frecuentes, no era posible saber si aquellos que reportaban sólo preocupación por la familia no tenían hijos entre sus miembros. Esto provocó diferentes interpretaciones entre los investigadores, pero se acordó incluirlo como un hallazgo importante que requiere confirmación, porque podría ser un factor de riesgo para el malestar emocional.

Sesenta y dos pacientes (25%) se reportaron sin malestar y con expectativas positivas de pronta recuperación; uno de ellos comentó: «Me siento bien, no tengo síntomas, sé que estoy bien y entiendo el aislamiento».

Del análisis de la experiencia personal de la psiquiatra y la psicóloga, destaca la apreciación espontánea y positiva en 80%-90% de los pacientes al final de la evaluación, por haberlos escuchado y orientado sobre la utilidad del aislamiento y, en algunos casos, por servir como vehículo de comunicación con la familia (lectura de cartas enviadas por sus seres queridos).

## DISCUSIÓN

Los resultados indican que la consulta en persona por parte de profesionales de la salud mental puede proporcionar información más precisa sobre las razones del malestar emocional. Se puede pensar que

los sentimientos de soledad, miedo, ansiedad y estrés son universales, pero no se puede decir lo mismo de las causas hasta que se exploren directamente. La preocupación por la familia que queda fuera del hospital y la incertidumbre sobre la evolución de la enfermedad pueden ser condicionantes del malestar emocional. Esta hipótesis merece ser estudiada porque, de confirmarse, sugeriría que es importante informar al paciente sobre el estado general de su familia, de la misma manera que se hace con los familiares sobre el estado de salud del paciente, así como notificar al paciente sobre los posibles resultados de la enfermedad. No fue raro que los pacientes pensarán que morirían igual que los que ya habían fallecido.

Alsaigh (16) hace referencia a los informes anecdóticos de pacientes y familiares en Estados Unidos relativos a que los servicios de videochat ayudan un poco, pero son inadecuados para aliviar las consecuencias del aislamiento físico.

Un dato interesante fue que el 25% no refirió malestar emocional (suele pensarse que, por las condiciones de aislamiento por esta enfermedad en particular, necesariamente los pacientes lo sufren). Informar a los enfermos, familiares y al público en general sobre la existencia de personas contagiadas que no sufren malestar emocional podría ayudar en algo a liberarlos del estigma que los rodea.



Una limitación del estudio es el diseño retrospectivo, sin embargo, la descripción cualitativa utilizada en las notas revisadas permitió una buena aproximación a lo estudiado.

## CONCLUSIONES

Si bien hay muchas formas en que la salud mental puede verse afectada negativamente por una pandemia, este estudio sugiere que la mayoría de las personas en aislamiento hospitalario por SARS-COV-2 sufren de preocupación por desconocer cómo se encuentra su familia y por la incertidumbre que les genera la enfermedad.

La evaluación presencial por psiquiatras y psicólogos clínicos de pacientes en aislamiento por COVID-19 puede complementar las estrategias de atención remota y aportar información más precisa sobre los motivos del malestar emocional, lo que permitiría intervenciones más efectivas; disminuir estas molestias podría tener repercusiones significativas, dada la conocida influencia del estado emocional sobre el sistema inmune, y no es posible saber hasta qué punto puede cambiar la historia de la enfermedad.

Debido a la ausencia de profesionales de la salud mental en las áreas de aislamiento, la atención se centra en los aspectos médicos de la enfermedad, dejando pocas posibilidades para conocer el estado psicológico de los pacientes.

Los resultados de este estudio confirman que la salud mental es tan importante como la física. Un equipo compuesto por personal de psiquiatría y psicología debe ser un principio básico para hacer frente al malestar emocional y a los trastornos mentales

causados por epidemias y otras emergencias de salud pública.

## FUENTES

1. Flores A., López F.J., Vervliet B. & Cobos P.L. Intolerance of uncertainty as a vulnerability factor for excessive and inflexible avoidance behavior. *Behaviour Research and Therapy* 2018; *104*, 34–43. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.008>
2. Xiang Y.T., Yang Y. *et al.* Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry* 2020; *7*(3), 228-229. [doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8).
3. Lai J., Ma S. *et al.* Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open* 2020; *3*(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.
4. Wu K.K., Chan S.K. & Ma T.M. Posttraumatic stress after SARS. *Emerging Infectious Diseases* 2005; *11*(8), 1297-1300. <https://doi.org/10.3201/eid1108.041083>.
5. Bo H.X., Li W. *et al.* Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine* (2021); *51*(6), 1052–1053. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000999>
6. Liu S., Yang L. *et al.* Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet. Psychiatry* 2020; *7*(4), e17–e18. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8).



7. Torous J. & Wykes T. Opportunities from the coronavirus disease 2019 pandemic for transforming psychiatric care with telehealth. *JAMA Psychiatry* (2020); 77(12), 1205-1206. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1640>
8. COVID-19 en España: las 12 claves que han convertido al hospital de Ifema en un referente. *Medscape*, 28 de abril de 2020.
9. Li L. (2020). Planning for a psychiatric COVID-19-positive unit. *Clin Psychiatry News*. 2020. Recuperado de <https://www.mdedge.com/psychiatry/article/222331/coronavirus-updates/planning-psychiatric-covid-19-positive-unit>.
10. Dong L. & Bouey J. Public Mental Health Crisis during COVID-19 Pandemic, China. *Emerging Infectious Diseases* 2020; 26(7), 1616-1618. <https://doi.org/10.3201/eid2607.200407>
11. National Health Commission of China. Principles of the emergency psychological crisis interventions for the new coronavirus pneumonia. 2020. <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202001/6adc08b966594253b2b791be5c3b9467>.
12. Duan L. & Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry* 2020; 7(4), 300–302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
13. Lee S.A., Jobe M.C. & Mathis A.A. Mental health characteristics associated with dysfunctional coronavirus anxiety. *Psychological Medicine* 2020; 1-2. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S003329172000121X>.
14. Hernández-Sampieri R., Fernández-Collado C. & Baptista-Lucio P. *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana, 2008.
15. Ulin P.R., Robinson E.T. & Tolley E.E. *Qualitative Methods in Public Health: A Field Guide for Applied Research*. San Francisco, California, Estados Unidos: Jossey-Bass, 2005.
16. Alsaigh T. Let's stop the draconian visiting restrictions. *Medscape*, May 27, 2020.



# Tratamiento de los síntomas psiquiátricos del síndrome post-COVID. Revisión rápida y reporte breve de casos

Dr. David N. López Garza\*, Dra. Cecilia Carral Carrasco\*\*

.....  
\*Psiquiatra Emérito. Centro Médico ABC

\*\*Anestesióloga Cardiovascular. Centro Médico ABC, Hospital  
Ángeles de las Lomas  
.....

## RESUMEN

Se presenta una revisión rápida del tratamiento de los síntomas psiquiátricos del síndrome post-COVID con tres casos breves tratados de urgencia con éxito. Las búsquedas de literatura sobre el tema lo hicimos en la base de datos PubMed de la Biblioteca Nacional de Gobierno de los EUA, donde encontramos varios metanálisis, estudios cerebrales de neuroimágenes, un reporte de 100 autopsias de personas fallecidas por SARS-CoV-2, «Guía Rápida del COVID-19: Manejo del efecto a largo plazo del COVID-19» y «Folleto ilustrado para post-COVID-19» del Instituto Nacional de Salud del Reino Unido.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome post-COVID, también llamado Condición post-COVID o COVID largo, se caracteriza

por síntomas y signos que aparecen durante o después de 12 semanas de la infección por COVID-19, no explicables por un diagnóstico alternativo, en general con fatiga, disnea, alteraciones cognitivas y discapacidad funcional leves, moderadas o graves. Los síntomas se sobreponen, fluctúan y cambian al paso del tiempo y pueden afectar cualquier sistema del organismo (1).

La prevalencia del síndrome post-COVID se ha estimado en forma indirecta y algunos investigadores consideran que lo pueden desarrollar del 10% al 30% de casos de infección asintomática o sintomática de COVID (2). La OMS informó el 18 de mayo de 2022 (<https://covid19.who.int>) que en el mundo había 520,372,492 casos confirmados, incluyendo 6,270,232 muertes, y en México 5,752,441 casos confirmados y 324,617 muertes por COVID-19, por lo que si calculamos que el 10% de casos confirmados tienen un curso crónico hacia el síndro-



me post-COVID, en México habría 575,244 (el 30% sería 1,725,732) personas con este síndrome de distinta gravedad y grados de discapacidad que requieren atención por el médico general, especialistas y equipos multidisciplinarios.

## EPIDEMIOLOGÍA

Un metanálisis de 63 estudios de prevalencia (publicados hasta octubre 2021) de síntomas persistentes del SARS-CoV-2 con una población de 257,348 personas, encontró fatiga en 32%, disnea en 25%, insomnio en 24% y dificultad para concentrarse en 22% entre los 3 a 6 meses del seguimiento; intolerancia al esfuerzo en 45%, fatiga en 36%, insomnio en 29% y disnea en 25% entre los 6 a 9 meses; fatiga 37% y disnea 21% entre 9 a 12 meses; y fatiga 41%, disnea 31%, insomnio 30% y mialgias 22% después de los 12 meses (3).

En un metanálisis de 701 artículos que incluyeron 146,139 personas, se encontró que los síntomas de ansiedad tuvieron una prevalencia de 32.60%, la depresión 27.60%, insomnio 30.30% y trastorno de estrés postraumático 16.70% (4).

## SÍNTOMAS Y CURSO DE LA ENFERMEDAD

La infección por COVID puede ser asintomática o con síntomas leves, moderados o graves que requieran hospitalización, con riesgo de fallecer o empezar a remitir en días, semanas o prolongarse. Las formas clínicas son: 1) COVID-19 agudo (contagio-semana 4), 2) COVID-19 continuo (semanas 4-12), 3) síndrome post-COVID-19 (semana 12 en adelante). Una investigación observacional de 710 pacientes ambulatorios del noreste de Alemania con infección SARS-CoV-2 con PCR positiva mostró: asintomáticos: 4.9%, hospitalizados: 10%, falle-

cidos al llegar al hospital o poco después del alta: 25%. Pacientes ambulatorios: los síntomas aparecieron 2.3 días antes de la prueba PCR positiva. En los primeros tres días, fatiga 71.8%, artralgias y mialgias 56.8%, cefalea 55.1% y tos seca 51.8%. Al cuarto día, anosmia, ageusia, disnea y tos productiva. Anosmia y ageusia sólo el 18% el primer día, y del día 7 al 9, 49%. Síntomas de mal pronóstico: ageusia sin anosmia, disnea, náusea, vómito y fiebre. La fatiga duró una media de 12 días y la anosmia, disgeusia, disnea y tos más de 10 días. Los casos leves empezaron a remitir en cuatro días. Tener más de 60 años, EPOC, EVC, diabetes, enfermedad cardíaca y renal aumentaron el riesgo (5).

En el Reino Unido, de 2,320 pacientes con SARS-CoV-2 dados de alta del hospital, a los cinco meses sólo el 25.5% y al año 28.9% se sentían completamente recuperados. Al año, el 70% con síntomas tenía deterioro de la calidad de vida (6).

### *COVID agudo, síntomas comunes*

0-3 meses: tos, disnea, dolor torácico, palpitaciones, fatiga, fiebre, fallas de concentración y memoria, cefalea, insomnio, neuropatía periférica, mareo, delirium, dificultades de movilidad, alteraciones de la vista, dolor abdominal, náusea, vómito, diarrea, bajo apetito, pérdida de peso, artralgias, mialgias, tinnitus, otalgia, anosmia, disgeusia, congestión nasal, rash, caída de cabello, depresión, ansiedad y síntomas de estrés agudo y postraumático.

### *COVID-19 continuo, síndrome post-COVID*

3-6 meses: fatiga 32%, disnea 25%, insomnio 24%, dificultad para concentrarse 22%; meses 6-9: Intolerancia al esfuerzo 45%, fatiga 36%, insomnio 29%, disnea 25%; meses 9-12: fatiga 37%, disnea



21%; después de 12 meses: fatiga 41%, disnea 31%, insomnio 30%, mialgias 22% (3).

### **PRUEBAS SANGUÍNEAS, RADIOGRAFÍA (NO INDISPENSABLES)**

En disnea grave para descartar anemia; linfopenia, Proteína C Reactiva elevada, leucocitosis, péptido natriurético auricular tipo B (BNP); ferritina en estado protrombótico; troponina en enfermedad coronaria aguda o miocarditis; dímero-D en enfermedad tromboembólica; IL-6, IL-8 y factor alfa de necrosis tumoral; radiografía de tórax (vidrio esmerilado) en asintomáticos y sintomáticos.

### **NEUROIMÁGENES**

En el *Biobank* de Londres se estudiaron 785 participantes (51-81 años) con imágenes de resonancia magnética (IRM) en dos ocasiones, incluyendo 401 casos positivos al SARS-CoV-2 con 141 días entre el diagnóstico de positividad y el segundo IRM, y 384 controles. Hallazgos: 1) gran reducción del grosor de la materia gris en corteza orbitofrontal y giro parahipocampal; 2) grandes cambios en marcadores de daño tisular de regiones conectadas funcionalmente con la corteza olfatoria primaria y, 3) gran reducción del tamaño del cerebro en SARS-CoV-2 correlacionados con la afectación cognitiva por la diseminación a través de vías olfatorias, pérdida de estímulos por la anosmia y neuroinflamación (7).

### **AUTOPSIAS**

El Hospital Monte Sinaí de la ciudad de Nueva York reportó los hallazgos en las primeras 100 autopsias realizadas entre marzo y mayo 2020. Seis

autopsias con embolias pulmonares masivas; daño alveolar 90%; microtrombos y presencia de virus en muchos órganos y cerebro; valores anormales de coagulación y elevación de citoquinas IL-6, IL-8 y de la fracción alfa de necrosis tumoral, señales de hipercoagulabilidad, estado hiperinflamatorio y disfunción endotelial (8).

### **FISIOPATOLOGÍA**

El virus COVID-19 entra al organismo por vía respiratoria a través del nervio olfatorio al cerebro y por vía aérea a los pulmones, bronquios y alveolos pulmonares. La toxicidad viral directa con daño endotelial, lesión microvascular, hipercoagulabilidad, trombosis y microtrombosis, hiperinflamación al unirse a los receptores de la enzima 2 convertidora de la angiotensina ACE-2. Los síntomas de anosmia y ageusia aparecen primero que la disnea, tos y baja saturación de oxígeno. La anosmia se origina por destrucción neuronal de las vías olfatorias en la corteza orbitofrontal (fallas de concentración, depresión) y parahipocampal (fallas de memoria) por toxicidad directa y falta de estímulos olfatorios. Las trombosis, microtrombosis e isquemia en múltiples sitios cerebrales: tálamo (dolor, cefalea), hipotálamo (temperatura, palpitaciones, apetito), amígdala (ansiedad), hipófisis (inmunidad, fatiga) y tronco encefálico (ageusia) y otros sitios (9).

### **DIAGNÓSTICO**

1. Síntomas y signos de fatiga, disnea y fallas de concentración y memoria que aparecen durante o después de tres meses de la infección por COVID-19.
2. Pruebas sanguíneas con base en indicaciones clínicas específicas (no son indispensables). En



pacientes con disnea grave se requiere descartar anemia con biometría hemática; los casos graves agudos pueden tener linfopenia, Proteína C Reactiva en infecciones agudas, leucocitosis en la respuesta inflamatoria a la infección, Péptido natriurético auricular tipo B (BNP), neurohormona sintetizada en los ventrículos en sospecha de insuficiencia cardiaca, ferritina en estado protrombótico, troponina en enfermedad coronaria aguda o miocarditis y dimero-D en enfermedad tromboembólica; IL-6, IL-8 y factor alfa de necrosis tumoral.

3. Radiografía de tórax (vidrio esmerilado) inmediata en disnea grave o después de 12 semanas si persiste la disnea grave y falta de oxigenación.
4. Incluso en casos de COVID-19 asintomáticos puede presentarse el síndrome post-COVID.

## PRONÓSTICO

1. Aproximadamente del 10 al 30% de las personas que padecieron COVID-19 desarrollan síndrome post-COVID.
2. Muchos pacientes se recuperan espontánea aunque lentamente, con medidas generales, tratamiento sintomático, descanso en casa y aumento gradual de la actividad.
3. El uso de la oximetría en casa mejora el pronóstico.
4. El uso de diarios o Apps para registro de síntomas mejora el pronóstico.
5. Las indicaciones para evaluación por especialistas incluyen la gravedad, persistencia, incremento y recurrencia de síntomas respiratorios, cardiacos y neurológicos.



## **RESUMEN DEL MANEJO DEL SÍNDROME POST-COVID CON FOLLETO ILUSTRADO**

La mayoría de infecciones por COVID-19 tienen síntomas leves por siete a 14 días que se tratan con llamadas al médico, hidratación, paracetamol, descanso, pararse y moverse, uso de oxímetro y diario de síntomas. Llamar a Urgencias si aumenta la disnea, la saturación de oxígeno baja de 85, fiebre, desconcentración, dolor torácico.

Ayudas: posiciones y ejercicios de respiración con labios fruncidos caminando, mantener la calma, recordar que el oxígeno no quita la disnea; para tos seca, pequeños tragos de refresco, aspirar vapor de agua, miel con limón, deglutir saliva; para tos productiva, acostarse de cada lado para drenar flemas,

respiraciones profundas forzadas; para fatiga evitar escaleras, planear quehaceres paso a paso, pedir ayuda a vecinos, bañarse en silla; no ver noticias ni redes sociales, hablar con familiares; comer bien, dieta, ayuda para la compra; ejercicios de relajación (cinco cosas que puedo ver, cuatro que puedo sentir, tres que puedo oír, dos que puedo oler, una que puedo degustar), fisioterapia, ayuda psicológica para ansiedad y depresión.

## **TRATAMIENTOS DE SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS GRAVES DEL SÍNDROME POST-COVID-19 POR PSIQUIATRA/ ANESTESIOLOGA**

La elección de los fármacos para estos tratamientos se basa en evidencias de investigación (ensayos con-



trolados aleatorizados, metanálisis, revisiones sistemáticas) y de la práctica clínica (reporte de casos) que sustenten acciones efectivas de otros clínicos y de los autores de este artículo, con aceptación de los pacientes. Se han reutilizado en SARS-CoV-2. Así, dexametasona, de antiinflamatorio a inmunomodulador; ketamina, de anestésico general a anti-depresivo rápido; propranolol, de hipotensor a modulador de ansiedad, agresión y respuesta inmune; olanzapina, de antipsicótico a remedio del estrés agudo y postraumático; el modafinilo, de la narcolepsia a remedio de fatiga y alteración cognitiva; fluvoxamina, de antidepresivo a inhibidor del contagio del COVID-19; Eritropoyetina, de productor de glóbulos rojos a inductor de la neuroplasticidad; terapia hiperbárica, de la enfermedad por descompresión y heridas que no cicatrizan a la oxigenoterapia del daño cerebral por SARS-CoV-2.

1. Riesgo de suicidio, depresión mayor, ataques de pánico, estrés agudo y postraumático, insomnio total, debilidad, dolor, incapacitantes: dexametasona (10), infusión de ketamina (11), propranolol (12), celecoxib (13), olanzapina (14), modafinilo (15), y fluvoxamina (16).
2. Fatiga, fallas de concentración y memoria, dolor: modafinilo, infusión de ketamina.
3. 1+2, agregar eritropoyetina (17), terapia hiperbárica (18)

## CASOS DE URGENCIA

1. Mujer, 48 años; dos meses con depresión, ansiedad, cefalea, ideas suicidas; insomnio y debilidad casi total; amnesias parciales fluctuantes; gran baja de peso; infección COVID-19 con síntomas moderados cuatro meses antes. Tratamiento: dexametasona, in-

fusión de ketamina, propranolol, celecoxib, olanzapina, modafinilo, fluvoxamina. Remisión casi completa en 72 horas. Referencia al infectólogo.

2. Varón, 39 años, ocupación de alto estrés; infección COVID-19 con síntomas severos tratado en casa con paracetamol seis meses antes con remisión parcial, incapacitado para trabajar por cinco meses por depresión, ideas suicidas, ataques de pánico, mialgias, artralgias; debilidad e insomnio casi totales; anorexia, gran baja de peso. Tratamiento: propranolol, fluvoxamina, modafinilo, celecoxib, olanzapina. Remisión casi completa en 24-48 horas, referencia al internista de su seguro médico.
3. Varón, 29 años; cinco días antes, accidente de trabajo con estrés agudo excesivo; temblores gruesos, pánico continuo, anorexia completa, insomnio total, cefalea, hipertensión reactiva, incapacidad laboral. Tratamiento: dexametasona, propranolol, celecoxib, fluvoxamina, olanzapina. Remisión casi total en 12 horas. Referencia al internista de su seguro médico.

## REFERENCIAS

1. Munbit D., Olliaro P., Needham D. *et al.* Long COVID: aiming for a consensus. *Lancet Respir Med.* 2022; May 4.
2. Premraj L., Fraser J., Cho S.M. *et al.* Mid and long-term neurological and neuropsychiatric manifestations of post-COVID-19 syndrome: A meta-analysis. *J Neurol Sci.* 2022; Mar 15; 434:120162.
3. Alkodaymi M., Alkattan K., Tleyjeh I. *et al.* Prevalence of post-acute COVID-19 syndrome symptoms at different follow-up periods: a



- systematic review and meta-analysis. *Clinical Microbiology and Infection* 2022; 28, 657-666.
4. Liu X., Feng Z., Chen Z. *et al.* Public mental health problems during COVID-19 pandemic: a large-scale meta-analysis of the evidence. *Translational Psychiatry* 2021; 11:384.
  5. Schäfer E., Scheer C. *et al.* Course of disease and risk factors for hospitalization in outpatients with a SARS-CoV-2 infection. *Scientific Reports* 2022; 12:7249.
  6. The PHOSP-COVID Collaborative Group. Clinical characteristics with inflammation profiling of long COVID and association with 1-year recovery following hospitalization in the UK: a prospective observational study. Published online April 23, 2022 [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(22\)00127-8](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(22)00127-8)
  7. Douaud G., Nicholas T., Smith S. *et al.* SARS-CoV-2 is associated with changes in brain structure in UK Biobank. *Nature* 2022; Vol 604. 28 April. 697-713.
  8. Bryce C., Cordon-Cardo C., Fowkes M. *et al.* Pathophysiology of SARS-CoV-2: the Mount Sinai COVID-19 autopsy Experience. *Modern Pathology* 2021; 34:1456-1467.
  9. Kyonghwan Ch., Hyun Young Park, Myeong Ok Kim *et al.* Systematic Review of the Common Pathophysiological Mechanisms in COVID-19 and Neurodegeneration: The Role of Bioactive Compounds and Natural Antioxidants. *Cells* 2022 Apr; 11(8): 1298.
  10. Granholm A., Lange T., Perner A. *et al.* Long-term outcomes of dexamethasone 12 mg versus 6 mg in patients with COVID-19 and severe hypoxaemia. *Intensive Care Med.* 2022; 48(5): 580-589.
  11. Rosenblat L., Mansur R.B., McIntyre R.S. Real-world effectiveness of repeated ketamine infusions for treatment resistant depression during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res.* 2021 Sep; 303:114086.
  12. Hyoju S.K., Zaborina O. & van Goor H. SARS-CoV-2 and the sympathetic immune response: Dampening inflammation with antihypertensive drugs (Clonidine and Propranolol). *Med Hypotheses.* 2020 Nov; 144: 110039.
  13. Campbell H., Murata A., Fotieo G. Chronic use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) or acetaminophen and relationship with mortality among United States Veterans after testing positive for COVID-1. *PLoS One.* 2022; 17(5): e0267462.
  14. Carey P., Suliman S., Ganesan K. *et al.* Olanzapine monotherapy in posttraumatic stress disorder: efficacy in a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Hum. Psychopharmacol Clin Exp* 2012; 27: 386-391.
  15. Bivard A., Lillicrap T. *et al.* MIDAS (Modafinil in Debilitating Fatigue After Stroke) A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Cross-Over Trial. *Stroke.* 2017 May; 48(5): 1293-1298.
  16. Lee T.C., Vigod S., Bortolussi-Courval É. *et al.* Fluvoxamine for Outpatient Management of COVID-19 to Prevent Hospitalization. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2022 Apr; 5(4): e226269.
  17. Begemann M., Gross O., Wincewicz D. *et al.* Addressing the 'hypoxia paradox' in severe COVID-19: literature review and report of four cases treated with erythropoietin analogues. *Abstract Mol Med* 2021; 27:120. <https://doi.org/10.1186/s10020-021-00381-5>
  18. Cannellotto M., Di Girolamo G., Estrada E. *et al.* Hyperbaric oxygen as an adjuvant treatment for patients with COVID-19 severe hypoxaemia: a randomised controlled trial. *Emerg. Med J.* 2022 Feb; 39(2):88-93.

# Relación de las características clínicas de un grupo de pacientes psiquiátricos de larga estancia y los síntomas de COVID-19 en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental en Villahermosa

Dra. María Lourdes García García\*, Profa. Isela Esther Juárez Rojop\*, Dr. Mario Villar Soto\*\*, Prof. Carlos Alfonso Tovilla Zárate\*\*\*, Dr. Guillermo Efren Villar Juárez\*\*\*\*, Profa. Thelma Beatriz González Castro\*\*\*\*\*, Dra. Angélica Selene Saucedo-Osti\*\*

.....  
\*División Académica de Ciencias de la Salud; Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Villahermosa, Tabasco, México

\*\*Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental Villahermosa. Villahermosa, Tabasco, México

\*\*\*División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco; Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Comalcalco, Tabasco, México

\*\*\*\*Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad Anáhuac Querétaro, Querétaro, México

\*\*\*\*\*División Académica Multidisciplinaria de Jalpa de Méndez; Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Jalpa de Méndez, Tabasco, México  
.....

## RESUMEN

En marzo, la enfermedad por COVID-19 fue declarada pandemia por la OMS. Los pacientes con trastornos psiquiátricos de larga estancia son más susceptibles a brotes virales. Las explicaciones incluyen deterioro cognitivo, presencia de comorbilidades y confinamiento; además, es más difícil que adopten y acaten las medidas de protección para prevenir contagios. Por lo tanto, el objetivo del es-

tudio fue explorar las características clínicas y el tratamiento de un grupo de pacientes con trastornos psiquiátricos de larga estancia y con síntomas de COVID-19 en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental en Villahermosa.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Se analizaron las características clínicas de un grupo de pacientes psiquiátricos de larga estancia positivos a SARS-CoV-2.





Hallamos factores de riesgo en la población estudiada para el desarrollo de enfermedad grave por COVID-19. Sin embargo, no hubo una asociación significativa entre estos factores en los pacientes con trastornos psiquiátricos de larga estancia.

La edad avanzada está relacionada con la presencia de comorbilidades. Los pacientes psiquiátricos de larga estancia presentan factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad grave y complicaciones por COVID-19. Los antidepresivos han demostrado reducir los niveles de citocinas proinflamatorias implicadas en la gravedad por COVID-19.

**Palabras clave:** SARS-CoV-2, COVID-19, citocinas proinflamatorias, enfermedad mental crónica, paciente psiquiátrico de larga estancia.

## INTRODUCCIÓN

A finales del 2019 surgió la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) causada por el virus SARS-CoV2, en Wuhan, China (1). A pesar de un riguroso esfuerzo de contención y cuarentena, la incidencia de COVID-19 continuó expandiéndose y aumentando, por lo que el 11 de marzo de 2020 fue declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2). En México, el primer caso fue confirmado el 28 de febrero del 2020 en un hombre de 35 años, con antecedentes de viaje a Italia, que presentaba síntomas leves (3). Finalmente, debido a su rápida propagación, el 18 de marzo de 2020 la Secretaría de Salud confirmó el primer caso en el estado de Tabasco (4). El principal modo de contagio de SARS-CoV-2 es a través de la exposición a gotitas



de secreciones respiratorias de una persona infectada (5). A la fecha, existe poca evidencia de inmunidad preexistente a SARS-CoV-2; cualquier persona y a cualquier edad puede enfermar de COVID-19 (6).

La edad avanzada y las comorbilidades (principalmente hipertensión arterial, diabetes, obesidad y cardiopatía isquémica) son factores de riesgo importantes asociados a enfermedad grave (6,7). En la actualidad, no existe un tratamiento específico para la infección por SARS-CoV-2 (8). Diferentes estudios sugieren que la prevención de la infección y las medidas de salud pública son la base para el control de los contagios. Sin embargo, existen poblaciones en donde estas acciones no pueden llevarse a cabo, como es el caso de los pacientes psiquiátricos de larga estancia, quienes tienen un alto riesgo de infecciones en comparación con otros pacientes y son más susceptibles a los contagios en epidemias (9).

Algunos estudios sugieren que la presencia de deterioro cognitivo, negligencia de los riesgos, edad avanzada, condiciones de confinamiento en centros psiquiátricos y larga estancia hospitalaria son factores asociados a la susceptibilidad de contagio (10). Recientemente, algunos reportes sugieren que los pacientes con trastornos mentales (TM) tienen un mayor riesgo de enfermar de COVID-19 y tener un mal pronóstico (11,12). A pesar de lo anterior, hay estudios que sugieren que el tratamiento farmacológico prolongado de estos pacientes está involucrado en la regulación del proceso inflamatorio. Por ejemplo, los medicamentos antidepresivos están asociados a niveles plasmáticos reducidos de citocinas proinflamatorias como TNF $\alpha$ , IL-6 e IL-1 $\beta$  (13), implicadas en la gravedad de COVID-19.

Por el momento, no existen estudios que investiguen las características clínicas de los pacientes psiquiátricos con COVID-19 en población mexicana, por lo que en el presente trabajo se describen las características clínicas de un grupo de pacientes psiquiátricos de larga estancia, hospitalizados con COVID-19, del estado de Tabasco, México.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### *Pacientes con trastornos psiquiátricos de larga estancia*

La población de estudio consistió en pacientes de larga estancia, internados en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental Villahermosa, quienes fueron positivos a la prueba diagnóstica para COVID-19 y habían estado en esta institución durante varios años, teniendo contacto sólo con sus familiares, de forma esporádica. Se descartaron del estudio a aquellos pacientes negativos a SARS-CoV-2, detectada mediante una prueba de PCR, y a aquellos con fecha de ingreso o reingreso durante el periodo de estudio.

### *Determinación de SARS-CoV-2*

Se usó la prueba serológica basada en inmunocromatografía (también conocida como prueba rápida), para detectar la presencia de anticuerpos tipo IgM e IgG, generados como respuesta a la infección. Además, se realizó la confirmación mediante la prueba diagnóstica PCR-TR (RT-PCR, del inglés «Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction») de ácido nucleico SARS-CoV-2, en tiempo real, en el Laboratorio Regional de Biología Molecular de Alta Especialidad

«Dr. Juan Graham Casasús». La muestra biológica recolectada fue la saliva del paciente, en ayuno de ocho horas. Las muestras se obtuvieron por la mañana y se analizaron dentro de las primeras dos horas.

### *Detección de síntomas*

Desde el resultado positivo de las pruebas serológicas y confirmatorias, se les dio seguimiento a los pacientes para la detección de síntomas de COVID-19. A primera hora, el personal de enfermería valoró diariamente los signos vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, oximetría, temperatura). Además, el personal médico realizó exámenes de control para el monitoreo del estado de salud.

### *Datos sociodemográficos y clínicos*

La información sociodemográfica y clínica de cada uno de los pacientes se obtuvo de sus expedientes clínicos registrados en la institución. Los datos generales se tomaron de la historia clínica inicial realizada por el médico de ingreso. Para conocer las características clínicas y el tratamiento de cada paciente, se consultaron los registros de las evaluaciones diarias realizadas por el personal médico.

### *Consideraciones éticas*

Todos los procedimientos cumplieron con las disposiciones de la Declaración de Helsinki. Las tomas de muestras fueron aprobadas por la supervisión de la directiva del hospital (HRAESM/DG/

UEI/1416/2020). El proceso de obtención de los datos a partir de los expedientes clínicos se basó en los criterios establecidos en la NOM-024-SSA3-2010.

### *Análisis estadístico*

El análisis estadístico se realizó con la versión 21.0 del software estadístico SPSS. Los datos se presentan como frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Los datos sociodemográficos y la duración de la hospitalización se representan como medias y desviaciones estándar, como variables continuas. Las comparaciones de las características encontradas por grupo se evaluaron con la estadística de chi-cuadrada ( $X^2$ ) para variables categóricas y con la prueba T de student de muestras independientes para las variables continuas. Un valor de  $p < 0,05$  se consideró significativo.

## **RESULTADOS**

### *Características sociodemográficas*

Durante el periodo de estudio, se encontraban hospitalizados 38 pacientes, de los cuales 32 resultaron positivos a COVID-19. De estos, 19 fueron tomados en cuenta ya que cumplieron con las características del estudio. La edad promedio fue de 49.7 años. El 89% ( $n=17$ ) de los pacientes no tienen pareja, sólo 11% ( $n=2$ ) cuenta con una. En cuanto a la escolaridad, el 47% ( $n=9$ ) tiene Educación Básica, 47% ( $n=9$ ) no menciona su nivel educativo, y sólo el 6% ( $n=1$ ) tiene Educación Superior (Tabla 1).

**Tabla 1.** Datos generales de la población de estudio

Diagnóstico	Edad	Sexo	Estado civil	Escolaridad	Antecedente de uso de sustancias	Comorbilidades	Tiempo de hospitalización
Trastorno esquizoafectivo	27	M	2	11	No	Sí	11
DIG	34	H	2	-	No	No	16
DIM	34	M	2	11	No	Sí	13
DIG	36	H	2	-	No	No	8
Trastorno afectivo bipolar	38	M	1	20	No	No	1
DIM	39	H	2	-	No	No	7
DIG	42	H	2	-	No	Sí	24
TMC secundario al uso de sustancias	44	M	2	4	Sí	No	17
TMC secundario a lesión	45	H	2	9	No	No	12
TMC secundario al uso de sustancias	45	H	1	10	No	No	26
DIM	46	H	2	9	No	No	7
DIM	46	M	2	-	No	No	33
Esquizofrenia indiferenciada	50	H	2	10	No	No	33
DIM	56	M	2	-	No	No	16
TMC secundario al uso de sustancias	60	H	2	6	Sí	No	22
TMC secundario a epilepsia	67	M	2	-	No	Sí	25
Esquizofrenia paranoide	69	H	2	9	Sí	Sí	51
Esquizofrenia paranoide	78	M	2	-	No	Sí	38
Esquizofrenia residual	84	M	2	-	No	Sí	43

**Nota:** DIM: Discapacidad Intelectual Media, DIG: Discapacidad Grave, TMC: Trastorno Mental del Comportamiento / H: Hombre, M: Mujer /1: Con pareja, 2: Sin pareja.

**Fuente:** H.C. Pacientes psiquiátricos del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de Villahermosa.

*Diagnóstico psiquiátrico*

De los 19 pacientes, 5 tuvieron diagnóstico de discapacidad intelectual media (26%), 3 presentaron discapacidad intelectual grave (16%), 3 trastorno mental secundario al uso de sustancias (16%), 2 esquizofrenia paranoide (11%), 1 trastorno mental secundario a epilepsia (5%), 1 trastorno mental secundario a lesión (5%), 1 esquizofrenia residual (5%), 1 esquizofrenia indiferenciada (5%), 1 trastorno esquizoafectivo (5%) y 1 trastorno afectivo bipolar (5%) (Tabla 2).

*Evaluación de la edad como factor de riesgo*

El 79% (n=15) de la población estudiada era <65 años y el 21% (n=4) restante >65 años. Hubo una relación significativa ( $\chi^2=0.0032$ ) entre la edad avanzada y la presencia de comorbilidades. Esto coincide con lo reportado en la literatura: a mayor edad existe mayor riesgo de presentar comorbilidades (Tabla 3).

**Tabla 2.** Distribución por diagnósticos de la población de estudio

Diagnósticos	Pacientes	Porcentaje
	n	%
Discapacidad Intelectual Moderada	5	26.31
Discapacidad Intelectual Grave	3	15.80
TMC secundario a múltiples sustancias	3	15.80
Esquizofrenia paranoide	2	10.52
TMC secundario a epilepsia	1	5.26
TMC secundario a lesión	1	5.26
Esquizofrenia residual	1	5.26
Esquizofrenia indiferenciada	1	5.26
Trastorno esquizoafectivo	1	5.26
Trastorno afectivo bipolar	1	5.26

**Fuente:** H.C. Pacientes psiquiátricos del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de Villahermosa.



**Tabla 3.** Relación entre la edad y la presencia de comorbilidad

Rango de edad			
	<65 años	>65 años	
Comorbilidades	N=15	N=4	X <sup>2</sup>
No	12	0	0.0032
Sí	3	4	

**Fuente:** H.C. Pacientes psiquiátricos del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de Villahermosa.

*Antecedente de uso de sustancias*

El 84% de los pacientes negó tener antecedentes de uso de sustancias nocivas, sin embargo, el 16% reveló tener antecedente de contacto con alguna sustancia. Los tres pacientes fueron del sexo masculino, con una edad promedio de inicio del consumo de 15 años. Todos consumían más de una sustancia y entre ellas estuvieron el alcohol, la marihuana, nicotina e inhalantes (solventes y combustible). De éstas, el alcohol fue la sustancia de consumo más común.

*Evaluación de la comorbilidad*

El 63% (n=12) no presentó comorbilidades, mientras que el 37% (n=7) restante presentaba una o más comorbilidades (Tabla 4). De los 12 pacientes sin comorbilidades, el 100% tenía <65 años; el 67% fueron hombres, y el 33% restante eran mujeres. De los 7 pacientes que presentan comorbilidades, el 57% era >65, y el 43% restante <65 años. Asimismo, las mujeres se encontraron en mayor porcentaje en el grupo con comorbilidades, con un 71% sobre 29% de hombres.

**Tabla 4.** Diagnóstico, sexo y edad de los pacientes con comorbilidades

Diagnóstico	Sexo	Edad	Comorbilidad
Trastorno esquizoafectivo	Mujer	26	Obesidad
Discapacidad Intelectual Moderada	Mujer	32	DM2
Discapacidad Intelectual Grave	Hombre	40	Epilepsia
TMC secundario a epilepsia	Mujer	65	Epilepsia
Esquizofrenia paranoide	Hombre	68	Cáncer y HTA
Esquizofrenia paranoide	Mujer	73	DM2
Esquizofrenia residual	Mujer	83	Cardiopatía

**Fuente:** H.C. Pacientes psiquiátricos del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de Villahermosa.

**Tiempo de hospitalización**

Los participantes del estudio se encontraban internados en la institución de manera permanente.

El promedio de su estancia fue de 21.21 años. El 68% de los pacientes tenía una estancia mayor a 10 años de hospitalización, mientras que el 32% aun no los cumplía (Tabla 5).

**Tabla 5.** Tiempo de estancia hospitalaria

Tiempo de hospitalización	Número de pacientes	Porcentaje
	n	%
<10 años	6	32
>10 años	13	68

**Fuente:** H.C. Pacientes psiquiátricos del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de Villahermosa.

**Tratamiento farmacológico**

Los pacientes considerados en el estudio se caracterizan por tener un tratamiento farmacológico combinado, no sólo para la enfermedad mental crónica sino también acorde a sus necesidades o comorbilidades asociadas. Los antidepresivos

utilizados en el centro son Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS), y el 57% de los pacientes recibe fluoxetina (FLX), resultados que coinciden con lo encontrado en la literatura, donde el antidepresivo más recetado es la FLX por tener un perfil farmacológico más seguro y ser mejor tolerado que otros medicamentos antidepresivos (Tabla 6).

**Tabla 6.** Fármacos usados y número de pacientes bajo ese tratamiento

Clasificación	Nombre del fármaco	Número de pacientes
		n
Antidepresivos (ISRS)	Citalopram	2
	Fluoxetina	4
	Venlafaxina	1
Antipsicóticos atípicos	Quetiapina	1
	Risperidona	7
	Zuclopentixol	3
	Olanzapina	7
	Aripripazol	1
Antipsicóticos típicos	Haloperidol Decanoas	3
	Levomepromazina	2
Benzodiazepinas	Alprazolam	1
	Lorazepam	1
	Clonazepam	10
Estabilizadores del ánimo	Valproato de Magnesio	9
	Lamotrigina	1
Antagonistas de los receptores NMDA	Memantina	1
Neuromodulador	Carbamazepina	1
Anticolinérgico	Biperideno	5
Antihipertensivo	Captopril	2
	Amlodipino	1
	Lorsatan	2
	Digoxina	1
Broncodilatadores	Salmeterol/Fluticasona	2
Hipoglucemiantes	Glibenclamida	1
	Metformina	3
Vitaminas	Sulfato ferroso	1
	Albúmina en polvo	1
	Polivitaminas	2
Antidiurético	Espironolactona	1
Antihistamínico	Loratadina	1
Laxantes	Senosidos	1
	Psyllium plantago	1
Hormonales	Noretisterona	1

**Fuente:** H.C. Pacientes psiquiátricos del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de Villahermosa.

## DISCUSIÓN

En el presente trabajo se realizó un análisis de las características clínicas de pacientes psiquiátricos de larga estancia, positivos a SARS-CoV-2, los cuales no presentaron sintomatología. En la población de estudio se observó una relación significativa entre la edad avanzada y la presencia de comorbilidades. Nuestros resultados son similares a estudios previamente reportados (14). De acuerdo con resultados publicados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, la diabetes mellitus 2 (DM2) tiene prevalencia de 9.4% en la población mexicana, en donde más del 60% de los casos corresponde a personas mayores de 60 años. Esto coincide con lo encontrado en la población estudiada, en la que la comorbilidad más común fue DM2. Además, la hipertensión arterial (HTA) tiene prevalencia de 25.5% en la población total, con aumento al 35% después de los 60 años (15). Asimismo, el sexo femenino tuvo mayor prevalencia en cuanto a comorbilidades, lo que puede deberse al envejecimiento en México, que tiene un predominio en la población femenina (la relación es de 105 mujeres por cada 100 hombres), ya que éstas alcanzan mayor longevidad, con mayor prevalencia de enfermedades (16). La evidencia recopilada señala que los adultos mayores y los que padecen enfermedades crónicas (HTA, enfermedades cardíacas, obesidad o DM2) desarrollan casos graves por COVID-19 con más frecuencia que otros grupos (17,18). México tiene una población de casi 130 millones de habitantes, de los cuales 52% son mujeres y 48% hombres (19), y una alta prevalencia de enfermedades crónicas, lo que coloca a la población en un riesgo particular de COVID-19 severo (20).

Es importante destacar que en las personas con enfermedad mental crónica es frecuente la

presencia de comorbilidades (21). La evidencia sugiere que la prevalencia de DM2 en personas con esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo es 2-3 veces mayor en comparación con la población general (22). En el caso de la obesidad, las personas con TM tienen un mayor riesgo y los pacientes con esquizofrenia tienen una probabilidad de 2,8 a 3,5 más de presentar obesidad (23-25), en comparación con los que padecen trastorno bipolar o depresión mayor (probabilidad de 1,2 a 1,5) (26). En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, la prevalencia en personas con esquizofrenia y trastorno bipolar aumenta aproximadamente de 2 a 3 veces, mientras que las personas con depresión tienen un 50% más de riesgo. El estilo de vida, los efectos secundarios de la medicación psicotrópica y la deficiencia en la calidad de la atención médica pueden explicar el mayor riesgo de comorbilidades en los TM (22).

Con estos antecedentes, se esperaba encontrar resultados similares en nuestro estudio. Sin embargo, sólo el 37% de los pacientes psiquiátricos de larga estancia positivos a SARS-CoV2 en el Hospital de Salud Mental presentó alguna comorbilidad. Estos resultados podrían atribuirse a que, al estar hospitalizados, tienen un mejor control de los factores que predisponen a padecer otras enfermedades y están supervisados por un grupo multidisciplinario. Por ejemplo, reciben una dieta de acuerdo con las necesidades de cada paciente, con regularidad se les indican actividades para mejorar su condición física y se ajustan los medicamentos cuando lo requieren. A pesar de que esta población tenía predisposición para desarrollar enfermedad grave por COVID-19, los pacientes resultaron ser portadores asintomáticos. En ese sentido, una de las razones de la rápida propagación del COVID-19 se debe al contacto directo con portadores asinto-



máticos (1). En un estudio realizado en 98 pacientes psiquiátricos hospitalizados de NYU Langone Health (Estados Unidos), se observó que el 13.7% de los contagios en la unidad, se debieron a pacientes asintomáticos (27).

Hasta el momento existen pocas investigaciones centradas en el análisis de las características clínicas de pacientes psiquiátricos hospitalizados con COVID-19. Un estudio similar al nuestro fue realizado en un Hospital de Salud Mental en Wuhan con 21 participantes, lo cuales fueron aislados del resto de los pacientes debido a síntomas respiratorios leves. El grupo incluyó a 12 mujeres y 9 hombres, con una edad media de 43.1 años. Entre ellos, 8 (38.1%) pacientes tenían comorbilidades. En cuanto al manejo psiquiátrico, los medicamentos se ajustaron según la evolución clínica. Asimismo, se encontró que estos pacientes tenían mayor estrés y emociones de depresión y ansiedad, además de que tenían una peor calidad de sueño (28). Estos resultados son similares a los obtenidos en nuestra investigación. Sin embargo, a diferencia de nuestra población, los pacientes estudiados en Wuhan presentaron al menos un síntoma respiratorio.

Los pacientes con COVID-19 a menudo desarrollan un síndrome de liberación de citocinas, lo que da como resultado una reacción inflamatoria excesiva responsable del síndrome de dificultad respiratoria y lesiones de múltiples órganos (29). El TNF- $\alpha$ , IL-6 e IL-1 $\beta$ , liberadas principalmente por las células inmunitarias innatas, son las principales fuerzas impulsoras del síndrome de liberación de citocinas y las respuestas inflamatorias sistémicas graves (30). La evidencia del papel de la cascada de citocinas mediada por IL-6 en el desarrollo de la morbimortalidad asociada a la enfermedad por COVID-19 sugiere que los agentes terapéuticos que disminuyen



la transducción de señales de IL6 pueden prevenir los resultados graves (31). Un estudio observacional correlacionó la terapia antidepresiva con un menor riesgo de intubación o muerte en pacientes hospitalizados con COVID-19 (32). Por esta razón, y debido a que nuestra población recibía tratamiento antidepresivo, se buscó evidencia relacionada con la disminución de citocinas proinflamatorias y el uso de antidepresivos de tipo ISRS.

Ante la ausencia de una terapia eficaz para los pacientes con COVID-19, continúa la búsqueda entre los medicamentos disponibles (33, 34). La evidencia acumulada sugiere que la COVID-19 grave se asocia con un aumento en el nivel plasmático de mediadores inflamatorios. Dentro de la amplia variedad de fármacos que integran el tratamiento farmacológico de los pacientes con enfermedad motriz cerebral (EMC) se encuentran los antidepresivos. Diferentes investigaciones (35) y el metanálisis que se realizó respaldan que estos medicamentos están asociados con niveles plasmáticos reducidos de citocinas proinflamatorias. Estos hallazgos podrían ser la razón por la que los pacientes de nuestro estudio no presentaron sintomatología por COVID-19, ya que al estar hospitalizados tenían un mejor control de la medicación y, de igual forma, contaban con antecedentes de un uso prolongado de estos fármacos. Los antidepresivos con mayor uso son los ISRS y el fármaco más utilizado de este grupo es la FLX. Su perfil de seguridad está establecido y la inhibición de la transducción de señales de IL-6 sugieren que este fármaco puede ser benéfico cuando se usa en las primeras etapas de la infección por COVID-19 para prevenir o reducir la tormenta de citocinas (36). También, existe evidencia de que la FLX inhibe varios virus, tales como el dengue (37), la hepatitis C (38) y enterovirus *in vitro* (39).







Recientemente, varios estudios publicados respaldan que la FLX tiene efectos antivirales sobre el SARS-CoV-2, por lo que podría incluso prevenir la infección de las células epiteliales con SARS-CoV-2 (40-43). En lo que respecta a los virus con envoltura, pueden ingresar a las células a través de la vía endocítica y, en este caso, el entorno endosómico, incluido el pH, las proteasas, los iones, los receptores intracelulares y la composición de lípidos, es importante para la fusión entre el virus y el endosoma (44). Se descubrió que la FLX puede inhibir la entrada del SARS-CoV-2 en las células a través de la vía endocítica al inducir la acumulación de colesterol dentro de los endosomas (40), lo que provocaría la inactivación de la bomba de protones endolisosómica responsable del mantenimiento del pH y, por lo tanto, resultar en el deterioro de la acidificación endolisosómica. Aclarar el mecanismo del efecto antiviral de FLX puede facilitar el camino para nuevas estrategias de lucha contra el SARS-CoV-2. Aún faltan más estudios para confirmar la efectividad de los antidepresivos en la enfermedad por COVID-19. Sin embargo, existe cada vez más evidencia que respalda que el uso de antidepresivos en pacientes con SARS-Cov-2 se asocia de forma significativa con un riesgo reducido de intubación o muerte, independientemente de las características del paciente, los marcadores clínicos y biológicos de la gravedad de la enfermedad y el uso de otros medicamentos psicotrópicos (32, 45).

## CONCLUSIÓN

En la muestra de pacientes estudiada se encontraron factores de riesgo relacionados con el desarrollo de la enfermedad grave y complicaciones por COVID-19. Sin embargo, no tuvieron sintomatología por SARS-CoV-2, lo cual podría deberse a que al ser pacientes crónicos bajo tratamiento farmacológico

(principalmente antidepresivo) es posible que cursaran la enfermedad con síntomas leves. Se necesitan futuros estudios experimentales que corroboren el efecto de estos fármacos con la disminución en los niveles de las citosinas inflamatorias causantes del estado hiperinflamatorio en la COVID-19.

## FUENTES

1. Khan S., Siddique R. *et al.* Emergence of a Novel Coronavirus, Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2: Biology and Therapeutic Options. *J Clin Microbiol* [Internet]. 2020 May 1 [cited 2022 Jun 2]; 58(5). Disponible en: [/pmc/articles/PMC7180238/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32687997/)
2. Suárez V., Suarez Quezada M., Oros Ruiz S. & Ronquillo De Jesús E. Epidemiology of COVID-19 in Mexico: From the 27th of February to the 30th of April 2020. *Rev Clínica Española English Ed.* 2020 Nov 1; 220(8):463-471.
3. Secretaría de Salud. 077. Se confirma en México caso importado de coronavirus COVID-19 [Internet]. Secretaría de Salud México. Obtenido de Secretaría de Salud México. 2020 [cited 2022 Jun 2]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/077-se-confirma-en-mexico-caso-importado-de-coronavirus-covid-19>
4. Gobierno del Estado de Tabasco. Decreto por el cual se establecen medidas y acciones extraordinarias de inmediata ejecución para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). *Periodico Oficial Órgano de Difusión Oficial del Gobierno Constitucional del Estado Libre y Soberano de Tabasco*; 2020.
5. Al Huraimel K., Alhosani M., Kunhabdulla S. & Stietiya M.H. SARS-CoV-2 in the environment: Modes of transmission, early detection and potential role of pollutions. *Sci Total Environ* [Internet]. 2020 Nov 20 [cited 2022 Jun 2]; 744. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32687997/>
6. OMS. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. Información básica sobre la COVID-19. OMS. 2020 [cited 2022 Jun 2]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
7. Lin L., Lu L., Cao W. & Li T. Hypothesis for potential pathogenesis of SARS-CoV-2 infection—a review of immune changes in patients with viral pneumonia. *Emerg Microbes Infect.* 2020 Jan 1; 9(1):727-732.
8. Song Y., Zhang M. *et al.* COVID-19 treatment: close to a cure? A rapid review of pharmacotherapies for the novel coronavirus (SARS-CoV-2). *Int J Antimicrob Agents.* 2020 Aug 1; 56(2):106080.
9. Anmella G., Arbelo N. *et al.* COVID-19 inpatients with psychiatric disorders: Real-world clinical recommendations from an expert team in consultation-liaison psychiatry. *J Affect Disord* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2022 Jun 2]; 274:1062-1067. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32663933/>
10. Seminog O.O. & Goldacre M.J. Risk of pneumonia and pneumococcal disease in people with severe mental illness: English record linkage studies. *Thorax* [Internet]. 2013 [cited 2022 Jun 2]; 68(2):171-176.



- Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23242947/>
11. Shinn A.K. & Viron M. Perspectives on the COVID-19 Pandemic and Individuals With Serious Mental Illness. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2022 Jun 2]; 81(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32369691/>
  12. Kozloff N., Mulsant B.H., Stergiopoulos V. & Voineskos A.N. The COVID-19 Global Pandemic: Implications for People With Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophr Bull* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2022 Jun 2]; 46(4):752-757. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32343342/>
  13. Du R.H., Tan J., Sun X.Y., Lu M., Ding J.H. & Hu G. Fluoxetine Inhibits NLRP3 Inflammasome Activation: Implication in Depression. *Int J Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2022 Jun 2]; 19(9):1-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27207922/>
  14. Carrazco-Peña K.B., Farías-Moreno K. *et al.* Frecuencia de fragilidad y comorbilidad en adultos mayores. *Rev Argentina Gerontol y Geriatria* [Internet]. 2019; 33(2):154-160. Disponible en: <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2020/01/RAGG-12-2019-154-160.pdf>.
  15. Hernández Ávila M., Dommarco J.R. *et al.* Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino [Internet]. Vol. 2016, Instituto Nacional de Salud Pública. 2016. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
  16. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mujeres y hombres en México 2018 [Internet]. INEGI; 2018. 1-11. Disponible en: [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
  17. Wan Y., Wu J. *et al.* Prognosis analysis of patients with mental disorders with COVID-19: A single-center retrospective study. *Aging (Albany NY)*. 2020 Jun 30; 12(12):11238-11244.
  18. Chen N., Zhou M. *et al.* Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet (London, England)* [Internet]. 2020 Feb 15 [cited 2022 Jun 2]; 395(10223):507-513. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32007143/>
  19. Parra-Bracamonte G.M., Lopez-Villalobos N. & Parra-Bracamonte F.E. Clinical characteristics and risk factors for mortality of patients with COVID-19 in a large data set from Mexico. *Ann Epidemiol* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2022 Jun 2]; 52:93-98.e2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32798701/>
  20. Hernández-Galdamez D.R., González-Block M.Á. *et al.* Increased Risk of Hospitalization and Death in Patients with COVID-19 and Pre-existing Noncommunicable Diseases and Modifiable Risk Factors in Mexico. *Arch Med Res*. 2020 Oct 1; 51(7):683-689.
  21. Wang C.H., Lee T.Y., Hui KC. & Chung M.H. Mental disorders and medical comorbidities: Association rule mining approach. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 2019 Feb 7 [cited 2022 Jun 2]; 55(3):517-26. Disponible en: <https://europepmc.org/article/MED/30734309>
  22. De Hert M., Correll C.U. *et al.* Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* [Internet]. 2011 [cited 2022 Jun 2]; 10(1):52. Disponible en: [/pmc/articles/PMC3048500/](http://pmc/articles/PMC3048500/)

23. Coodin S. Body mass index in persons with schizophrenia. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2001 [cited 2022 Jun 2]; 46(6):549–55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11526812/>
24. Strassnig M., Brar J.S. & Ganguli R. Body mass index and quality of life in community-dwelling patients with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2003 Jul 1; 62(1-2):73-76.
25. McElroy S.L., Guerdjikova A. & Kotwal R. Managing metabolic abnormalities in the psychiatrically ill: a clinical guide for psychiatrists. In: *Severe mental illness and obesity* En R.A. Bermudes, P.E. Keck & S.L. McElroy [Internet]. Washington, DC.: Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2007 [cited 2022 Jun 2]. 314. Disponible en: [https://books.google.com/books/about/Managing\\_Metabolic\\_Abnormalities\\_in\\_the.html?hl=es&id=b-YEmXj3otIC](https://books.google.com/books/about/Managing_Metabolic_Abnormalities_in_the.html?hl=es&id=b-YEmXj3otIC)
26. Mather A.A., Cox B.J., Enns M.W. & Sareen J. Associations of obesity with psychiatric disorders and suicidal behaviors in a nationally representative sample. *J Psychosom Res* [Internet]. 2009 Apr [cited 2022 Jun 2]; 66(4):277-285. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19302884/>
27. Zhang E., LeQuesne E., Fichtel K., Ginsberg D. & Frankle W.G. In-patient psychiatry management of COVID-19: rates of asymptomatic infection and on-unit transmission. *BJPsych Open*. 2020 Sep; 6(5).
28. Liu Y., Yan L.M. *et al.* Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2022 Jun 2]; 20(6):656-657. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32199493/>
29. Gustine J.N. & Jones D. Immunopathology of Hyperinflammation in COVID-19. *Am J Pathol* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2022 Jun 2]; 191(1):4-17. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32919977/>
30. Toor S.M., Saleh R., Sasidharan Nair V., Taha R.Z. & Elkord E. T-cell responses and therapies against SARS-CoV-2 infection. *Immunology* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2022 Jun 2]; 162(1):30-43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32935333/>
31. Tanaka T., Narazaki M. & Kishimoto T. Immunotherapeutic implications of IL-6 blockade for cytokine storm. *Immunotherapy* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2022 Jun 2]; 8(8):959–70. Disponible en: <https://europepmc.org/article/MED/27381687>
32. Hoertel N., Sánchez-Rico M. *et al.* Association between antidepressant use and reduced risk of intubation or death in hospitalized patients with COVID-19: results from an observational study. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2022 Jun 2]; 26(9):5199–212. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33536545/>
33. Gordon D.E., Jang G.M. *et al.* A SARS-CoV-2 protein interaction map reveals targets for drug repurposing. *Nature* [Internet]. 2020 Jul 16 [cited 2022 Jun 2]; 583(7816):459-468. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32353859/>
34. Chevance A., Gourion D. *et al.* Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review. *Encephale* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2022 Jun 2]; 46(3S):S3-13. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32312567>
35. Köhler C.A., Freitas T.H. *et al.* Peripheral Alterations in Cytokine and Chemokine Levels After Antidepressant Drug Treatment for Major Depressive Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis. *Mol Neurobiol*

- [Internet]. 2018 May 1 [cited 2022 Jun 2]; 55(5):4195-4206. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28612257/>
36. Creeden J.F., Imami A.S. *et al.* Fluoxetine as an anti-inflammatory therapy in SARS-CoV-2 infection. *Biomed Pharmacother.* 2021 Jun 1; 138.
  37. Medigeshi G.R., Kumar R., Dhamija E., Agrawal T. & Kar M. N-Desmethylclozapine, Fluoxetine, and Salmeterol Inhibit Postentry Stages of the Dengue Virus Life Cycle. *Antimicrob Agents Chemother* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2022 Jun 2]; 60(11):6709-6718. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27572397/>
  38. Young K.C., Bai C.H. *et al.* Fluoxetine a novel anti-hepatitis C virus agent via ROS-, JNK-, and PPAR $\beta/\gamma$ -dependent pathways. *Antiviral Res* [Internet]. 2014 [cited 2022 Jun 2]; 110:158-67. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25151487/>
  39. Bauer L., Manganaro R. *et al.* Fluoxetine Inhibits Enterovirus Replication by Targeting the Viral 2C Protein in a Stereospecific Manner. *ACS Infect Dis* [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 2]; 5(9):1609-1623. Disponible en: <https://www.hal.inserm.fr/inserm-02416968>
  40. Schloer S., Brunotte L. *et al.* Targeting the endolysosomal host-SARS-CoV-2 interface by clinically licensed functional inhibitors of acid sphingomyelinase (FIASMA) including the antidepressant fluoxetine. *Emerg Microbes Infect.* 2020 Jan 1; 9(1):2245-2255.
  41. Zimniak M., Kirschner L., Hilpert H., Seibel J. & Bodem J. The serotonin reuptake inhibitor Fluoxetine inhibits SARS-CoV-2. *bioRxiv* [Internet]. 2020 Jun 17 [cited 2022 Jun 2]; 2020.06.14.150490. Disponible en: <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.06.14.150490v2>
  42. Dechaumes A., Nekoua M.P. *et al.* Fluoxetine Can Inhibit SARS-CoV-2 In Vitro. *Microorganisms* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2022 Jun 2]; 9(2):1-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33572117/>
  43. Carpinteiro A., Edwards M.J. *et al.* Pharmacological Inhibition of Acid Sphingomyelinase Prevents Uptake of SARS-CoV-2 by Epithelial Cells. *Cell reports Med* [Internet]. 2020 Nov 17 [cited 2022 Jun 2]; 1(8). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33163980/>
  44. Staring J., Raaben M. & Brummelkamp T.R. Viral escape from endosomes and host detection at a glance. *J Cell Sci* [Internet]. 2018 Aug 1 [cited 2022 Jun 2]; 131(15). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30076240/>
  45. Lenze E.J., Mattar C. *et al.* Fluvoxamine vs Placebo and Clinical Deterioration in Outpatients With Symptomatic COVID-19: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* [Internet]. 2020 Dec 8 [cited 2022 Jun 2]; 324(22):2292-2300. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33180097/>





# Estigma y arte: *El túnel*: realidad, conocimiento y delirio

Mtra. Andrea Amezcua Espinosa\*

---

\*Lic. en Filosofía, maestra en Psicoanálisis y en Desarrollo del Niño, Clínica Tavistock, RU

---

«Bastará decir que soy Juan Pablo Castel, el pintor que mató a María Iribarne; supongo que el proceso está en el recuerdo de todos y que no se necesitan mayores explicaciones sobre mi persona» (1). Esta es la declaración con la que comienza la novela *El túnel*, de Ernesto Sábato. Un evento que el narrador-protagonista promete contar de la manera más imparcial posible, sin el candor de la pasión y la subjetividad. ¿Qué tanto puede una persona dar cuenta narrativamente de su vida y acción sin recurrir a la subjetividad? El propósito principal es encontrar la clave que permita leer *El túnel* como una apuesta por la realidad interna equiparable con la verdad absoluta, y su natural consecuencia, la violencia, la locura y el delirio.

Como una novela existencialista al estilo de *El extranjero* de Albert Camus, el texto de Sábato no otorga tregua al lector respecto a la trama. La propuesta de pensar ambas novelas como espejos, uno frente al otro, que nos abren un infinito de miradas, se puede sustentar en la vida misma del autor. La

conexión que existió entre Sábato y Camus, a nivel literario, da pie a la lectura gemelar. Castel es sin duda el personaje principal de su vida, pero no es libre de su propia existencia. Los acontecimientos que le llevan a asesinar a María son tan contingentes, aunque en su lógica absolutamente necesarios, que nos recuerdan al señor Meursault cuando dispara al árabe en la playa de Argel debido al calor.

Ambos protagonistas hacen un relato en primera persona de un crimen, no obstante, la diferencia más grande sería la pasión que parece emanar de Castel acerca de su convicción de estar siendo engañado, en tanto que Meursault es presa de la ausencia de sentido: incluso cuando está siendo juzgado por el tribunal, una vez que ha sido apresado, no consigue entender cuál es el verdadero crimen por el que se le castiga: matar a un árabe o enterrar a su madre sin un ápice de emoción. El pintor es incapaz de entender algo que Meursault intuye desde la simplicidad de su existencia: no existe verdad, no hay sentido, incluso lo que se construye es una fic-

ción. Pero habría que entender que hay variedad de ficciones y que, finalmente, cada sujeto es dueño de su narración.

Al estudiar la novela de Sábato, es posible decir que el primer hecho que parece ubicar a María en la mente de Castel es la manera en que ésta observa el cuadro, fijando su atención en el detalle de la ventana. Aquí el protagonista parece equiparar el evento con una suerte de unión entre él y María. Se vuelve una falsa equiparación, donde él realiza una lectura conveniente para la narración que hace de sí mismo: el pintor incomprendido que detesta al gremio y a sus congéneres. Un alma similar a la suya sería la única capaz de notar el elemento esencial del cuadro, la ventana frente al mar. Así comienza a pensar en María como una mujer con una sensibilidad afín a la suya, pero cuando encuentra que ésta es más que su expectativa, que es una persona con una historia y deseo, es cuando cae la desgracia.

A lo largo de su relato y a través del personaje de Castel, el autor realiza una serie de señalamientos que podrían apuntar a un posible trastorno, una obsesión por el pensamiento. El pintor se atormenta, y de paso a su amante, con un torrente de preguntas acerca del pasado. Las figuras fantasmáticas de quienes fueron los antiguos amantes de María se vuelven un tema que obsesiona a Castel, quien necesita saberlo todo acerca del tiempo anterior a que él apareciera en su vida.

Platón, el filósofo griego, menciona en uno de sus Diálogos que no hay nada más divino que saberlo todo; parece ser ésta la máxima que se ilustra con el relato del asesinato de María. Empero, lo que aquí habría que matizar es qué clase de conocimiento divino le aguarda a Juan Pablo Castel: no es un conocimiento de iluminación, sino un sistema deli-

rante al servicio de sus convicciones. En términos metafóricos, el suyo es el reino de lo sombrío, de lo impenetrable, de la locura; Castel se castiga y termina la vida de María para recibir un nuevo día, ya sin la posibilidad, como él lo ve, de que la mujer pueda engañarlo.

Una y otra vez parece que la realidad interna de Castel se impone sobre la externalidad; sin poder distinguir lo verdadero de sus creencias, el pintor se engancha en la convicción de los celos. Más aún, lastima a María con la consecuencia de que el «puente» que logra conectarlos en algunas ocasiones se levanta irremediabilmente y para siempre. Castel ha vivido, según sus propias explicaciones, en un túnel; uno que de vez en vez tiene ciertas ventanas que apuntan a lo externo, a sus vínculos y vivencias. La sensación de irrealidad se hace presente. Es el pintor quien ve al exterior con desprecio, pero es también él mismo quien se alcanza a ver mirando a los otros. Tal vez con cierta envidia, disimulada de desprecio, convertida en odio.

El protagonista denuncia a la sociedad, sus formas hipócritas y precarias de relación, la inautenticidad, pero es víctima de su propia narración y acuse. Él tampoco logra tolerar la existencia radical y ajena de María; necesita que caiga en su expectativa y esquema de lo alcanzable, del nombre y la posesión de un otro. Castel sella su prisión y, como lo explica: «Sólo existió un ser que entendía mi pintura [...] Y los muros de este infierno serán, así, cada día más herméticos» (1). No hay un desenlace ameno, sólo la sensación claustrofóbica de estar en un túnel sin fin.

#### FUENTE

1. Sábato E. *El túnel*. Barcelona: Seix Barral, 2004.



## Guía para el autor

Revista de la Asociación Psiquiátrica Mexicana

Estimado autor, para la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM) es muy valioso el aporte que realiza al interesarse en divulgar su contenido científico a través de nuestro medio, por lo que hemos considerado prudente homologar el formato de los manuscritos, de manera que puedan evaluarse de forma objetiva y uniforme. Lo invitamos a considerar los siguientes puntos antes de enviar su texto, 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 para una consulta rápida:

- El manuscrito debe ser enviado anexando una carta de presentación del artículo y sus autores, en la que se exprese la motivación del trabajo investigativo.
- El manuscrito y la carta deben ser elaborados 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 organi-

zadas en formato Vancouver (ver instrucciones al final).

- 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 ser enviadas en formato JPG de alta resolución, así como tablas y diagramas, todos los cuales deben ir debidamente numerados e identificados en el texto). Para las revisiones literarias se mantiene la misma propuesta de organización, mientras que para los reportes de caso, **se puede 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 Científico puede aprobar 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 éste 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](mailto:revistaapm@psiquiatrasapm.org.mx). En caso de que el Comité Científico apruebe el contenido del artículo, se le hará llegar al autor la correspondiente carta de **Convenio de autores**, con la que se autoriza la edición y publicación del manuscrito. Si el autor se encuentra de acuerdo, regresará la carta en formato PDF con su firma manuscrita (y la de los coautores,

si es el caso) y se le comunicará posteriormente el número de la revista para el cual queda contemplado su artículo. 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 al contexto de la revista, la asociación se compromete a no conservar ninguna copia y que no se realice 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 mantiene 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](mailto: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.

## INSTRUCCIONES PARA EL FORMATO DE FUENTES

### *Citas dentro del texto:*

- Las citas en el texto se efectúan a través de llamadas con números arábigos entre paréntesis.
- Cada trabajo citado en el texto debe tener un único número asignado por orden de citación. Si se cita una obra más de una vez conservará el mismo número.
- Las citas de un autor se pueden realizar por un número o integrando el nombre del autor



seguido de un número en el texto. Cuando en el texto se menciona un autor, el número de la referencia se pone tras el nombre de éste. Si no se nombra al autor, el número aparecerá al final de la frase.

- Si la obra tiene más de un autor se citará en el texto el primer autor *et al.*
- Para citar una obra que no tiene un autor conocido, se debe usar lo que se denomina «autor corporativo». Por ejemplo una organización o una entidad.
- Algunos libros contienen capítulos escritos por diferentes autores. Cuando se cita el capítulo se citará al autor del capítulo, no al editor literario o director de la obra.
- Cuando hay más de una cita, éstas deben separarse mediante comas, pero si fueran correlativas, se menciona la primera y la última separadas por un guion.

En el apartado de Fuentes, las entradas se ordenarán numerándolas tal como aparecen en el texto, y la información que deben tener es la siguiente:

#### ***Libro completo***

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

#### ***Artículo de revista***

Autor/es. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. año; volumen (número): página inicial-final del artículo.

#### ***Comunicaciones y ponencias***

Autor/es de la comunicación / ponencia. Título de la comunicación / ponencia. En: Título oficial del Congreso. Lugar de Publicación: Editorial; año. página inicial-final de la comunicación / ponencia.

### **RECURSOS EN INTERNET**

#### ***Libros***

Autores. Título [Internet]. Lugar: Editor; año [revisión; consultado]. Disponible en: url.

#### ***Artículos de revistas***

Autor. Título. Nombre de la revista abreviado [Internet] año [consultado]; volumen (número): páginas o indicador de extensión. Disponible en:

